

0007 - ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES PERI Y POST-OPERATORIAS EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR TRAS IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE CONTROL HEMOSTÁTICO.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Trombosis y Hemostasia

Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular

RODRÍGUEZ MARTÍN, Isabel

Actividad Clínica Privada

Hemoderivado	Grupo 1(N=336)	Grupo 2 (N=339)	Valor p
Ningún hemoderivado	58,6%	68,1%	p=0,026
Desconocido	6,0%	5,9%	p=0,977
Concentrado de hematíes (CH)	31,3%	19,8%	p=0,002
Plasma (PFC)	9,8%	3,8%	p=0,008
Factor VII	0,3%	0,0%	p=0,603
Complejo protrombínico (CCP)	0,9%	0,3%	p=0,599
Plaquetas	4,8%	6,8%	p=0,530
Protamina	0,6%	0,9%	p=0,908
Fibrinógeno	0,9%	3,5%	p=0,066
Ác. Tranexámico	0,0%	0,6%	p=0,370

Introducción: La cirugía cardiovascular ocasiona importantes trastornos en el sistema hemostático. El uso de test viscoelásticos, como es el caso de la tromboelastometría rotacional (ROTEM), junto con un algoritmo de transfusión específico, permite un mejor manejo de la coagulopatía.

Objetivos: Demostrar que la implantación de test viscoelásticos, como es ROTEM, a la cabecera del paciente sometido a cirugía cardiovascular, permite una terapia transfusional más selectiva y eficiente, consiguiendo una mejora en los resultados en salud.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 675 pacientes sometidos a cirugía cardiovascular durante un periodo de tiempo de 3 años. Los pacientes fueron divididos en dos grupos, separados por la implantación de ROTEM. El grupo 1 (N=336) se caracterizó por recibir una terapia transfusional perioperatoria basada en test clásicos de laboratorio. El grupo 2 (N=339) se caracterizó por recibir una terapia transfusional basada de los resultados de ROTEM junto a un algoritmo específico elaborado a partir de los resultados observados. Este estudio incluye el análisis del consumo de productos hemoderivados y las posibles complicaciones desarrolladas durante el postoperatorio, antes y tras la implementación de ROTEM.

Resultados: Tras la implementación de ROTEM, 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 (9.8% vs 3.8%, p=0.008). Igualmente, el uso de ROTEM se asoció a una disminución estadísticamente significativa de la incidencia de transfusión de unidades de plasma durante la estancia en UCI (15.8% vs 7.7%, p=0.004). Por otro lado, se observó un aumento en el consumo de plaquetas, fibrinógeno, protamina y ácido tranexámico, aunque esta no fue significativa. Además, se registró una disminución estadísticamente significativa en 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). Por último, se observó una disminución de la estancia hospitalaria total (18.3 ± 13.5 días vs 16.7 ± 10.0 días) y de la mortalidad hospitalaria (4.5% vs 2.4%, p=0.132).

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

0017 - CLORURO DE COBALTO COMO PROTECTOR MIOCÁRDICO EN REPERFUSIÓN LUEGO DE UNA ISQUEMIA CARDÍACA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Investigación Básica

FARCY, Nicole | GUTIERREZ, Christopher | BANCALARI, Ignacio | DI GIROLAMO, Guillermo | BONAZZOLA, Patricia | CASTILLA, Rocio

Instituto de Investigaciones Cardiológicas Taquini

Introducción: La isquemia-reperfusión (I/R) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y conduce a disfunción cardíaca contráctil y energética. El daño inducido por I/R es reducido por postcondicionamiento isquémico. El CoCl₂; posee propiedades para funcionar como un agente de postcondicionante, ya que puede desencadenar cambios transcripcionales que se asemejan a la respuesta a un evento hipóxico en condiciones normóxicas.

Objetivos: Evaluar al CoCl₂; como herramienta terapéutica postcondicionante luego de una I/R en tejido miocárdico y arterial.

Materiales y Métodos: Corazones de ratas Wistar machos adultos fueron aislados y perfundidos por la técnica de Langendorff a 37 °C con solución de Krebs-Ringer-Bicarbonato burbujeada con carbógeno (95% O₂ 5% CO₂), montados en un calorímetro de flujo y estimulados eléctricamente a 3 Hz. Los corazones fueron estabilizados, sometidos a isquemia durante 30 min. y reperfundidos en presencia o ausencia de CoCl₂ 0,23 mM. Este último se mantuvo o retiró después de 20 min, completando 45 min de perfusión (R). Se evaluaron parámetros contráctiles y la generación de calor asociada (Ht). También se aisló la arteria aorta torácica para evaluar la fisiología vascular en baño de órgano aislado sumergiendo anillos de 4 mm de largo en solución de Krebs carbogenada. Se evaluó su contractilidad agregándole concentraciones crecientes de noradrenalina (NA: 10⁻⁹ a 10⁻⁵ M) y se lavó hasta llegar a sus valores basales. Posteriormente se realizó una isquemia arterial simulada (IS) mediante su inmersión durante 20 min en solución de Krebs conteniendo desoxiglucosa en lugar de glucosa y burbujeada con una mezcla gaseosa 95%N₂-5%CO₂. Luego se reperfundió con solución Krebs control en ausencia o presencia de CoCl₂ y se volvió a evaluar la respuesta a NA.

Resultados: Durante la R, la presencia de CoCl₂ no alteró la presión de reposo, ni tampoco la presión de perfusión, mientras que causó un aumento significativo de la presión desarrollada (P) ($p < 0,05$), que aumentó y alcanzó su punto máximo luego de 20 min para luego descender hasta alcanzar el mismo nivel que los controles al final de la R. Cuando se eliminó el CoCl₂ a los 20 min. de R, la P permaneció por encima de los valores del control. La economía contráctil (P/Ht) se incrementó cuando la R se realizó en presencia de CoCl₂. La incidencia de arritmias por R evaluadas entre los 10 y 20 min de R disminuyó significativamente ($p < 0,001$) en presencia de CoCl₂. Asimismo, evidenciamos una disminución significativa del porcentaje de área dañada ($p < 0,05$) en los corazones tratados con CoCl₂ mediante la tinción con cloruro de 2,3,5-trifenil tetrazolio. En cuanto a la fisiología arterial, la fuerza generada luego de la IS fue similar en las arterias control y en las reperfundidas en presencia de CoCl₂. El efecto de la respuesta contráctil ante concentraciones crecientes de NA post-IS, mostró un incremento de la contractilidad a la dosis más baja de la droga no observándose diferencias significativas a dosis superiores. En la R la presencia de ClCo₂ indujo una respuesta contráctil a dosis crecientes de NA que fue significativamente menor que en su ausencia a todas las concentraciones de la droga. Además, la presencia de ClCo₂ en la R luego de la IS mostró una disminución de la sensibilidad a NA respecto al control no isquémico (EC 50: 10^{-7,5} y 10^{-6,5} M de anillos controles y tratados con CoCl₂ respectivamente) así como una disminución del 25% en la respuesta contráctil máxima respecto al control no isquémico.

Conclusión: La utilización de CoCl₂ luego de un evento isquémico atenúa los daños producidos a nivel cardíaco al menos durante los primeros 25 minutos de R además de disminuir la respuesta contráctil adrenérgica a nivel arterial. Estos resultados avalan el uso del CoCl₂ como una potencial herramienta cardioprotectora de relevancia clínica.

0020 - EL PRECONDICIONAMIENTO ISQUÉMICO REMOTO MODIFICA EL REMODELAMIENTO VENTRICULAR TEMPRANO Y ATENÚA LA ACTIVIDAD DE LA MMP-9 EN UN MODELO DE INFARTO DE MIOCARDIO EXPERIMENTAL

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Investigación Básica

Unidad Temática 2: Enfermedad Cardiovascular

BIN, Eliana (1) | PENAS, Federico(2) | GOREN, Nora Beatriz(2) | GELPI, Ricardo Jorge(1) | DONATO, Pablo Martin(1)

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

Introducción: Es conocido que el preconditionamiento isquémico remoto (PCr) reduce el tamaño de infarto en modelos de infarto agudo de miocardio, realizados en animales experimentales; mientras que su efecto es controvertido en el ámbito clínico. Sin embargo, no es conocido su efecto sobre la evolución del infarto (remodelamiento ventricular).

Objetivos: El objetivo de este trabajo es evaluar el efecto del preconditionamiento 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 (durante 7 días) de la arteria coronaria descendente anterior; en un segundo grupo se realizó un protocolo de PCR que consistió en 3 ciclos de 5 min de isquemia/reperfusión en el miembro inferior izquierdo (arteria femoral) realizados previo a la isquemia miocárdica. Finalmente, en un tercer grupo se realizó la toracotomía, pero sin isquemia miocárdica (Sham). Se midió el tamaño de infarto con trifeniltetrazolio, la función ventricular mediante hemodinamia y ecocardiografía y se evaluó la actividad de metaloproteasas de tipo 2 y 9 por zimografía.

Resultados: Como era de esperar, no hubo diferencias significativas en el área de riesgo y tamaño de infarto. El PCr incrementó significativamente la fracción de acortamiento del área del VI y la fracción de eyección del VI. Además, se observó una tendencia a la reducción de la presión de fin de diástole del VI en el grupo PCr. Por otro lado, el PCr redujo significativamente la actividad de MMP 9 en el tejido ventricular izquierdo respecto del grupo IM.

Conclusión: En este trabajo demostramos que el PCr tiene un efecto beneficioso sobre el remodelamiento temprano, reduciendo la expansión del infarto y mejorando la función ventricular. En este efecto beneficio podría estar involucrada la menor actividad de MMP-9.

0023 - VALORACIÓN DE LOS NIVELES DE NTPROBNP EN EL DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FUNCIÓN SISTÓLICA PRESERVADA EN PACIENTES OBESOS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

COSTA, Gustavo Alejandro | **FERNANDEZ, Adrian Carlos** | GALERA, Karen Evangelina | MENZIO, Alejandro

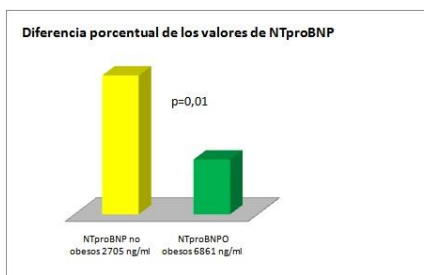
Hospital Nacional Profesor A. Posadas

	No obesos n=16	Obesos n=12	
Sexo femenino	9 (56%)	4 (33,3%)	
Edad	72,6± 8,7	66,9± 15,6	P=0,22
HTA	12 (75%)	9 (75%)	
DBT II	5 (31%)	3 (25%)	
EPOC	3 (19%)	2 (16,6%)	
HIPOTIROIDISMO	2 (12,5%)	4 (33,3%)	
ENFERMEDAD CORONARIA	1 (6%)	0	
REEMPLAZO MITRAL	2 (12,5%)	0	
REEMPLAZO AORTICO	2 (12,5%)	0	
EDEMAS	11 (69%)	10 (83%)	
HEPATOMEGALIA	11 (69%)	7 (58%)	
RALES	1 (6%)	0	
TAS	120mmHg (±20,4)	128mmHg(±19,4)	
FC	83lpm(±12,5)	92lpm(±13,1)	
PESO	68 kg(±11,9)	106 kg(±33,2)	
ALTURA	161 m (±10,3)	162 m(±6,8)	
IMC	25,4 kg/m2 (±3,2)	39,8kg/m2 (±10,5)	
RIMO SINUSAL	8 (50%)	6 (50%)	
FIBRILACIÓN AURICULAR	6(37,5%)	6 (50%)	
BCRI	3 (19%)	1 (8%)	
HBAI	2 (12,5%)	0	
BCRD	2 (12,5%)	1 (8%)	
DDVI	51 mm (± 5,6)	53 mm (± 6,4)	P=0,28
DSVI	23 mm (±15,5)	32 mm (±11,6)	P=0,12
PARED POSTERIOR	8,6 mm (±2)	10 mm (±1,6)	P=0,05
SEPTUM INTERVENTRICULAR	9,8 mm (±2,8)	10,5 mm (±1,1)	P=0,45
AURICULA IZQUIERDA	42,8 mm (±10)	44,1 mm (±1,4)	P=0,68
PSAP	38,5	31,9mmHg	P=0,23
FEV	61,3 % (± 6,3)	57,9 % (± 3,8)	P=0,11
HEMATOCRITO	35,2%(±5,2)	38,4%(±8,1)	P=0,22
HB	11,4 mg/dl(±1,9)	12,1 mg/dl(±2,4)	P=0,40
GLUCEMIA	129 mg/dl(±42,7)	125 mg/dl(±69,1)	P=0,80
UREA	0,5 mg/dl(±0,2)	0,3 mg/dl(±0,1)	P=0,05
CREATININA	1,2 mg/dl(±0,45)	1,1 mg/dl(±0,38)	P=0,46
CICr (Cockcroft-Gault)	54,2 mL/min (±23,6)	106,9 mL/min(± 59,4)	P=0,003
SODIO	137mEq/L(±4,3)	137mEq/L(±5,9)	P=0,94
POTASIO	4,5mEq/L(±0,4)	3,9mEq/L(±0,7)	P=0,008
CLORO	99mEq/L(±3,6)	97mEq/L(±4,6)	P=0,12
NTproBNP	6861pg/mL(± 5895)	2713pg/mL(± 1624)	P=0,01

Introducción: En estudios realizados en la última década, se han observado valores relativamente bajos del NTproBNP en pacientes obeso. El valor pronóstico del NTproBNP en la insuficiencia cardíaca (IC) es incuestionable; en el campo del diagnóstico diferencial de la disnea, el valor de este marcador cobra especial importancia en pacientes con obesidad, ya que en ellos la disnea es multicausal. Cuando a este escenario, sumamos la entidad de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada (HFpEF) el problema es aún mayor y se corre el riesgo de subdiagnóstico en esta población que tiene una morbilidad similar a la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (HFrEF).

Objetivos: Evaluar los niveles plasmáticos de NTproBNP en pacientes obesos para diagnosticar insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada.

Materiales y Métodos: Se seleccionaron 28 pacientes que consultaron por disnea CF III/IV de la NYHA dentro de los 4 días del inicio del síntoma que cumplían criterios clínicos de Framingham para diagnóstico de insuficiencia cardíaca, con una fracción de eyección medida por método de Simpson $\geq 50\%$ y valores de NTproBNP por encima del rango normal según edad del paciente. Se asignaron los pacientes en dos grupos según el índice de masa corporal (IMC) (Du Bois) con un valor de corte de 30 kg/m² (obesidad) y se compararon sus antecedentes, parámetros clínicos, ECG y laboratorio. Las variables absolutas fueron expresadas como frecuencias y porcentajes, y las continuas en promedio y desvío estándar. Se utilizó la prueba de t para dos muestras suponiendo varianzas iguales adoptando un valor de significancia de 0,05.



Resultados: El grupo de pacientes no obesos fue de 16 individuos y el grupo de pacientes obesos fue de 12. La edad promedio 72,6 +/- 8,7 años vs 66,9 +/- 15,6 años (p=0,22); el 56% fueron mujeres vs 33,3%, talla promedio 161 + 10,3 cm vs 162 + 6,8 cm. Tenían hipertensión arterial (HTA) en igual proporción; diabetes mellitus tipo II (DBT II) el 31% vs 25%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) el 19% vs 16,6%, hipotiroidismo el 12,5% vs 33,3%, enfermedad coronaria el 6% vs 0 y reemplazo valvular mitral o aórtico el 12,5% vs 0%. La presencia de fibrilación auricular fue homogénea en ambos grupos (~50%); bloqueo de rama izquierda en el 19% vs 8%, hemibloqueo anterior izquierdo en el 12,5% vs 0 y bloqueo de rama derecha en el 12,5% vs 8%. Los valores ecocardiográficos no difirieron significativamente en los 2 grupos; en cuanto a los resultados de laboratorio las diferencias no fueron significativas a excepción del potasio sérico (4,5 +/- 0,4 vs 3,9 +/- 0,7 mEq/l p=0,008), el filtrado glomerular (54,2 mL/min +/- 23,6 vs 106,9 mL/min +/- 59, 4P=0,003) y los valores de NTproBNP (6861 ng/mL +/- 5895 vs 2713 ng/mL +/- 1624 p=0,01)

Conclusión: 1) Los valores de NTproBNP de los pacientes obesos resultaron 60,5% menores que en los no obesos (p=0,01), al igual que en los pacientes con insuficiencia cardíaca con fey reducida. 2) En estos pacientes, los valores moderados de NTproBNP no deben ser subestimados como valor diagnóstico. 3) Los valores de filtrado glomerular fueron significativamente mayores en el grupo de obesos..

0026 - COMPORTAMIENTO DEL VO2 Y VCO2 DURANTE UN PROGRAMA DE REHABILITACION CARDIACA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología del Ejercicio

Unidad Temática 2: Ergometría y Rehabilitación

BRUZZESE, Martín Fernando (1) | BAZAN, Nelio(2) | PEIDRO, Roberto Maximino(1) | BRION BARREIRO, Graciela Beatriz(1) | ECHANDIA, Nicolas(2)

Futbolistas Argentinos Agremiados (1); Actividad Clínica Privada (2)



Introducción: Los programas de rehabilitación cardiaca (RHC) basados en ejercicios programados complementan el tratamiento cardiológico, mejorando la capacidad funcional y la aptitud física. La RHC ha permitido mejorar la supervivencia pero también la calidad de vida del paciente y su entorno familiar. Con estos programas algunos autores han reportado una reducción en la mortalidad, cercana al 20%. El ejercicio sistemático ha demostrado un incremento en la aptitud física de estos pacientes corroborada con medición del VO_2 . El ejercicio físico aumenta el VO_{2max} , mejora el flujo sanguíneo periférico y la función endotelial, incrementa el tono vagal, disminuye el tono simpático y disminuye las citosinas proinflamatorias. El conocimiento del VO_{2max} , o en su defecto del VO_{2peak} , permite personalizar los objetivos de la actividad física estableciendo metas individualizadas. Se puede indicar el trabajo como un porcentaje del VO_{2peak} , VO_2 de reserva o tomando en cuenta el umbral anaeróbico o anaerobic threshold (AT). También se debaten las diferentes propuestas de ejercicio en la RHC. Cualquiera sea la sistemática de ejercicios utilizada, es importante poder contar con variables de control y seguimiento de las intervenciones, es decir, conocer el comportamiento fisiológico de los pacientes en lo que respecta a las variables de aptitud física. Por ejemplo, registrando el VO_2 y VCO_2 durante las sesiones de RHC. Esto puede brindar datos objetivos para realizar una más específica prescripción del ejercicio y, a su vez, monitorear la eficacia del programa.



Objetivos: El objetivo del presente trabajo fue estudiar, justamente, el comportamiento del consumo de oxígeno (VO_2) y la producción de dióxido de carbono (VCO_2) en una sesión de RHC de pacientes con miocardiopatía dilatada (MCPD).

Materiales y Métodos: La muestra estuvo compuesta por 10 pacientes masculinos con MCPD, con deterioro moderado a severo de la función sistólica del ventrículo izquierdo pero con su insuficiencia cardiaca compensada al inicio del programa. Se realizó en laboratorio una valoración inicial mediante una prueba ergométrica máxima y luego se evaluó a cada paciente durante una sesión en gimnasio del programa de RHC. El consumo de oxígeno máximo (VO_{2max}) se evaluó en el laboratorio mediante un analizador de gases portátil. La sesión de RHC evaluada consistió en trabajos de tipo continuo con una entrada en calor en bicicleta fija con carga creciente, iniciando en 100 o 150 kgm, según tolerancia al esfuerzo durante los primeros 10 a 15 min. Luego se realizaron ejercicios en circuito con una metodología de tipo intervalado con diferentes tipos de actividades. Finalmente se trabajó la fuerza muscular con mancuernas para bíceps y hombros, cuádriceps en camilla y dorsales en máquina.

Resultados: Las distintas variables de la muestra identificando las medias, desviaciones típicas y coeficientes de variación para cada una de ellas, arrojando este último valores muy elevados (>20%) para la mayoría de las variables, lo que implica una gran dispersión en los datos. Por otra parte, cabe destacar que comparando las variables medidas en el laboratorio con respecto a las mismas variables medidas en la sesión de RHC, estas últimas muestran menos variación con relación a las variables medidas en el laboratorio con excepción de la tasa de intercambio respiratorio. Se compararon las variables en la prueba de Laboratorio y durante la sesión de RHC.

Conclusión: Es sabido que los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica y con un VO_{2peak} limitado pueden beneficiarse con un programa de ejercicios. Pero esta oportunidad terapéutica debe optimizarse en cuanto a su planificación para lograr una correcta prescripción de intensidad, volumen y frecuencia. La prescripción del ejercicio necesita de saberes adecuados para ser efectiva.

0032 - UTILIDAD DEL ÍNDICE LEUCOGLUCÉMICO EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

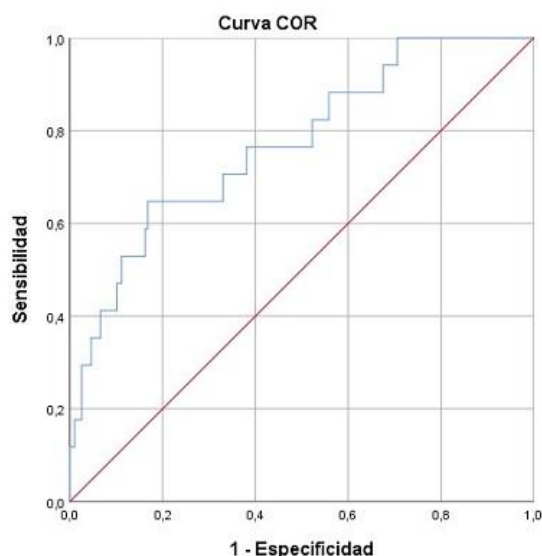
Unidad Temática 2: Cirugía

FRONTERA, Esteban | BARBOSA, Fernando | **RAMOS, Patricio** | MOYANO, Claudio | DURET, Ana | LUCIARINI, Mauro | OTERO, Andrés | PLOGER, Claudio

Clínica Pasteur

Introducción: El índice leucoglucémico (ILG) ha mostrado ser un marcador pronóstico en diferentes patologías. Sin embargo, existe escasa evidencia respecto a su valor en el postoperatorio (POP) de Cirugía Cardiovascular (CCV).

Objetivos: Conocer el valor pronostico del ILG en pacientes (p) cursando el POP de CCV.



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de Cohorte, retrospectivo, observacional y analítico que incluyó p en POP de CCV entre Enero 2017 y Noviembre 2019. El cálculo se realizó en el POP inmediato multiplicando glucemia (mg/l) por leucocitos (mm³)/1000. El ILG se dividió en cuartiles (Q) y se utilizó la curva ROC para determinar el mejor valor de corte. El punto final fue mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Del total de la población (n=217) se incluyeron 214 casos (98,6%) con datos para el cálculo. La mediana de ILG fue 2341 (RIC: 1775-3170). La edad mediana según los cuartiles fue Q1: 66, Q2: 68, Q3: 68 y Q4: 65 años (p=0,45). La cirugía de urgencia fue mayor en el Q4 (Q1: 20%, Q2: 11%, Q3: 17% y Q4: 26%, p=0,04) al igual que el uso de circulación extracorpórea (Q1: 39 %, Q2: 45%, Q3: 25 % y Q4: 60%, p=0,01), entre otras. El mejor valor de corte del ILG para el punto final según curva ROC fue 2605 con Sensibilidad 76%, Especificidad 62% y Área Bajo la Curva 0,77 (p=0,001). En la evolución los p del Q4 presentaron más complicaciones como bajo gasto cardiaco (Q1: 6%, Q2: 9%, Q3: 20% y Q4: 25%, p<0,001), insuficiencia renal aguda y accidente cerebrovascular. La mortalidad según los grupos fue en Q1: 0%, Q2: 7%, Q3: 4% y Q4: 21% (p<0,001). En el modelo de regresión logística múltiple el ILG se asoció en forma independiente a mortalidad en la internación (OR: 4,8. IC 1,3-17; p=0,01), al igual que la cirugía de urgencia.

Conclusión: El ILG se asoció a peor evolución y pronostico en pacientes cursando el POP de CCV; También fue predictor independiente de mortalidad intrahospitalaria.

0034 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CONTROL CARDIOMETABÓLICO DE PACIENTES CON DIABETES EN EL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

FORTE, Ezequiel Hernán (1) | **BUSO, Carlos Javier**(2) | **DUCZYNSKI, Maria Paula**(3) | **LAVALLE COBO, Augusto Maria**(4) | **HARWICZ, Paola S.**(5) | **SALMERI, Emiliano Eduardo**(6) | **SANABRIA, Hugo Daniel**(7)

CENDIC - Centro Diagnóstico Cardiovascular Concordia (1); HOSPITAL MUNICIPAL MARIA CURIE (2); Fundación Favaloro (3); Sanatorio Finochietto (4); Sanatorio Dupuytren (5); IADT - Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento (6); ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (7)

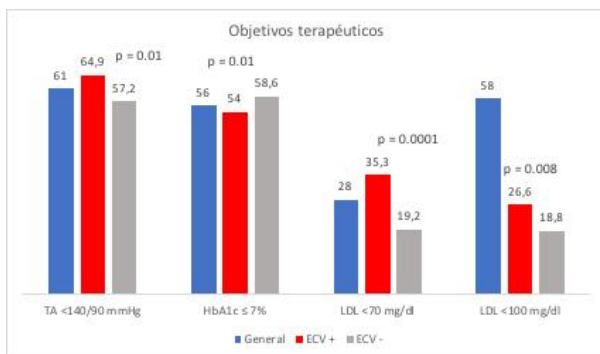
Introducción: En los últimos años el interés de la enfermedad cardiovascular (ECV) como causa de morbi-mortalidad en los pacientes (p) con diabetes tipo 2 (DM2) ha ido en aumento y ha puesto a los cardiólogos en un rol protagónico en el control y en el tratamiento de este grupo de pacientes.

Objetivos: Conocer características clínicas, control cardiometabólico y logro de objetivos terapéuticos en p con DM2 en consultas cardiológicas ambulatorias.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional y multicéntrico. Se registraron en forma consecutiva los p asistidos en el consultorio de cardiología de mayo a julio del 2019. Del total de p con DM2, ingresaron al estudio los primeros de cada día de atención. Se consideró adecuado control terapéutico como una TA<140/90 mmHg, HbA1c<7%, LDL <100 mg/dl o LDL <70 mg/dl (Sin o con ECV).

	Total	Con ECV	Sin ECV	p
Hombres % (n)	58,5 (406)	230 (68.7)	49 (176)	0.0001
HTA % (n)	90,9 (631)	92,8 (311)	320 (89)	0.03
Dislipidemia % (n)	79,1 (549)	85,3 (285)	73,3 (264)	0.001
IMC kg/m2 (n)	31,4 (218)	35,5 (119)	27,6 (99)	0.003
IMC >30 % (n)	60,1 (417)	54,6 (182)	65,1 (235)	0.002
Sedentarismo % (n)	57,6 (400)	56,1 (188)	56,1 (188)	0.2
Tabaquismo % (n)	8,8 (61)	6,8 (23)	10,5 (38)	0.004
ExTabaquista % (n)	226 (32,5)	40,6 (136)	25 (90)	0.001
TAS mmHg (DE)	135.1 (16.1)	133 (16.9)	136.4 (15.3)	0.02
TAD mmHg (DE)	80 (9.2)	79.9 (9.2)	80.6 (9.2)	0.04
HbA1c media (DE)	7.2 (1.6)	7.17 (1.4)	7.27 (1.7)	0.3
LDL media (DE)	97.3 (40.3)	88.6 (37)	105.4 (41)	0.001
Tiempo de DM2 años (DE)	10.4, 8	11.8, 8	9.2, 8	0.001
Nefropatía % (n)	31,4 (218)	43,7 (144)	20,3 (74)	0.001
Nerupatía % (n)	8,3 (58)	11,5 (38)	5,5 (20)	0.02
Retinopatía % (n)	10,5 (73)	14,6 (49)	6,6 (24)	0.001
Enf. Microvascular % (n)	40,6 (282)	54,4 (179)	28,8 (103)	0.001

Resultados: 8406 p fueron asistidos de los cuales 1189 p (14,1%) presentaban DM2. 694 p ingresaron al estudio. Edad 64,7 +/- 10,5 años, sexo masculino 58,5%, tiempo de evolución de la DM2 10,7 años, índice de masa corporal (IMC) 32 kg/m2, HbA1c 7,3%. El 34% tenía cardiopatía isquémica, 27% insuficiencia cardiaca, 15% enfermedad vascular periférica y 4% accidente cerebro vascular. En cuanto al tratamiento, 56% recibía AAS, 84,3% iECAS/ARAI, 70,5% estatinas, 85,6% metformina, 24,1% iDDP4, 22,2% insulina, 14,3% sulfonilureas, 9,8% iSGLT2, 3% arGLP1 y 1,3% glitazonas. El 48,1% presentaba ECV. En la tabla 1 podemos observar las características de los p con y sin ECV. En el análisis multivariado las variables que se asociaron con ECV resultaron: edad (OR 1.04 p 0.001), sexo masculino (OR 2.2 p 0.001) y daño microvascular (OR 2.5 1.8 p 0.001). En el gráfico 2 observamos el alcance de los objetivos terapéuticos en los p con y sin ECV.



Conclusión: Los p con DM2 evaluados resultaron de muy alto riesgo cardiovascular y alta prevalencia de complicaciones crónicas. Asimismo, observamos un bajo alcance de los objetivos terapéuticos. Consideramos importante que los especialistas en cardiología asuman un rol más activo en el manejo integral en este grupo de pacientes.

0035 - RED DE ATENCIÓN PROVINCIAL DEL IAM (RAPIAM- LA RIOJA). MONITOREO INDEPENDIENTE POR REGISTRO ARGEN-IAM-ST. PARTE I) OBJETIVOS, DISEÑO, E IMPLEMENTACIÓN

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

POMÉS IPARRAGUIRRE, Horacio (1) | DÍAZ BAZÁN, Judit M.(2) | SANTANDER, Juan Carlos(3) | DIAZ, Javier Hugo Nicolas(1) | FUENTES, Pablo(1) | D' IMPERIO, Herald(4) | PAREDES, Osvaldo Luis(3) | SANTANDER, Walther Fernando(3)

RAPIAM La Rioja (Red de Atención Provincial del Infarto Agudo de Miocardio) (1); Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2); INCOR La Rioja (3); Area de Investigación SAC (4)

Introducción: Resulta imprescindible planificar y desarrollar una política de «Regionalización» del manejo del IAM en la provincia de La Rioja, con estándares mínimos que permitan ampliar la utilización del tratamiento de reperfusión disponible a la mayor cantidad de pacientes elegibles en cada situación, eliminando las barreras de acceso y organizando los aspectos logísticos, para la realización de Trombolisis, Angioplastia primaria y de rescate ó una estrategia fármaco-invasiva.

Objetivos: 1) Implementar un modelo de red pública mixta, estatal y privada, basada en el conocimiento de las barreras existentes a nivel local, y en algoritmos regionales comunes; 2) Mejorar la detección, diagnóstico y tratamiento del IAM en la Provincia; 3) Disminuir la tasa de pacientes que no reciben reperfusión; 4) Reducir la demora de los tiempos síntomas-Tratamiento de reperfusión.

Materiales y Métodos: LA RIOJA: Superficie: 89.680 Km². Población: 333.642 habitantes (Censo Nacional 2010). Estimada en 2015: 367728 habitantes. Densidad:3,7 Hab./Km²; distribución: 72% en área urbana; 28% área rural. Ciudad de la Rioja: Centro de actividades políticas, económicas e industriales. Concentra el mayor grado de complejidad en salud, 180.995 habitantes (datos Censo 2010). Se utilizó el programa de estadístico EPI-INFO y los datos fueron analizados centralmente por C.E.T.I.F.A.C. -ARGEN-IAM-ST)

Resultados: En octubre de 2017 comenzó RAPIAM como red pública mixta, estatal y privada (Htal. Vera Barros (La Rioja), Htal. Herrera Motta (Chilecito), Hospital Luis Agote (Chamical), Htal. Luis Pasteur (Chepes), Hospital San Nicolás (Aimogasta), Htal. Eduardo Neira (Villa Unión), e INCOR La Rioja). Al momento del corte para el análisis centralizado (1/04/2020) se habían incluido 147 pacientes, Hombres 130 (88,4%), Mujeres: 17 (11,6%). Edad mediana (RI 25%-75%): 59 años (50-65). Todos completaron el seguimiento intrahospitalario. Cobertura Social: Sistema Público (SP): 45%; Obra Social (OS): 52%; Medicina Prepaga (MP): 2%. Se realizaron reuniones mensuales de capacitación con el equipo de salud de cada hospital periférico para homogeneizar los protocolos de diagnóstico y tratamiento. Se logró la aprobación de la Ley Provincial 10156, denominada Ley RAPIAM, en enero de 2019 que oficializó la creación y funcionamiento de la red.

Conclusión: 1.- Resultó factible implementar una Red pública mixta, estatal y privada, con Hospitales de la ciudad y regionales del interior (centros primarios derivadores) y centro de alta complejidad en la ciudad capital (centro receptor). 2.- Se comenzó la capacitación intensiva de los profesionales de los Hospitales públicos regionales y de la ciudad capital, a fin de conocer las barreras y dificultades para aumentar la tasa de pacientes reperfundidos y acortar los tiempos de demora. 3.- Cerca de la mitad de los pacientes ingresados en la Red pertenecían al Sistema Público Estatal y el resto provenía de la Seguridad Social y Medicina Prepaga. Los resultados finales y conclusiones derivados de su análisis se comunicarán en la segunda parte del estudio en este Congreso. 4.- El modelo de Red de atención que incluye protocolos regionales, mediciones y retroalimentación en un registro nacional único y el apoyo continuo de coordinadores regionales, podría mejorar la detección, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con IAM-ST.

0036 - TRATAMIENTO DE LA COARTACIÓN AORTICA Y DEL ANEURISMA POSTCOARTACIÓN EN EL ADULTO: ABIERTO, HIBRIDO Y ENDOVASCULAR.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiopatías Congénitas Del Adulto

REVELO CHAMORRO, Nathalia Alejandra | CAMPORROTONDO, Mariano | DE LUCA, Ignacio | SPALETRA, Pablo | ELIZARI, Amalia | CASTELLI, Mariano | RICAPITO, Maria de La Paz | ZAEFFERER, Patricio

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La coartación de la aorta es uno de las cardiopatías congénitas más frecuentes. La mayoría de los pacientes son sometidos a tratamiento quirúrgico o endovascular en la edad pediátrica con buenos resultados a largo plazo. Ocasionalmente, los adultos que se presentan con hipertensión arterial de difícil manejo o dolor torácico, son evaluados y se diagnostica coartación de aorta. Más frecuentemente, los adultos que han sido tratados de coartación en la infancia, se presentan con una recurrencia de la coartación o con una dilatación aneurismática en el lugar de la reparación (Aneurisma Postcoartación).

Objetivos: Evaluar los resultados periprocedimiento y al seguimiento del tratamiento invasivo de la coartación aortica en el adulto.

Características	N (%)
Edad, años, media (rango)	39 (19-65)
Sexo masculino	15 (50)
Válvula Bicuspíde	16 (53)
Otras malformaciones congénitas	2 (7)
Cirugía Cardíaca previa	2 (7)
Diámetro medio del aneurisma, mm $\pm$ DS, n = 10	60 $\pm$ 13
Gradiente medio trans-coartación, mmHg $\pm$ DS, n = XX	40 $\pm$ 1
Indicación de la reparación	
Coartación de diagnóstico nuevo	14 (47)
Coartación recurrente	7 (23)
Pseudoaneurisma	9 (30)
Reparación Aortica Previa	14 (47)
Termino - Terminal	4 (13)
Parche	2 (7)
Interposición de Prótesis	2 (7)
Endovascular	5 (17)
Reparación Desconocida	3 (10)

Materiales y Métodos: De enero del 2007 a Diciembre de 2019, 30 pacientes adultos se sometieron a reparación de la coartación aortica o a tratamiento de complicaciones tardías post reparación previa (Tabla 1). La indicación de tratamiento fue, coartación de reciente diagnostico (n = 14), coartación recurrente (n = 7), aneurisma post reparación previa (n = 9). Los pacientes se sometieron a uno de tres estrategias de resolución de su patología, Abierto (n = 3), reparación híbrida (n = 2), o endovascular(n = 25). La elección de la estrategia de reparación fue según la indicación, priorizando siempre el tratamiento menos invasivo y la resolución a largo plazo.

Tipo de Intervención	N (%)
Cirugía Abierta	3 (10)
In situ	2 (7)
Bypass Termino – Terminal con Prótesis	2 (7)
Bypass Extra anatómico	1 (3)
Otro procedimiento cardiovascular	1 (3)
Procedimiento Híbrido	2 (7)
Endovascular	25 (83)
Stent Balón expandible	20 (67)
Stent no cubierto	6 (20)
Stent cubierto	14 (47)
Stent auto expandible	5 (17)

Resultados: Corto plazo. El éxito técnico se alcanzó en el 100% de los pacientes (Tabla 2). No hubo muertes hospitalarias, ni stroke, ni paraplejía post procedimiento. La mediana de estadía hospitalaria fue de 2 días (rango 1-28 días). Largo plazo. Ningún paciente murió en el largo plazo. Ningún paciente necesito una reintervención relacionada a la coartación, solamente un paciente se sometió a una operación de preservación de la válvula aortica bicúspide por aneurisma de la raíz a los 2 años del procedimiento de la coartación (operación de Yacoub). El gradiente medio al seguimiento en aquellos pacientes intervenidos por coartación fue de 10 ± 6 mmHg. El seguimiento fue de 2.7 ± 2.9 años.

Conclusión: La coartación de aorta, la coartación recurrente y el aneurisma postcoartacion en el adulto se puede tratar en forma segura y efectiva mediante cirugía abierta, procedimientos híbridos o técnicas endovasculares. Excelentes resultados se pueden alcanzar en esta población compleja de pacientes con un abordaje multidisciplinario en el marco de un "Aorta Team".

0044 - LA SOLUCION HTK Y DOS ANTIANGINOSOS PROTEGEN TEJIDO CARDIACO Y EXTRACARDIACO AUMENTANDO LAS DEFENSAS ANTIOXIDANTES NATURALES EN UN MODELO MURINO DE SHOCK

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Investigación Básica

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

ORTIZ FRAGOLA, Juan Pablo | CAO, Gabriel Fernando | TUMARKIN, Mariano | MORIONDO, Marisa | MÜLLER, Angélica | SANGIORGIO, Martín | AZZATO, Francisco | MILEI, José

Instituto de Investigaciones Cardiológicas Taquini

Introducción: En el shock, se genera daño isquémico en los tejidos periféricos. La posterior reanimación, produce daño por isquemia reperusión. El alopurinol (ALO) y la trimetazidina (TMZ) son antianginosos metabólico de segunda línea, utilizados en el angor crónico estable. La solución de preservación HTK se utiliza en el transplante de cardíaco para proteger al corazón que se transporta para ser implantado en el receptor.

Objetivos: El objetivo del trabajo fue comparar, en un modelo murino de shock hipovolémico y reanimación estándar, parámetros cardíacos y extracardíacos de daño tisular y evaluar la actividad las defensas antioxidantes naturales comparando un grupo placebo con grupos con tratamiento con ALO, TMZ y HTK.

Materiales y Métodos: En ratas Wistar se aplicó un modelo de shock hipovolémico controlado por presión arterial. Se indujo el shock mediante la extracción del volumen de sangre necesario para lograr una tensión arterial media (TAM) de entre 38 y 42 mmHg, que se mantuvo durante 1 hora. Luego se reinfundió la sangre extraída más una cantidad proporcional de Ringer Lactato. Los animales se dividieron en: Grupo Sham (sin shock), Grupo Control (tratamiento placebo, n=6), Grupo ALO (n=9), Grupo TMZ (n=7) y Grupo HTK (n=11). Al final del experimento los animales fueron sacrificados y se extrajeron muestras de corazón y riñón que se procesaron para microscopía para evaluación de daño e inmunomarcación con BNP, TRx1 y PRx1.

Resultados: Los grupos ALO, TMZ y HTK disminuyeron el daño anatomopatológico miocárdico y renal: a- Miocardio: Control: 1.73 ± 0.04 ; Sham: 1.85 ± 0.04 , $p < 0.0001$; TMZ: 1.76 ± 0.04 , $p < 0.0006$; ALLO: 1.76 ± 0.04 , $p < 0.0001$; HTK: 1.82 ± 0.07 , $p < 0.0001$; b- Riñón: Control: 1.74 ± 0.04 ; Sham: 1.78 ± 0.06 , $p < 0.0001$; TMZ: 1.8 ± 0.04 , $p < 0.0001$; ALLO: 1.78 ± 0.04 , $p < 0.0001$; HTK: 1.79 ± 0.04 , $p < 0.0001$. Los 3 grupos redujeron la marcación cardíaca para BNP y aumentaron la marcación para TRx1 y PRx1 con respecto al grupo control: a- Miocardio, BNP: Control: 9.62 ± 1.38 ; Sham: 4.2 ± 0.97 , $p < 0.0001$; TMZ: 5.48 ± 1.43 , $p < 0.0001$; ALLO: 6.22 ± 0.96 , $p < 0.008$; HTK: 3.52 ± 1.15 , $p < 0.0001$;

TRx1: Control: 6.54±1.02; Sham: 18.13±1.69, p<0.0001; TMZ: 9.26±1.34, p<0.012; ALLO: 9.09±1.4, p<0.019; HTK: 13.9±1.5, p<0.0001; b- Riñón TRx1: Control: 4.62±0.66; Sham: 17.3±0.5, p<0.0001; TMZ: 9.64±0.5, p<0.004; ALLO: 9.53±0.5, p<0.005; HTK: 16.58±0.6, p<0.0001; PRx1: Control: 6.03±1.15; Sham: 15.75±1.1, p<0.0001; TMZ: 10.07±1.4, p<0.002; ALLO: 9.6±1.3, p<0.01; HTK: 15.58±1.33, p<0.0001.

Conclusión: En un modelo murino de shock hipovolémico y reanimación estándar, ALO, TMZ y HTK indujeron protección celular cardíaca y extracardíaca, aumentando las defensas antioxidantes naturales.

0046 - ASOCIACIÓN ENTRE INTERLEUQUINAS INFLAMATORIAS Y LA PRESENCIA DE TRASTORNOS INTRAVENTRICULARES DE LA CONDUCCIÓN EN PACIENTES CON SEROLOGÍA POSITIVA PARA ENFERMEDAD DE CHAGAS Y FUNCIÓN VENTRICULAR CONSERVADA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Enfermedad de Chagas

Unidad Temática 2: Imágenes.20

PRINCIPATO, Mario Bruno (1) | PAOLUCCI, Analía(1) | MIRANDA, Silvia(2) | SOSA, Gustavo(2) | VON WULFFEN, Maria Alejandra(1) | TOMATTI, Alejandro(1) | DI GIROLAMO, Guillermo(2) | CARBAJALES, Justo(1)

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía (1); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CARDIOLÓGICAS. ININCA.UBA.CONICET (2)

Introducción: Los trastornos intraventriculares de la conducción (TIVC) constituyen una manifestación habitual en los pacientes con enfermedad de Chagas que mantienen una función sistólica ventricular izquierda (FSVI) conservada.

Objetivos: Determinar si existen niveles elevados de interleuquinas asociados a la presencia de TIVC en pacientes con serología positiva para enfermedad de Chagas y FSVI preservada.

Materiales y Métodos: Se evaluaron 22 pacientes, con edades entre 21-80 años, todos seropositivos para enfermedad de Chagas, de más de 20 años de evolución y FSVI superior al 50 %. Se excluyeron los pacientes que presentaban cualquier otro causal de alteración de la FSVI y/o TIVC. Se analizó un grupo control de 14 voluntarios sanos para el testeo del método, cuyos resultados fueron similares al grupo sin TIVC. Luego de la firma del consentimiento informado se obtuvo sangre en ayunas (6 ml) en tubos Vacutainer que contenían EDTA (Becton, Dickinson, EE. UU.). Se añadió inmediatamente a cada plasma un cóctel de inhibidor de proteasa recién preparado (P8340, Sigma-Aldrich) (1% V / V). Luego se enviaron los plasmas congelados al Laboratorio IATIMET para tomar alícuotas y almacenar a -20 ° C hasta el análisis. Las concentraciones de IFN γ en plasma, IL-1 β , IL-6, IL-10, IL-12 (p70), IL-15, IL-17A, MCP-1 / CCL2, MIP-1 alfa / CCL3, TNF alfa e IL-2 en pacientes y controles se midieron mediante un ensayo multiplex de perlas magnéticas que emplea el panel de citocinas / quimiocinas humano HCYTOMAG-60K (Merck Millipore, MO, EE. UU.), en un equipo Magpix®. Cada muestra se cargó por duplicado. Se trazaron los estándares y se determinaron las concentraciones usando el software xPONENT versión 4.2 y se expresaron en pg / ml. Se consideró TIVC a la presencia de bloqueo de rama derecha, hemibloqueo anterior izquierdo o bloqueo de rama izquierda. El análisis estadístico se llevó a cabo a través de pruebas no paramétricas; para las variables categóricas se utilizó la prueba de Chi Square. Para la relación entre una variable categórica y una métrica se utilizaron las pruebas de Mann Whitney U y Kolmogorov Smirnov Z. Se corrigió el valor crítico para las pruebas de hipótesis en 0.05-.

Interleuquinas (pg/ml) (X, min-max)	Con TIVC	Sin TIVC	P=
TNF- α	22.16 (11.89-39.21)	14.53 (10.78-34.76)	0.093
IL 6	3.31 (0.00-8.15)	0.79 (0.00-3.81)	0.059
MPC-1	194.78 (74.76-402.08)	186.94 (89.00-392.81)	1.000
IL-10	24.49 (7.10-62.31)	9.83 (0.00-27.71)	0.007
MIP1 α	10.33 (0.00-17.63)	3.35 (0.00-9.20)	0.013
IL-12 p70	13.20 (4.67-17.62)	9.02 (2.93-15.09)	0.034
IL2	2.70 (2.12-5.43)	2.07 (1.14-3.18)	0.020
IL-1 β	2.62 (0.39-3.77)	1.87 (0.67-2.89)	0.295
IL-15	7.09 (2.11-10.33)	3.36 (1.37-7.74)	0.020
IL-17A	4.94 (1.73-9.71)	3.69 (0.83-6.87)	0.107
IFN γ	10.83 (5.85-24.13)	7.25 (2.43-10.55)	0.004

Resultados: Del total de pacientes, 10 pacientes presentaron TIVC (45,4%) y 12 no lo presentaron. En el grupo control de 14 individuos sanos los niveles de interleuquinas fueron similares al grupo chagásico sin TIVC. El grupo sin

TIVC presentó una edad media de 50.92 (+/- 7,1) años, con una FSVI del 62 % (+/- 7.07) y el 41,7% eran hombres. Mientras que en el grupo con TIVC la edad media fue 61,3 (+/- 13,36) años, con una FSVI del 59.60 % (+/- 6,28) y el 60 % eran hombres. En el grupo de paciente con TIVC se observó niveles significativamente elevados de interleuquinas con alto efecto inflamatorio como son INF γ , IL-15, IL2, IL-12 y MP1 α , mientras que también presentaba altos valores de IL 10 como mecanismo modulador de una respuesta inmunitaria excesiva.

Conclusión: En nuestro estudio se ha encontrado una asociación entre niveles elevados de interleuquinas y la presencia de TIVC en pacientes chagásicos de más de 20 años de evolución y FSVI preservada. Dichos hallazgos plantean un posible proceso inflamatorio crónico que se manifiesta independientemente de la disfunción contráctil.

0049 - NUEVO INDICE VOLUMETRICO DEL CONO TRUNCADO PARA ESTIMACION DE LA FRACCION DE EYECCION DEL VENTRICULO DERECHO.

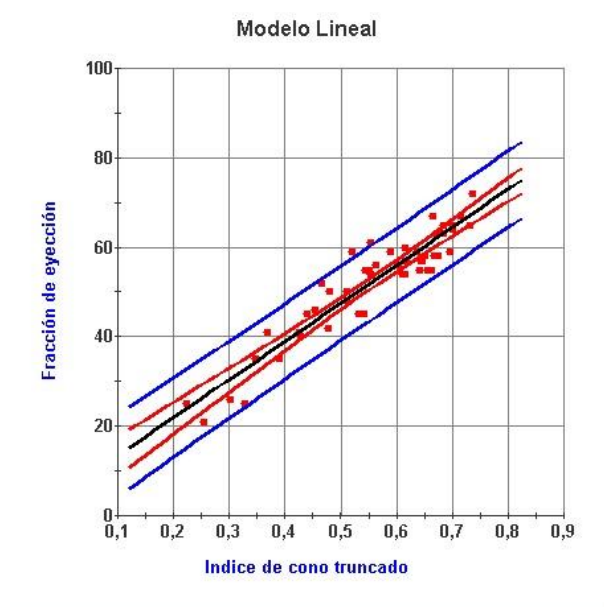
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Tomografía y Resonancia Magnética

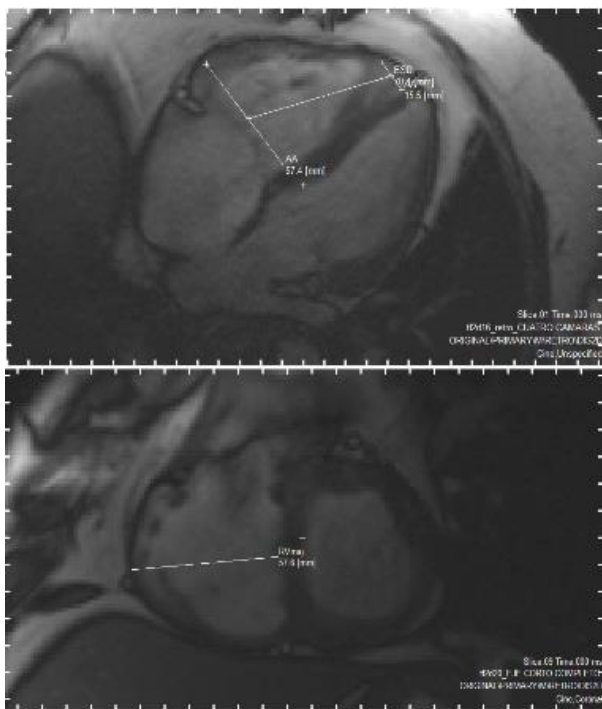
Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

JAIMOVICH, Guillermo (1) | DE STEFANO, Luciano(1) | PESSIO, Carla Leticia(1) | CARRERO, Maria Celeste(1) | LANOSA, Gustavo(2) | BRUNO, Claudio(2) | STUTZBACH, Pablo Guillermo(1)

Sanatorio Las Lomas (1); Fundación Científica del Sur (2)



Introducción: La disfunción sistólica del ventrículo derecho (DSVD) es la piedra angular de la evolución de ciertas patologías. El ventrículo derecho (VD) es muy difícil de medir con precisión debido a su forma irregular. Aunque su volumetría puede valorarse con gran exactitud a través de la resonancia magnética nuclear (RMN) y la ecocardiografía 3D, estas técnicas son muy laboriosas, requieren mucho tiempo y no están disponibles en muchos centros médicos. Por otra parte, si bien existen mediciones ecográficas muy simples y rápidas como la excursión sistólica del anillo tricuspídeo, el doppler tisular o el strain de la pared libre, son métodos muy pobres en relación a su valor cuantitativo. Por su parte el cambio fraccional del área posee ambas cualidades pero frecuentemente cuesta ser trazada por pérdida de bordes endocárdicos. Por este motivo, consideramos necesario encontrar un método de ultrasonido cuantitativo práctico, fácil y preciso que estime la función de VD.



Objetivos: Establecer un nuevo índice de estimación de la función sistólica del VD delimitando la figura geométrica de un cono truncado (CT) contenida dentro del volumen del VD, que ocupa su estructura central y es fácilmente identificable con escasos parámetros anatómicos.

Materiales y Métodos: Esta fue la primera parte de un estudio en dos etapas. La RMN cardíaca se utilizó para medir la estructura del CT en sístole y diástole, calculando ambos volúmenes y estableciendo un índice. En la segunda etapa, necesitaremos validar estos hallazgos en la ecocardiografía mediante la realización prospectiva de RMN y ecocardiografía, midiendo los mismos parámetros para verificar el nivel concordancia. Revisamos todos los informes de resonancia magnética cardíaca de dos centros médicos en los últimos 2 años. Se incluyeron todos los pacientes con DSVD o agrandamiento del mismo. Se excluyeron los estudios con baja resolución o alteraciones anatómicas graves, como hipoplasia de VD, enfermedad de Ebstein u otras cardiopatías complejas. También incluimos pacientes con VD normal para cubrir todas las geometrías y función posibles. Realizamos las mediciones en todos los pacientes y las comparamos con la volumetría y la fracción de eyección.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes patológicos y 12 pacientes normales. La edad promedio fue de 45 años, el 67% eran hombres, las patologías subyacentes fueron las siguientes: 6 tenían defecto del tabique auricular / anomalía en el retorno venoso pulmonar, 9 tenían reflujo pulmonar en una tetralogía Fallot corregida, 14 tenían miocardiopatía idiopática con afectación del VD, 9 tenían patologías varias. Se encontró una excelente correlación entre la fracción de eyección del VD y el índice del CT $r = 0,94$ (IC 95% 0,89-0,97, $p < 0,001$). También se halló una relación entre el volumen diastólico del VD y volumen diastólico del CT = 3,03 (IC 95% 2,86-3,2, $p < 0,0001$) y entre el volumen sistólico del VD / volumen sistólico del CT = 3,33 (IC 95% 3,13-3,54, $p < 0,0001$).

Conclusión: Este nuevo parámetro de medición es simple y permite realizar una estimación volumétrica y de la fracción de eyección del VD con excelente correlación con la volumetría completa por RMN. De poder utilizarse esta herramienta en la ecocardiografía, permitiría evaluar la función sistólica del ventrículo derecho con gran precisión y de un modo muy práctico y simple, sin necesidad de utilizar tecnología compleja y costosa.

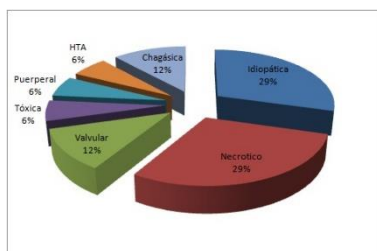
0052 - EFECTO DE LA TITULACIÓN DE SACUBITRIL/VALSARTAN SOBRE LAS CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA.

Modalidad: Temas Libres

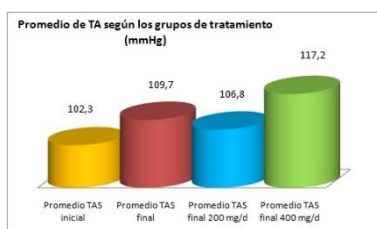
Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Hospital Nacional Profesor A. Posadas



Introducción: La hipotensión arterial es la causa más frecuente que limita la titulación de fármacos en pacientes (P) con insuficiencia cardíaca crónica (ICC). Los valores de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), constituyen un criterio de exclusión en la mayoría de los estudios de investigación clínica con fármacos de esta característica, lo que genera un sesgo en P con cifras menores de presión arterial (PA) a las recomendadas. En un P con ICC la PA estará determinada por la resistencia periférica (RP), ya que el VM se encuentra disminuido. En este escenario, la disminución de la RP, al disminuir la poscarga, mejora el gasto cardíaco y debería esperarse una mejoría en los valores de PA.



Objetivos: Evaluar el efecto sobre las cifras de tensión arterial sistólica, de la titulación ascendente de sacubitrilo/valsartan en pacientes con ICC con fracción de eyección (Fey) < 40%.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ICC y Fey <40%, evaluada por ecocardiograma mediante método de Simpson, quienes requirieron tratamiento con sacubitrilo/valsartan según las guías de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), que se encontraban en tratamiento con dosis máximas toleradas de los fármacos recomendados para el tratamiento de la ICC (betabloqueantes, diuréticos, inhibidores de la aldosterona). Se realizó control de PA sobre ambos brazos, eligiendo para los registros sucesivos el brazo dominante. Los registros se realizaron con equipos automáticos marca OMROM con su validación correspondiente y siguiendo las normas de la SAC. La titulación de dosis fue fijada de acuerdo al criterio subjetivo del médico tratante (PA al momento de la consulta, sintomatología del paciente, síntomas de hipotensión, función renal, signos de sobrecarga hídrica, y adherencia del paciente a la nueva medicación. Las variables absolutas se expresaron en porcentaje; las variables continuas en porcentaje, desvío estándar y error estándar. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de t para dos muestras suponiendo varianzas iguales adoptando un valor de significancia de 0,05.

Resultados: Se seleccionaron 42 P que se encuentran en seguimiento por la Unidad de Insuficiencia Cardíaca. La etiología de la ICC fue isquémico necrótica en 10 P (30%), idiopática 9 P (27%), valvular en 4 P (13,3%), tóxica 2 P (6%), puerperal 2 P (6%), hipertensiva 2 P (6%) y chagásica en 4 P (13,3%). 14 pacientes (41%) llegaron a tolerar dosis máxima recomendada (400 mg/día), 16 (50%) toleraron 200 mg/día y 3 (9%) toleraron solo 100 mg/día. El análisis de datos verificó un aumento de los valores de TAS de 102 mmHg (+ 10,7) a 109,8 mmHg (+ 12) luego de la titulación a dosis máximas toleradas de sacubitrilo/valsartan ($p=0,008$). El análisis de los subgrupos mostró que el aumento de las cifras tensionales fue mayor en el grupo de pacientes que toleraron las dosis más altas de la medicación. Así el grupo que recibió una dosis total de 400 mg/d presentó un promedio de TAS final de 117,2 mmHg (+ 9) lo cual representa un aumento del 15,1% respecto de las cifras de TAS inicial ($p=0,008$) mientras que el grupo que recibió 200 mg/día presentó un aumento de la TAS promedio de un 4,6% ($p=0,16$). Cuando comparamos el

grupo 200 mg/día con el de 400 mg/día observamos que el aumento de la TAS fue significativo para el segundo grupo (117,1+ 9 vs 106,9 + 10 p=0,007)

Conclusión: 1) La titulación a dosis máxima tolerada de sacubitrilo/valsartan podría aumentar los valores de TAS 2) Desde el punto de vista clínico, se refuerza la importancia de titular la medicación a dosis máxima, a pesar de los valores de PA.

0054 - RED DE ATENCIÓN PROVINCIAL DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (RAPIAM LA RIOJA). MONITOREO INDEPENDIENTE POR REGISTRO CONTINUO ARGEN-IAM-ST. PARTE II) RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

LUDUEÑA, Raul Sergio(1) | COBRESI, Emilio Rodrigo(1) | OCAMPO, Silvana(1) | ABDALA, Gabriel Elias(2) | SANTANDER, Pablo Luis(1) | RODRIGUEZ, Gonzalo(3) | **POMÉS IPARRAGUIRRE, Horacio (1)**

INCOR La Rioja (1); RAPIAM La Rioja (Red de Atención Provincial del Infarto Agudo de Miocardio) (2); Ministerio de Salud de la Nación Argentina (3)

Introducción: RAPIAM se ha implementado como un programa de reperfusión aguda del infarto en una red hospitalaria pública mixta, estatal y privada, para reconocer las barreras de acceso a nivel local y regional y mejorar la tasa de reperfusión en tiempos adecuados.

Objetivos: 1-. Evaluar los tiempos y causas de demora desde los síntomas hasta la reperfusión. 2-. Prevalencia y modalidades del tratamiento. 3-. Causas de no reperfusión. 4-. Morbi mortalidad hospitalaria. 5-. Analizar las modalidades de tratamiento. 6-. Evaluar las políticas de derivación

Materiales y Métodos: Ingresaron pacientes consecutivos con criterios de inclusión de ARGENIAM-ST en la base de datos central de C.E.T.I. F.A.C. a partir de octubre de 2017. Se utilizó el programa estadístico EPI-INFO y se analizaron centralmente por C.E.T.I.F.A.C.

Resultados: Al 01/4/20 se incluyeron 147 pacientes, Hombres: 88,4%, Mujeres: 11,6%. Edad mediana (RI 25%-75%): 59 años (50-65). Todos completaron el seguimiento intrahospitalario. Cobertura Social: Sistema Público (SP) 52%; Obra Social (OS): 45%; Medicina Prepaga (MP): 2%. Hubo DEMORAS en 43% de los casos (66,6% PACIENTE, 44,4% AMBULANCIA, 15,9% GUARDIA, 20,6% ERROR DIAGNÓSTICO, 12,7% FALLA ADMINISTRATIVA). PACIENTES TRANSFERIDOS dentro de la red 87%, con demora en traslado en 25% de ellos. ECG basal: PREHOSPITALARIO 28%, INGRESO 72%. Localización del IAM: Ant. 41%, Inf. 37%, Lat. 5,5%, Comb. 15%, Indet. 1,5%. Se realizó ESTRATEGIA DE REPERFUSIÓN en 97,3% (TROMBOLISIS (TX) 8,2%, CCG < 24hs 91,8%, ATC 83,7%). Causa de no reperfusión: LSN (lesión no significativa) 8,9%. Tpo. SÍNTOMAS-Primer Contacto Médico (PCM) (Mediana, RI 25-75%): 120 min (50-300). Tpo. AL DIAGNOSTICO (SÍNTOMAS-ECG): 140 min (60-340) Tpo. PUERTA-AGUJA PARA TX: 55,5 min (35-67,5) Tpo. PUERTA-BALON en el centro con capacidad de ATC: 30 min (20-45) Tpo. TOTAL DE ISQUEMIA (TTI): 305 min (170-690). MORTALIDAD GLOBAL: 8,8% (13/147 ptes, 1 muerte x ACV). Muerte cardíaca: 8,1%

Conclusión: 1-. Hubo demoras en cerca de la mitad de los casos, por retraso en la consulta, retraso en ambulancia, falla en el diagnóstico, retraso en la guardia y problemas administrativos. La superación de esta barrera requiere educación comunitaria, capacitación continua del equipo de salud en capital e interior y mejoría en la logística de traslado. 2-. El 87% de los pacientes fueron trasladados dentro de la red por sistemas de emergencia estatal, 25% de ellos con demora logística del traslado. 3-. PCM-ingreso, Tpo. PUERTA-AGUJA y TTI para ATCP mayores a estándares internacionales que deberían mejorar cuando se superen las barreras del sistema. 4-. Estrategia de reperfusión elevada (97,3%) con Tiempo puerta-balón al nivel de los estándares internacionales (mediana: 30 min, IC:45-53 min). 5-. La escasa utilización de Tx indica que debemos mejorar la organización y logística para incrementar su empleo y disminuir su tiempo de implementación, cuando no esté operativa la ATP en tiempos adecuados. 6-. La mortalidad fue similar a la del Registro Nacional ARGENT-IAM-ST. 7-. Estos datos preliminares permiten comprobar la factibilidad de la red y conocer las barreras que deberán superarse para optimizar los resultados en el desarrollo del proyecto.

0055 - IMPACTO DEL AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO OBLIGATORIO EN LA INTERNACION EN UNIDAD CORONARIA - COMPARACION DE LOS MESES DE FEBRERO-ABRIL DE 2020 VERSUS 2019

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo

HSU, Luisa (1) | CHARASK, Adrian(1) | CÁCERES, Leonardo Luis(1) | RODRIGUEZ ROHWAIN, Valentina(2) | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | MAURO, Víctor Miguel(1) | FAIRMAN, Enrique(1) | BARRERO, Carlos Manuel(1)

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

Introducción: La actual situación de pandemia de COVID-19 y las medidas impuestas por el gobierno argentino de aislamiento social preventivo obligatorio (ASPO) han reducido ostensiblemente la internación en Unidad Coronaria (UCO).

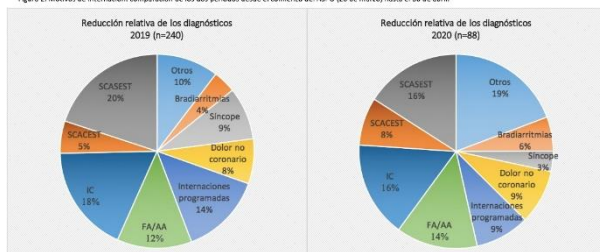
Objetivos: Evaluar el impacto del ASPO en la reducción del número de internaciones y diagnósticos habituales que ingresan en la UCO comparado en el mismo período del año previo (2019).

Figura 1. Comparación del número de internados entre los meses de Febrero, Marzo y Abril del 2019 y 2020.



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes que ingresaron en forma consecutiva en dos UCOs de clínicas privadas de CABA. Se compararon de forma prospectiva a través de la epicrisis de alta sanatorial en el transcurso de los meses de febrero, marzo y abril de 2019 (período 1) y los mismos meses de 2020 (período 2). Se excluyeron 15 pacientes (2%) por datos incompletos. Asimismo, se consolidaron los diagnósticos considerando el motivo de consulta, la evolución y el diagnóstico de egreso estableciendo 9 diagnósticos (Síndromes Coronario Agudo con Elevación del ST y sin Elevación del ST (SCACEST y SCASEST)); Insuficiencia cardíaca (IC); Fibrilación y Aleteo auriculares (FA/AA); Internaciones programadas para intervenciones (IP); Dolor no coronario (DNC); Síncope (SIN); Bradiarritmia (BRA) y Otras causas. Se analizó la reducción de internaciones por Chi2 de tendencias y tablas de contingencia con Chi2 múltiple.

Figura 2. Motivos de internación: comparación de los dos periodos desde el comienzo del ASPO (20 de marzo) hasta el 30 de abril.



Resultados: Se incluyeron 723 pacientes entre períodos 1 y 2. En la figura 1 se observa una drástica disminución del número de internaciones a partir del ASPO en el período 2 con una reducción del 50% y 70% entre marzo y abril respectivamente ($p < 0,001$). La internación se redujo a expensas de la IC (-74%, $p < 0,01$), SCACEST (-75%, $p = 0,04$) e IP (-95,4%, $p < 0,001$). En el SCACEST no hubo tendencia en la reducción ($p = 0,9$). Comparando los motivos de internación específicamente en el comienzo del ASPO 20/3/20 al 30/4/20 se observa una reducción de las

internaciones en SCASEST (20% a 16%), IC (18% a 16%), internaciones programadas (13,8% a 9,1%) y se destaca un aumento relativo de SCACEST (5,4% a 8%), Síncope y DNC (Figura 2).

Conclusión: Se evidencia una disminución de las intervenciones programadas que lógicamente obedece al decreto presidencial, sin embargo, la reducción de la demanda espontánea en patologías graves como son la IC y SCA probablemente obedezca a un efecto secundario de la pandemia vinculado al temor de la población a contagiarse. Esta situación puede ser un factor que incremente la mortalidad cardiovascular en el país (efecto colateral de la cuarentena). Es importante establecer en forma urgente medidas de control de pacientes a través de nuevas metodologías de atención como son la telemedicina e incentivar la consulta de la población frente a la aparición de síntomas.

0059 - PREVENCIÓN DE STROKE EN FIBRILACIÓN AURICULAR. HALLAZGOS DEL REGISTRO GLORIA-AF

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

DUBNER, Sergio José (1) | LIP, Gregory(2) | DIENER, Hans Christian(3) | TEUTSCH, Christine(4) | ZEBALLOS, Cecilia(5) | HALPERIN, Jonathan(6) | MA, Chang Sheng(7) | HUISMAN, Menno(8)

Clínica y Maternidad Suizo Argentina (1); Liverpool Centre for Cardiovascular Science, University of Liverpool (2); University of Duisburg-Essen, Alemania (3); Boehringer Ingelheim International GmbH, Alemania (4); ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (5); Icahn School of Medicine at Mount Sinai, NY, USA (6); Atrial Fibrillation Center, Beijing AnZhen Hospital (7); Department of Thrombosis and Hemostasis, Leiden University Medical Center (8)

Introducción: GLORIA-AF es un registro internacional, prospectivo, diseñado con 3 fases para determinar la seguridad y eficacia del dabigatran en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) recientemente diagnosticada en riesgo de stroke. La Fase 2 comenzó cuando dabigatran, el primer anticoagulante oral no vitamina K antagonista (NOAC) estuvo disponible.

Objetivos: Describir los datos clínicos basales de la fase 2 en la población general y la evolución clínica durante el seguimiento a 2 años de aquellos que recibieron dabigatran

Materiales y Métodos: Se incluyeron 15308 pac. elegibles y de ellos, 4859 recibieron dabigatran. Se registraron las características de la población total, las enfermedades concomitantes, el patrón prescriptivo de la anticoagulación y los hallazgos durante el seguimiento a 2 años a los pacientes que recibieron dabigatran. .

Resultados: 45.5% eran mujeres, con una edad promedio de 71.0 (rango intercuartilo: 64, 78) años. Los pacientes eran de Europa (47.1%), América del Norte (22.5%), Asia (20.3%), América Latina (6.0%), y Medio Oriente/Africa (4.0%). La mayoría se encontraba en alto riesgo de stroke (CHA2DS2-VASc score ≥ 2 ; 86.1%); 13.9% tuvieron riesgo moderado (CHA2DS2-VASc score ≥ 1). El 80.3% recibió anticoagulantes orales, de ellos 47.9% recibieron NOACs y 32.4% antagonistas de la vitamina K (VKA); 12.0% recibieron agentes antiagregantes y 7.6% no recibieron tratamiento antitrombótico. Se incluyeron 3679 (24%) con Insuficiencia Cardíaca (IC). Los pacientes con IC eran más frecuentemente hombres (60.9%), con mayor incidencia de infarto previo (18.8% vs. 7.8%), enfermedad coronaria (31.6% vs. 16.7%) y mayor proporción de FA sintomática (39.5% vs 24.6%) y permanente (15.2% vs 9.7%) comparado con pacientes sin IC. El riesgo de Stroke fue alto (CHA2DS2-VASc score ≥ 2) en 94.3% de los pacientes con IC y 85.8% de los pacientes sin IC, mientras 6% de los pacientes con IC versus 7% sin IC tenían alto riesgo de sangrado (HAS-BLED ≥ 3). A 2 años de seguimiento se observó que el 94% (4565/4859) de los pacientes no mostraron eventos clínicos de interés. La incidencia de stroke fue de 0.65 (95% CI: 0.48 to 0.87) por 100 personas-año (70% fueron isquémicos, 12.8% fue clasificado como primariamente hemorrágico y 4.3% como transformación hemorrágica secundaria; 0.97 (95% CI: 0.76 a 1.23) para sangrado mayor; 0.62 (95% CI: 0.46 a 0.84) para sangrado con riesgo de vida (mayormente gastrointestinal y menos frecuente intracraneal), y 0.10 (95% CI: 0.04 a 0.20) para sangrado fatal. La incidencia de IAM, muerte vascular y muerte de cualquier causa fue 0.50 (95% CI: 0.35 to 0.69), 0.85 (95% CI: 0.65 to 1.09) y 2.48 (95% CI: 2.13 to 2.87), respectivamente. Después de 2 años de seguimiento, el 70.5% se mantuvo en dabigatran (77.2% en el primer año).

Conclusión: Los datos de la fase 2 del GLORIA-AF demostraron que, en FANV, los NOAC fueron ampliamente adoptados en la práctica clínica, más frecuentemente prescriptos que los VKA. No obstante una gran proporción de pacientes en todo el mundo permanecieron sin tratamiento. En este largo y prospectivo registro de seguimiento con dabigatran en la práctica clínica, los porcentajes de stroke ($<1.0/100$ paciente-año) y sangrado mayor ($<1.0/100$ paciente-año) fueron bajos y confirman la seguridad y efectividad sostenida de dabigatran en 2 años de seguimiento

0060 - INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA PRESERVADA PREDICTORES DE EVENTOS INTRAHOSPITALARIOS Y AL AÑO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Imágenes.20

MAURO, Víctor Miguel(1) | **HSU, Luisa** (1) | DELFINO, Flavio Andres(1) | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | FAIRMAN, Enrique(1) | CHARASK, Adrian(1) | RODRIGUEZ ROHWAIN, Valentina(2) | BARRERO, Carlos Manuel(1)

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

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) con función ventricular izquierda (FEVI) preservada es una afección con alta prevalencia que comprende a alrededor de la mitad de los pacientes (p) con IC siendo su pronóstico similar a p con FEVI deprimida.

Objetivos: Evaluar en p hospitalizados por IC con FEVI preservada: 1- Predictores del evento combinado hospitalario de muerte, internación prolongada o necesidad de inotrópicos. 2-Predictores de mortalidad al año.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional de p consecutivos hospitalizados por IC en 2 unidades coronarias. Se incluyeron en el análisis aquellos con FEVI preservada definida como $\geq 45\%$ por ecocardiograma. Se realizó seguimiento presencial o telefónico al año. Se definió disfunción del VD a un TAPSE < 18 mm, HTA pulmonar a una PSAP calculada por ecocardiograma > 35 mmHg e internación prolongada a ≥ 8 días. Se realizó un análisis uni y multivariado para determinar predictores de eventos hospitalarios y al año.

	Total (544)%	Evento IH (212)%	S/evento IH (332)%	p	Óbito año(159)%	Vivo año(317)%	p
Edad(RIC)	83 (77-88)	83 (75,5-88)	84 (77-89)	0,33	83 (77-89)	83 (76-87)	0,21
Hombre	38,6	60,85	61,75	0,41	45,3	37,2	0,046
Diabetes	21,9	23,6	20,8	0,22	17,6	24,9	0,035
EPOC	13,6	15,6	12,35	0,14	18,2	11,3	0,02
Valvulopatía	24,8	28,8	22,3	0,045	25,8	23,6	0,3
Congestión	64,7	69,3	61,75	0,035	64,8	65,6	0,42
PSAP(RIC)	45 (35-55)	47 (37-60)	43 (35-53)	0,001	45 (37,5-55)	42 (35-55)	0,015
PSAP>35 mmHg	56,1	137 (64,6)	50,6	<0,001	64,1	50,5	0,002
DisfunciónVD	18,2	25,5	13,5	<0,001	19,5	15,5	0,14

Resultados: De 1158 pacientes internados por IC entre Enero 2010 / Diciembre 2018, fueron analizados 544 p (47%) que presentaron FEVI preservada. Edad mediana 83 años, hombres 38,6%, HTA 81%, antecedentes de IC 51,8%. Disfunción del VD 18,2% (IC95% 15,1-21,8). La forma de presentación más prevalente fue la congestión (64,7%). La mediana de internación fue de 6 días (RIC: 4-9) y el 6,8% (IC95% 4,9-9,2) requirió inotrópicos. La mortalidad hospitalaria fue 5,9% (IC95% 4,2-8,2), el 35,1% (IC95% 31,2-39,2) tuvo internación prolongada y el evento combinado hospitalario tuvo un 39% (IC95% 35-43,1) de incidencia. La mortalidad en el seguimiento al año fue de 33,4% (IC95% 29,3-37,8). Características poblacionales que presentaron diferencias significativas y análisis univariado de eventos hospitalarios y al año en tabla. Resto de las variables no presentaron diferencias significativas. En el análisis multivariado la hipertensión arterial pulmonar (OR 1,57; IC95% 1,07-2,3; p: 0,02) y la disfunción del VD (OR 1,78; IC95% 1,1-2,8; p: 0,017) mantuvieron su poder predictivo independiente para el evento combinado hospitalario, mientras que solo la hipertensión arterial pulmonar lo fue para mortalidad al año (OR 1,73, IC95% 1,16-2,6; p: 0,006).

Conclusión: Los pacientes internados por IC con FEVI preservada presentan una alta tasa de eventos tanto hospitalarios como en la evolución al año. La presión arterial pulmonar elevada fue la única variable predictora independiente tanto de eventos hospitalarios como mortalidad al año y la disfunción del VD solo predijo eventos hospitalarios.

0062 - ÍNDICE DE SHOCK COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. REGISTRO ARGEN-IAM.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Cardiología Intervencionista

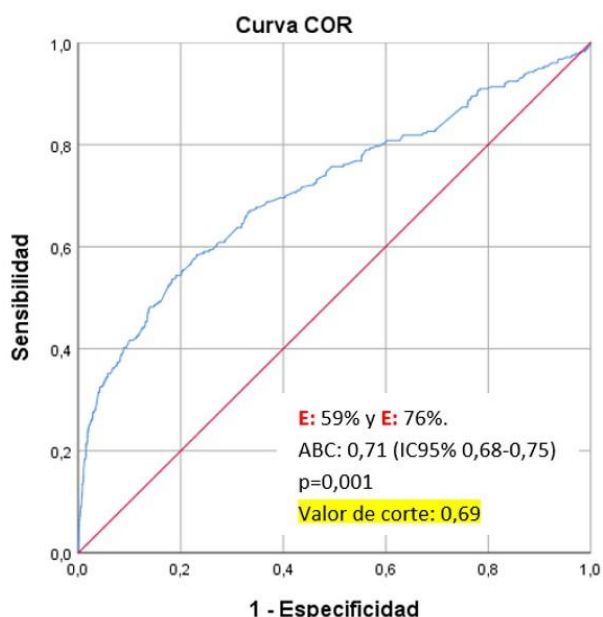
FRONTERA, Esteban (1) | **CASTILLO COSTA, Yanina**(2) | **D` IMPERIO, Herald**o(2) | **MACIN, Stella**(2) | **AMOROSO, Eduardo**(2) | **VOGELMAN, Oscar**(2) | **QUIROGA, Walter**(2) | **GAGLIARDI, Juan**(2)

Clínica Pasteur (1); Area de Investigación SAC (2)

Introducción: El Índice de Shock (IShock) es una herramienta muy sensible, de gran valor pronóstico en patologías como sepsis severa, embolia de pulmón, estados de hipovolemia y trauma. Su utilidad en contexto de infarto de miocardio es desconocida.

Objetivos: Evaluar la utilidad del IShock como predictor de mortalidad en el infarto de miocardio.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo y analítico de pacientes con infarto de miocardio con elevación del ST de menos de 36 hs de evolución que fueron incluidos en el registro ARGENT-AMI ST. Al ingreso se registró frecuencia cardíaca (FC) y tensión arterial sistólica (TAS). El IShock se calculó mediante la fórmula: FC/TAS. Se realizó una curva ROC para hallar el valor de IShock con mayor sensibilidad y especificidad para predecir mortalidad intrahospitalaria y en base a ello se definieron dos grupos, IShock<0,69 (G1) e IShock≥0,69 (G2). Se excluyeron aquellos sin datos al ingreso.



Resultados: Del total de población (n=3331), se excluyeron 111 casos por falta de datos para realizar el cálculo de IShock. Se analizaron 3220 pacientes con un valor de corte según curva ROC de 0,69 con sensibilidad de 59% y especificidad de 76%, ABC 0,71 (p=0,001). Según los grupos G1 72% (n=2309) y G2 28% (n=911). La edad promedio en ambos grupos fue de 61 años. En el G2 predominó el género femenino (G2 23% vs G1 20%; p=0,03), diabetes (G2 27% vs G1 24%; p=0,01), localización anterior por electrocardiograma (G2 50% vs G1 40%; p<0,0001) y Killip y Kimball D al ingreso (G2 18 vs G1 3%; p<0,0001). Se observó más enfermedad de múltiples vasos en G2 (42% vs 34%, p<0,0001) y más fracción de eyección reducida en forma severa, G2 16% vs G1 4% (p<0,0001). Durante la internación el G2 presentó más complicaciones, como reinfarcto (3% vs 1%, p=0,009) accidente cerebrovascular (1,3% vs 0,6%, p=0,01) y mayor mortalidad (18% vs 5%, p<0,0001). Fueron predictores univariados de mortalidad: la edad, el género femenino, la diabetes, hipertensión arterial, infarto previo, enfermedad de múltiples vasos, Killip y Kimball noA, IS y FEy severa por ecocardiograma; Resultado predictores independientes en el análisis multivariado el IShock (OR 1,8. IC95% 1,2-2,7; p=0,003) al igual que el Killip y Kimball no A, FEy severa por ecocardiograma y edad.

Conclusión: Los pacientes con índice de shock mayor al valor de corte definido presentaron más complicaciones y peor pronóstico. El IShock, calculable con datos sencillos y sin costo, es un fuerte predictor de mortalidad intrahospitalaria en el infarto.

0063 - VARIABLES PREDICTORAS DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

Unidad Temática 2: Cirugía

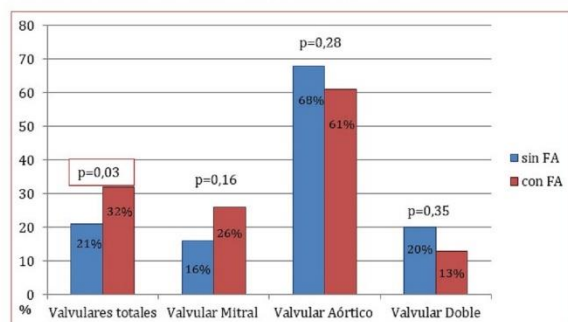
FRONTERA, Esteban(1) | BARBOSA, Fernando(1) | **URIESTE, Vanesa** (1) | GOLDSTRAJ, Leandro(1) | MOYANO, Claudio(2) | ROMEO, Diego(3) | CAILLY, Victoria(2) | DURET, Ana(3)

Clínica Pasteur (1); Sanatorio Juan XXIII (2); Hospital Castro Rendon (3)

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es una complicación frecuente en el posoperatorio (POP) de cirugía cardiovascular (CCV). Su presencia establece peor evolución durante la internación.

Objetivos: 1) Conocer características y complicaciones de los pacientes que presentan FA. 2) Identificar variables que se asocian a FA en el POP de CCV.

Gráfico: Fibrilación Auricular según el tipo de Cirugía valvular.



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte, que incluyó en forma consecutiva pacientes en el POP de CCV desde Enero del 2017 hasta Noviembre del 2019. Se definió FA al registro mediante electrocardiograma mayor a 5 minutos en el POP. Se dividió la población en dos grupos, según ausencia (sFA) o presencia de FA (cFA).

Resultados: Se incluyeron 305 casos; Se observó FA en 23,3% (n=71). La incidencia de dicha arritmia fue mayor en los pacientes añosos (sFA 63 ±11 vs cFA 69 ±7 años; p<0,0001), obesos (sFA 35% vs cFA 45%; p=0,05) y con dislipemia (sFA 47% vs cFA 62%; p=0,01). Las cirugías valvulares presentaron más episodios de FA en el POP CCV (sFA 21% y cFA 32%; p=0,03). (ver gráfico)

Conclusión: En nuestra población encontramos que 1 cada 4 pacientes operados de cirugía cardíaca presentaron FA, siendo la edad, cirugía valvular y dislipemia las únicas variables predictoras independientes. Durante la internación observamos más complicaciones y peor evolución en los pacientes que tuvieron FA, sin diferencia en la mortalidad.

0064 - CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS EN EL AREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Enfermedad de Chagas

AGREDA GUERRERO, Eddy Rodolfo | YOO, Hyun Sok | GARCIA RODRIGUEZ, Evelyn Mercedes | PELAYO, Maria Eugenia | FERNANDEZ, Pablo Augusto | ETCHEVERRY, Daniel | GARRO, Hugo Ariel | CARBAJALES, Justo

Introducción: La enfermedad de Chagas (ECh) es una enfermedad parasitaria con una progresión lenta a lo largo de los años. Algunos de los pacientes (p) desarrollan miocardiopatía dilatada, arritmias ventriculares, trastornos de la conducción y / o muerte súbita cardíaca durante el seguimiento.

Objetivos: Evaluar las características clínicas y epidemiológicas de la población de los p con ECh del área metropolitana de Buenos Aires. Comparar las características clínicas y ECG de los p con o sin cardiopatía estructural.

Materiales y Métodos: se incluyeron 343 p (70% mujeres) ambulatorios con serología positiva de ECh. Se realizaron una evaluación clínica y epidemiológica, ECG y ecocardiograma Doppler para determinar la presencia trastornos de conducción y cardiopatía estructural. De los 266 p con ecocardiograma Doppler, se comparó los datos clínicos y ECG de los p con cardiopatía estructural (fracción de eyección del ventrículo izquierdo FEVI <50%) con los que no la tuvieron (FEVI del VI >50%). Los valores se expresaron en media $\pm$ desvío estándar. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney y de chi cuadrado según correspondiera. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Tabla 1		Tabla 2	
Características	n = 343	Características	n = 343
Edad (años $\pm$ DS)	60 $\pm$ 13	Lugar Nacimiento	
Sexo Femenino (%)	241 (70%)	Argentina (%)	227 (66%)
HTA	95 (28%)	Sgo. Estero (%)	90 (28%)
DBT	26 (8%)	Chaco (%)	32 (9%)
Enf. coronaria	3 (1%)	Salta (%)	18 (5%)
Marcapasos (%)	36 (10%)	Bolivia (%)	102 (29%)
CDI (%)	6 (2 %)	Residencia	
TRC (%)	2 (0,6 %)	Pcia. Bs. As. (%)	215 (63%)
		CABA (%)	115 (33%)
		Contagio vectorial (%)	297 (86%)
		Seropositividad (años $\pm$ DS)	27 $\pm$ 16

Resultados: La edad de los 343 p fue de 60 $\pm$ 13 años con tiempo de seropositividad de 27 $\pm$ 16 años. El 12% tuvo dispositivos cardíacos implantables (Tabla 1). La mayoría de los p provenían de Bolivia y Pcia. Sgo. Estero (Tabla 2). El 15% tuvo deterioro de FEVI y el 41% tuvo trastornos de conducción intraventricular (Tabla 3). El bloqueo de rama izquierda (BRI) fue más prevalente en los p con deterioro de FEVI (Tabla 4).

Tabla 3		Tabla 4			
Ecocardiograma	n = 266		FEVI <50% n = 39	FEVI >50% N = 227	p
FEVI (% $\pm$ DS)	60% $\pm$ 10,9	Tno. Conducción (%)	21 (54%)	79 (35%)	0,02
FEVI < 35% (%)	14 (5 %)	BRD (%)	10 (25%)	43 (19%)	NS
FEVI 35-50% (%)	25 (10 %)	BRI (%)	3 (7%)	2 (0,9%)	0,003
FEVI > 50% (%)	227 (85 %)	HBAI (%)	6 (15%)	33 (14%)	NS
ECG		HBP (%)	2 (5%)	1 (0,4%)	0,01
BRD	69 (20%)	HTA (%)	6 (15%)	46 (20%)	NS
BRI	6 (2%)	DBT (%)	2 (5%)	11 (5%)	NS
HBAI	63 (18%)	FA (%)	3 (7%)	5 (2%)	0,06
HBP	3 (1%)	Edad (años $\pm$ DS)	62 $\pm$ 11	59 $\pm$ 13	NS
		Seropositividad (años $\pm$ DS)	24 $\pm$ 13	28 $\pm$ 17	NS

Conclusión: La mayoría de los p con ECh de nuestro estudio fueron individuos adultos mayores oriundos de la región de Norte Grande Argentino y Bolivia con historia larga enfermedad. La cardiopatía estructural (FEVI <50%) fue observada en 15% de los p y fue más prevalente en aquellos con trastorno de conducción, en especial con BRI.

0067 - ELEVACIÓN DEL NT-PRO PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS SIN EVIDENCIA DE CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Enfermedad de Chagas

Unidad Temática 2: Imágenes.20

Sanatorio Franchín

Introducción: Alrededor del 30% de los pacientes con enfermedad de chagas (ECh) presentará algún tipo de cardiopatía estructural a lo largo de la evolución. Existe largo período asintomático, donde los estudios de rutina se encuentran dentro del rango normal denominado estadio 0 de la ECh. Sin embargo, durante este período se han descripto algunas alteraciones incipientes con Doppler tisular y Strain. Por otro lado, el N-Terminal pro-péptido natriurético tipo B (NT-proBNP) es un marcador de estrés parietal y su elevación se asocia a eventos tanto en la insuficiencia cardíaca como en numerosas patologías. La elevación de este biomarcador en estadios tempranos de la ECh ha sido poco estudiado.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es evaluar la prevalencia de elevación de NT-proBNP en pacientes en estadio 0 de la ECh y su asociación con parámetros ecocardiográficos.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva pacientes con serología positiva para Chagas con electrocardiograma, holter, ergometría y ecocardiograma bidimensional dentro de parámetros normales. A todos se les realizó medición del NT-proBNP y ecocardiograma doppler y Doppler tisular (DTi). Se excluyeron los pacientes antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedades neurológicas, diabetes, hipertensión arterial, hipotiroidismo y deterioro de la función renal (clearance de creatinina < 30 ml/min). Se dividieron los pacientes en 2 grupos, uno con NT-proBNP elevado (NT-proBNP> 125 pg/ml) y otro con NT-proBNP normal. Se analizó la asociación de NT-proBNP elevado con diferentes parámetros ecocardiográficos en análisis univariado y multivariado.

	NT-proBNP elevado (n=27)	NT-proBNP normal (n=234)	p
DDVI (mm)	47 ± 4	47± 4	0.92
FEY (%)	64 ± 5	63 ± 4	0.91
AAI (cm2)	19 ± 5	17 ± 3	0.03
Relación E/e´	9,6 ± 2.9	7.5 ± 2.1	<0.01
VD (mm)	22 ± 2	22 ± 3	0.25
TAPSE (mm)	24 ± 3	26 ± 3	0.04
PSAP (mmHg)	27 ± 5	26 ± 6	0.1
Onda S tisular	0.09 ± 0.01	0.10 ± 0.02	0.24

Resultados: Se incluyeron 261 pacientes con una edad de 47 ± 9 años, 45% mujeres. Se encontró NT-proBNP elevado en el 10.3% de los pacientes (n=27). En la tabla se muestran los diferentes parámetros ecocardiográficos entre los grupos con NT-proBNP elevado y normal. En el análisis multivariado la relación E/e´y el TAPSE fueron predictores independientes de NT-proBNP elevado con un OR 1.34 (IC95% 1.10-1.62), p<0.01 y OR 0.85 (IC95% 0.74-0.98), p=0.03; respectivamente.

Conclusión: La prevalencia de NT-proBNP elevado fue del 10% en nuestra población de pacientes con ECh estadio 0. En el multivariado, una mayor relación E/e´y menor TAPSE se asociaron en forma independiente a la elevación de NT-proBNP.

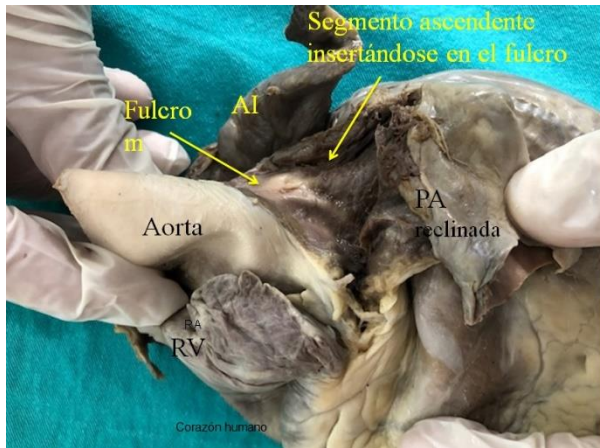
0068 - TORSIÓN MIOCÁRDICA Y FULCRO CARDÍACO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Investigación Básica

TRAININI, Alejandro | TRAININI, Jorge | LOWENSTEIN, Jorge A. | BERAUDO, Mario | WERNICKE, Mario | BASTARRICA, Maria Elena

Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón



Introducción: El desarrollo de la banda miocárdica muestra que empieza y termina en el origen de los grandes vasos y que el miocardio se une a estos pero no está insertado a ellos. Siempre consideramos que debería haber un extremo fijo de la banda muscular que le permitiera una rotación helicoidal para completar sus movimientos fundamentales de acortamiento-torsión (sístole) y alargamiento-destorsión (succión).



Objetivos: Evaluar la estructura y el trayecto de la banda miocárdica de manera que permita verificar la existencia de un soporte fijo.

Materiales y Métodos: Se utilizaron siete corazones bovinos jóvenes (800-1000 g) y siete corazones humanos (uno embrional 4g; uno de 10 años 250g y cinco adultos 300g en promedio) fueron usados para el estudio.

Resultados: El análisis microscópico reveló en los corazones una matriz osteocondral trabecular (fulcro) con líneas segmentadas en los bovinos y en el corazón humano de diez años. En el feto fueron encontradas áreas precondroidales en un estroma mixoide. En los corazones humanos adultos, el análisis histológico reveló una matriz similar a la de un tendón. Todos los corazones estudiados presentaron fijación miocárdica a la estructura rígida del fulcro. Los miocardiocitos no fueron encontrados en los trígonos izquierdos o derechos ni en la base de las válvulas. El movimiento deslizante opuesto de los segmentos internos del ventrículo izquierdo en relación con los segmentos externos para lograr el mecanismo de torsión ventricular, genera una fricción inevitable entre ellos. El efecto antifricción encontrado podría darse debido al ácido hialurónico que fluye a lo largo del miocardio.

Conclusión: El hallazgo del fulcro da soporte al miocardio siendo este el punto de fijación que permite la torsión helicoidal del corazón.

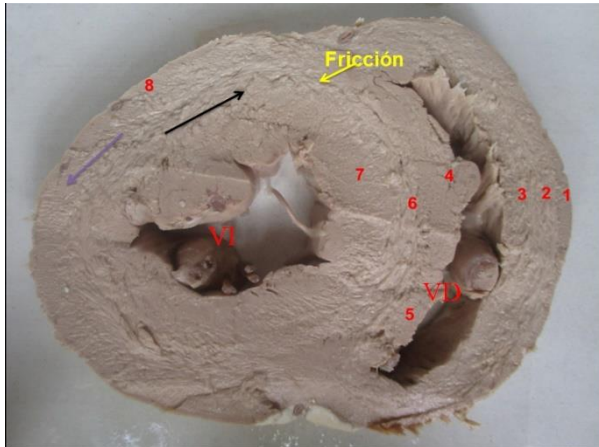
0070 - MECANISMO DE TORSIÓN Y DESLIZAMIENTO INTRAMIOCÁRDICO. IMPORTANCIA DEL ÁCIDO HIALURÓNICO.

Modalidad: Temas Libres

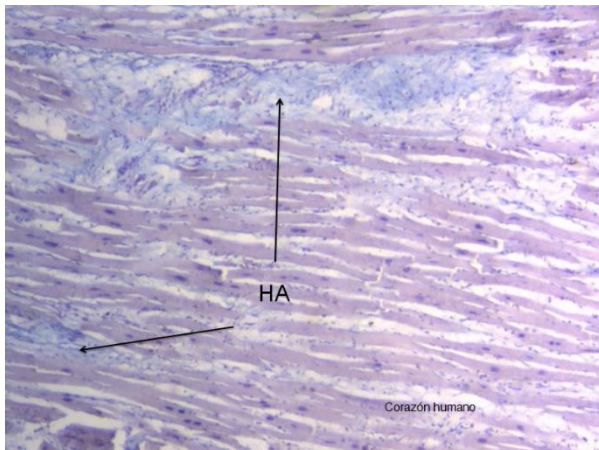
Unidad Temática: Investigación Básica

BASTARRICA, Maria Elena | WERNICKE, Mario | BERAUDO, Mario | TRAININI, Jorge | LOWENSTEIN, Jorge A. | TRAININI, Alejandro

Clínica Guemes de Luján



Introducción: Estudios realizados de disección miocárdica halla una estructura con planos definidos que permite los movimientos fisiológicos de estrechamiento, acortamiento-torsión, alargamiento-detorsión y ensanchamiento. El deslizamiento entre los segmentos de la banda, al efectuar tanto la torsión como la detorsión ventricular, implica que debería existir un mecanismo antifricción que evite disipar la energía que emplea el corazón. ¿Hay una histología que explique este hecho? ¿Los conductillos venosos de Thebesius y Langer juegan algún papel en este mecanismo? ¿Existe un recurso lubricante orgánico?



Objetivos: Observar y verificar la presencia de mecanismo de antifricción entre los segmentos de la banda miocárdica que permita el deslizamiento de los mismos y poder soportar las presiones mecánicas.

Materiales y Métodos: Se utilizaron diez corazones de bovinos (800-1000 g) y siete corazones humanos (un embrión, 4 g; uno de 10 años, 220 g y siete adultos, 300 g / promedio). Se dividieron los corazones en dos grupos: Grupo I) desplegados en su banda miocárdica (cinco de bóvidos y tres humanos); Grupo II) sin desplegar la banda (cinco de bóvidos y cuatro humanos). A éstos se les realizó cinco cortes transversales desde la base al ápex. Se tomaron muestras de tejido miocárdico en los dos grupos.

Resultados: En todos los corazones analizados se halló ácido hialurónico en los planos de clivaje entre los haces miocárdicos, aunado a los conductos venosos de Thebesius y Langer.

Conclusión: El ácido hialurónico actuaría como lubricante y aportaría gran resistencia a presiones mecánicas en una asociación funcional con los conductos venosos de Thebesius- Langer, que intervendrían como tributarios de la hidratación necesaria a dicho elemento y de este modo podrían contrarrestar el rozamiento de las superficies ejerciendo un mecanismo antifricción.

0071 - ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN NUESTRO MEDIO. ANÁLISIS DE LOS RETRASOS HASTA LA REPERFUSIÓN, SUS CARACTERÍSTICAS ANGIOGRÁFICAS Y SU IMPLICANCIA PRONOSTICA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

PAEZ RODRIGUEZ, Rosa Eva

Hospital San Bernardo, Salta Capital.

Características Demográficas

Edad	62.2 años
Mujeres	79%
HTA	52%
Diabetes Mellitus	28%
Dislipemia	35%
Tabaquismo	69%
Cardiopatía isquémica previa	7%
Tratamiento con AAS previo	12%

Introducción: El mejor tratamiento para el IAM con elevación del ST es la angioplastia primaria siempre que el tiempo puerta-balón sea < 90 min. Sin embargo, hemos podido constatar en recientes publicaciones que estos tiempos sólo se cumplen en parte de los pacientes tratados con ICP y que las demoras en el tratamiento influyen negativamente en el pronóstico del paciente, independientemente de su riesgo total y del tiempo total de isquemia (TT).

Características Angiográficas

Flujo TIMI inicial	
0	62%
1	5%
2	15%
3	18%
Trombo intraluminal	76%
Arteria Responsable	
TCI	2%
Descendente anterior	37%
Circunfleja	14%
Coronaria Derecha	45%
Otras	2%

Objetivos: El objeto de nuestro estudio es valorar en una serie de 100 pacientes con IAMCST los siguientes análisis:

Materiales y Métodos: Hemos recogido de manera prospectiva los tiempos, los datos clínicos y angiográficos de los pacientes a los que se realizó una ICP en nuestro centro de junio 2019 a febrero 2020.

Resultados: En el período analizado se realizaron en nuestro centro 100 ICP para IAMCEST. La mediana Tiempo Síntoma – PCM fue de 512.4 minutos (percentile 25-75/ 384-640 min). La mediana tiempo PCM – alerta a hemodinámica fue de 30 minutos (percentile 25-75/22-37 min). La mediana tiempo alerta a hemodinámica – sala operativa 39 minutos (percentile 25-75/30-48 min). La mediana tiempo puerta – guía fue de 95 min (percentile 25-75/72-118 min). La mediana tiempo Inicio del Procedimiento – Finalización fue de 44 min (percentile 25-75/33-55). El seguimiento medio total fue de 6 meses, con tasas de seguimiento intrahospitalario del 100% al mes. Se cumplió 1 año de seguimiento en 12 pacientes, y se completó en el 100% de ellos. La mortalidad total a los 6 meses fue del 5%, y la mortalidad al mes fue del 3% (3 pacientes, de los que 2 fallecieron antes del alta). De los 5 pacientes fallecidos en total, en 2 la causa fue shock cardiogénico, los mismos tuvieron un TPG prolongado. La tasa de reIAM que afectaba al mismo vaso fue del 1%. Nueva revascularización de la misma lesión fue del 3%.

Conclusión: 1) El tiempo puerta-guía en nuestro medio se ajusta a las recomendaciones vigentes, cuando se comunica con antelación el evento. 2) La reducción del tiempo puerta-guía, se relaciona con una tendencia a una menor mortalidad a 30 días.

0072 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 E INSUFICIENCIA CARDIACA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Imágenes.20

FORTE, Ezequiel Hernán (1) | BARBA, Virginia(2) | BECERRA, Pedro Antonio(3) | FONSECA, Sebastian Raul(2) | TERNES, Paula(4) | LESCANO, Adrián José(5) | VOGELMANN, Oscar Ariel(6) | BUSO, Carlos Javier(7)

CENDIC - Centro Diagnóstico Cardiovascular Concordia (1); Sanatorio Trinidad Mitre (2); Consejo de Epidemiología y Prevención Cardiovascular (3); Sanatorio Dupuytren (4); Sanatorio Trinidad de Quilmes (5); Actividad Clínica Privada (6); HOSPITAL MUNICIPAL MARIA CURIE (7)

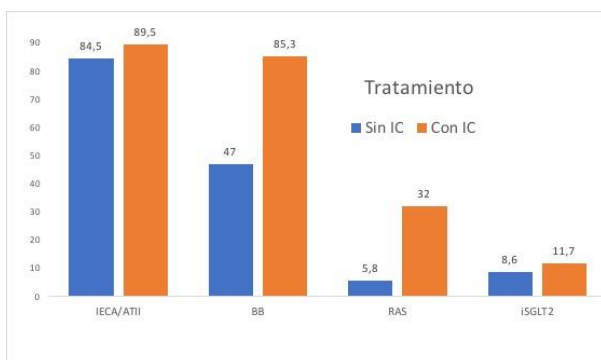
Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y a insuficiencia cardiaca (IC) presentan una relación clínica y fisiopatológica bidireccional

Objetivos: Conocer la prevalencia, características clínicas y tratamiento así como evaluar las variables asociadas de los pacientes (p) con DM2 e IC.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio multicentrico, observacional, de corte transversal donde se incluyeron los dos primeros pacientes con diagnóstico de DM2 durante 3 meses y que, además, contaban con un ecocardiograma realizado durante el último año. IC se definió por antecedentes, clínica y/o disfunción ventricular en el ecocardiograma. Se realizó un análisis de regresión múltiple para evaluar la influencia relativa de los factores cualitativos asociados a IC.

	Global	Sin IC	Con IC	p
HTA n (%)	522 (91.6)	373 (91.4)	149 (91.2)	0.3
Dislipidemia n (%)	463 (81.2)	326 (79.9)	137 (84.6)	0.09
IMC 25-29 n (%)	181 (31.7)	133 (32.6)	48 (29.6)	0.2
IMC =>30 n (%)	342 (64.2)	238 (58.3)	104 (64.2)	0.09
Tabaquismo n (%)	46 (8%)	35 (8.6%)	11 (6.8%)	0.2
Edad años, DE	64.7 (10.7)	64.4, 10	65.4, 10	0.3
TAS (mmHg), DE	134 (15.8)	134.5, 15.4	134.1, 16.9	0.7
TAD (mmHg), DE	79.6 (9.2)	79.8, 2.5	79, 10.2	0.3
HbA1c %, DE	7.2 (1.6)	7.1, 1.5	7.5, 1.6	0.005
Cl de CR ml/min, DE	79.7 (22.3)	82.6, 21.7	72, 22	0.0001
Nefropatía n (%)	99 (17.3)	57 (14)	42 (26)	0.0001
TA <140/90 mmHg n, %	360 (63.1)	264 (64.7)	96 (59.3)	0.1
HbA1c <7 % n, %	322 (56.5)	243 (59.6)	79 (48.8)	0.001
Tiempo de DM2 años (DE)	10.6 (8.3)	10.5 (8.2)	10.8 (8.4)	0.7
ECV n (%)	291 (51%)	155 (38)	136 (84)	0.000001

Resultados: Se enrolaron 570p con DM2 de los cuales 162 (28.4%) presentaba IC. En la tabla 1 se detallan las características clínicas. En la gráfico 1 podemos observar el tratamiento farmacológico en p con o sin IC. Los p con IC presentaban clase funcional (CF) 0 en el 36%, CFI en el 22%, CFII en el 29%, CFIII en el 11% y CFIV en el 0.6%. El 17% presentaba antecedentes de internación previa por IC en los últimos dos años y el 30% IC con fracción de eyección reducida (HFrFE) (FEY <40%). Del grupo con HFrFE el 84% se encontraban en tratamiento con inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona (iECA o ARAII) + beta bloqueantes (BB), el 52% con iECA/ARAI + BB + antagonista de la aldosterona (RAS), 20% con iSGLT2 y 9% con iECA/ARAI + BB + RAS + iSGLT2. Las variables asociadas a IC resultaron: ECV (OR 8.5 p 0.000), nefropatía (OR 3 p 0.000) y HbA1c>7% (OR 1.5 p 0.009). Finalmente, entre los p sin IC, el 64% presentaba cardiopatía en el ecocardiograma.



Conclusión: Se observó una prevalencia elevada de IC entre los p con DM2, principalmente IC con función preservada. Hallamos asociación significativa entre la presencia de complicaciones crónicas de la DM así como también con el inadecuado control metabólico. El uso de drogas con beneficio cardiovascular fue escaso abriendo una gran oportunidad para optimizar el tratamiento.

0073 - PROGRAMACIÓN INTRAUTERINA DE ENFERMEDAD EN LA VIDA ADULTA: IDENTIFICACIÓN DE GENES CARDINALES ASOCIADOS A HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OBESIDAD Y SÍNDROME METABÓLICO

Modalidad: Temas Libres

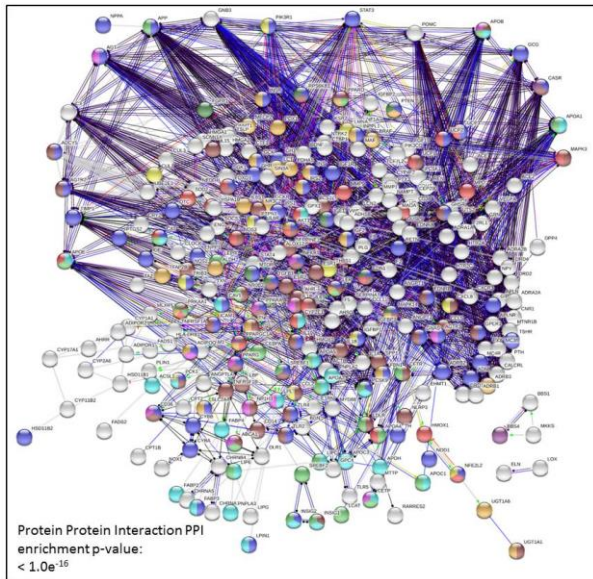
Unidad Temática: Hipertensión Arterial

Unidad Temática 2: Investigación Básica

ACEVEDO MONTERROSA, Iván | **SORIA, Dámian** | TOMAT, Analía | ELES GARAY, Rosana | ARRANZ, Cristina Teresa | CANIFFI, Carolina Cecilia

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

Figura 1: red de interacciones genéticas



Introducción: La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), como consecuencia de injurias durante la vida fetal, representa un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas durante la adultez. La predisposición al desarrollo de estas enfermedades durante la vida adulta se conoce como programación fetal o temprana. A pesar de los grandes avances en el diagnóstico y tratamiento, las enfermedades cardiovasculares y metabólicas continúan siendo un problema de salud pública creciente en la sociedad moderna. En este sentido, las herramientas bioinformáticas podrían ser de utilidad para mejorar las estrategias actuales, ya que permiten la identificación de genes codificantes de proteínas relevantes en distintos procesos fisiopatológicos, que pueden tener un papel como biomarcador o blanco terapéutico.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es identificar posibles genes cardinales involucrados en la RCIU asociados al desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

Materiales y Métodos: Se realizó la búsqueda de genes relacionados con RCIU y diferentes fenotipos (hipertensión arterial, síndrome metabólico, obesidad), posteriormente se aplicó teoría de conjuntos para la identificación de genes superpuestos, los genes que estuvieran en dos o más fenotipos fueron utilizados para el posterior análisis de redes de interacción genética mediante las herramientas STRING, CPDB y Cytoscape. Los genes centrales en dichas redes, que además se relacionaran con términos de ontología genética (GO) significativos, se tomaron como genes con un papel relevante en los procesos fisiopatológicos incluidos.

Gen	Proteína codificante
AKT1	AKT serina/treonina kinasa 1
PRKAA1	Proteína kinasa activada por AMP, subunidad catalítica alfa 1
LEP	Leptina
APP	Proteína precursora amiloide beta
PI3KR1	Fosfoinosítido 3 kinasa subunidad reguladora 1

Resultados: En la Figura 1 se muestra la red obtenida mediante herramientas de bioinformática. Se pueden observar las interacciones genéticas (líneas rectas) y los GO a los que se encuentran asociados, representados por los distintos colores que obtuvo cada gen. El Top 5 de genes identificados incluye a AKT1, PRKAA1, LEP, APP y PI3KR1 (Tabla 1).

Conclusión: Mediante el uso de herramientas informáticas se pudieron identificar genes asociados entre la RCIU y las enfermedades cardiovasculares y metabólicas estudiadas. Es de destacar el hallazgo de la proteína precursora amiloide beta, que se expresa en numerosos tejidos y órganos, como el corazón, la aorta y el hígado. El estudio mediante investigaciones en transcriptómica o proteómica podrá evaluar, para estos genes hallados, la utilidad como biomarcadores u objetivos terapéuticos.

0079 - COMPLEJO I, H₂O₂ Y NO MITOCONDRIALES COMO SEÑALES PRODRÓMICAS DE LA DISFUNCIÓN CARDÍACA EN DIABETES TIPO1

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Investigación Básica

RUKAVINA MIKUSIC, Ivana Agustina | REY, Micaela | TRÍPODI, Valeria | VALDEZ, Laura Beatriz

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

Introducción: Las complicaciones cardiovasculares son la principal causa de morbilidad entre la población diabética, siendo la hiperglucemia uno de los factores que conduce a la cardiomiopatía diabética. Aunque esta última se asocia a Diabetes tipo 2, una cardiomiopatía inducida metabólicamente, independiente de hipertensión, nefropatía o cardiopatía isquémica también es evidente en individuos con Diabetes tipo 1. Hemos mostrado que la hiperglucemia sostenida (25 días) lleva a una marcada disfunción mitocondrial en corazón, en ausencia de hipertrofia y cambios en la función cardíaca en reposo, pero con compromiso cardíaco ante una sobrecarga de trabajo, sugiriendo que el deterioro de la función mitocondrial precede a la falla miocárdica (Bombicino et al., 2016, 2017)

Objetivos: Estudiar los eventos tempranos que ocurren en las mitocondrias de corazón en un modelo de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM), donde la hiperglucemia ocurre en ausencia de resistencia a la insulina, obesidad, hipercolesterolemia e hipertensión

Materiales y Métodos: Se indujo DM mediante una dosis de Estreptozotocina (STZ; 60 mg/kg, ip.) en ratas Wistar macho. Los animales se sacrificaron 10 ó 14 días post-inyección (7 ó 11 días de hiperglucemia) y se extrajeron los corazones. Se determinó consumo de O₂, actividad de los complejos respiratorios y de Mn-SOD, producción de H₂O₂ y NO, concentración de glutatión y expresión de mtNOS en la fracción mitocondrial; y expresión de PGC-1 α ; en el homogeneizado total

Resultados: La glucemia (3 días) fue mayor en los animales diabéticos (DM: 415 $\pm$ 23 vs. C: 127 $\pm$ 5 mg/dl) y se mantuvo elevada durante todo el período experimental. El peso corporal y el peso del corazón, al final del tratamiento, en los animales inyectados con STZ fueron menores que en los controles (DM 10 días: 15%, DM 14 días: 20-25%) sin modificaciones en el índice cardíaco (peso corazón/peso corporal), indicando la ausencia de hipertrofia. El consumo de O₂ en estado 3 en presencia de malato-glutamato (21%) ó succinato (16%), y las actividades de los complejos I-III (27%), II-III (24%) y IV (22%) fueron menores en los animales sacrificados a los 14 días post-inyección de STZ. Cuando los animales se sacrificaron al día 10, solo el consumo de O₂ en estado 3 en presencia de sustratos del complejo I (malato-glutamato) (23%) y su control respiratorio (30%) fueron menores en las ratas diabéticas, de acuerdo con una reducción en la actividad del complejo I-III (17%), sin cambios en la relación ADP/O. Asimismo se evidenció un aumento en las velocidades de producción mitocondrial de H₂O₂ (117%), NO (30%) y ONOO⁻ (225%), en la expresión de mtNOS (29%) y en las concentraciones en estado estacionario de O₂⁻ (150%) y de NO (30%), junto con una disminución en la actividad de Mn-SOD (15%) y en la [GSSG+GSH] mitocondrial (28%). No se modificaron la relación GSH/GSSG, la expresión de PGC-1 α ; ni la masa mitocondrial en esta etapa temprana. El aumento en la producción de H₂O₂ y NO, en ausencia de biogénesis mitocondrial, sugiere que dichas moléculas se encontrarían río arriba en vías de señalización que llevan a la síntesis de nuevas mitocondrias en respuesta a la hiperglucemia. Los niveles de glucemia se correlacionan estadísticamente con los parámetros mitocondriales afectados

Conclusión: Luego de 7 días de hiperglucemia se observó una incipiente disfunción mitocondrial cardíaca, caracterizada por disminución en la actividad del complejo I y aumento en las velocidades de producción de H₂O₂, NO y, consecuentemente, ONOO⁻. Dichas modificaciones pueden considerarse señales prodrómicas del deterioro de la función mitocondrial la cual precede a la disfunción cardíaca en la diabetes. ANPCyT, PICT 2016-0187

0081 - VALOR PRONÓSTICO DEL ECOCARDIOGRAMA CON STRAIN BIDIMENSIONAL POR SPECKLE TRACKING EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS ASOCIADA A TRANSTIRETINA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

Unidad Temática 2: Enfermedad Cardiovascular

STREITENBERGER, Gisela | VELAZCO, María Paula | DE SANTOS, Mariela | GRANILLO FERNANDEZ, Marcos | CALANDRA, Cristian | ANTONIETTI, Laura | REYES, Graciela | TAJER, Carlos D.

Introducción: La amiloidosis cardíaca (AC) es una cardiomiopatía infiltrativa caracterizada por el depósito de fibrillas patológicas de diferentes orígenes en el miocardio, y generalmente se asocia con un mal pronóstico. La AC asociada a transtiretina representa aproximadamente el 20% de todos los casos, incluidos dos subtipos: amiloidosis transtiretina hereditaria (ATTRh) y natural. La mutación Val30Met es la más frecuente a nivel mundial. El diagnóstico de ATTRh es desafiante y se basa en un alto grado de sospecha clínica, una combinación de técnicas de imagen, y en algunos casos una biopsia endomiocárdica. Las nuevas técnicas ecocardiográficas han aportado avances en el diagnóstico gracias a su mejor sensibilidad en comparación con parámetros clásicos.

Objetivos: Evaluar si el deterioro de la deformación (strain) longitudinal global (SLG) del ventrículo izquierdo evaluada por ecocardiografía en pacientes con amiloidosis asociada a transtiretina con la Mutación Val 30 Met, se asocia a eventos cardiovasculares adversos (desarrollo de insuficiencia cardíaca, requerimiento de marcapaso, muerte).

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo de Cohorte. Se evaluaron 53 pacientes con amiloidosis tratados en el Hospital "El Cruce" desde junio de 2014 hasta Noviembre de 2019, a quienes se les realizó prospectivamente un Ecocardiograma doppler color con Strain bidimensional speckle tracking por entre Marzo y Noviembre 2019. Criterios de Inclusión: 1. Edad de 18 a 85 años, inclusive. 2. Portadores de mutación genética de TTR Val 30 Met con o sin evidencia de enfermedad clínica. 3. Diagnóstico documentado de la ATTRh: a. Mutación patógena compatible por secuenciación del gen. b. Depósitos de amiloide en tejido cardíaco o no cardíaco confirmado por tinción con rojo Congo (o equivalente) o gammagrafía con tecnecio 99mTc-pirofosfato con captación cardíaca de Grado 2 o 3 de Perugini. Criterios de exclusión: 1- Mala ventana ultrasónica. 2- Amiloidosis primaria, secundaria o natural. 3- Otra miocardiopatía 4- Otras mutaciones. 5- Ausencia de mutaciones.

TABLA 1	PACIENTES (n=26)	S/ EVENTOS (n=12)	C/ EVENTOS (n=14)	P
Edad: Inicio	34.8 ± 16	24 ± 15	44.1 ± 11	<0.001
Diagnóstico (años)	38 ± 15.4	29.3 ± 8	45.5 ± 16	0.004
Inicio Temprano	21 (80.7%)	12 (100%)	9 (64.3%)	0.03
Sexo femenino	11 (44.3%)	7 (58.3%)	4 (28.5%)	0.12
Peso (kg)	55 (53.5-70.5)	54 (42-68)	55 (53 - 60)	0.31
Bajo Peso	10 (38.4%)	8 (66.6%)	2 (14.3%)	0.009
Hipertensión arterial	4 (15.3%)	0	4 (28.5%)	0.06
Diabetes	0	0	0	
Tabaquismo	7 (26.9%)	3 (25%)	4 (28.5%)	0.59
Disnea CF ≥II NYHA	17 (65.4%)	4 (33.3%)	13 (92.8%)	0.002
Disautonomía	21 (80.7%)	9 (75%)	12 (85.7%)	0.42
Polineuropatía	23 (88.4%)	9 (75%)	14 (100%)	0.08
Túnel Carpieno	14 (53.8%)	3 (25%)	11 (78.5%)	0.008
ECG alterado	23 (88.4%)	9 (75%)	14 (100%)	0.08
Arritmias	12 (46.1%)	4 (33.3%)	8 (57.1%)	0.20
Valor BNP (pg/ml)	90 (35.7-930)	29 (12-155)	182.5 (60-1082)	0.02

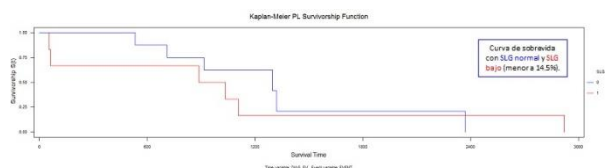
Bajo Peso según índice de masa corporal menor a 18.5 Kg/m². NYHA: New York Heart Association. BNP péptido natriurético tipo B o ventricular

TABLA 2	PACIENTES n=26	S/EVENTOS n=12	C/EVENTOS n=14	P
FSVI NORMAL	25 (96.1%)	12 (100%)	13 (92.8%)	0.54
Valor FEV (%)	62 (57.7-66)	63.5 (60-69)	60 (56.5-65)	0.09
HVI	11 (42.3%)	1 (8.3%)	10 (71.4%)	0.001
Espesor septum (mm)	11.3 (8.5-14)	9 (8.5-12)	11 (9.5-16.8)	0.77
Dilatación Auricular izquierda	12 (46.1%)	2 (16.6%)	10 (71.4%)	0.007
Disfunción diastólica	17 (65.4%)	4 (33.3%)	13 (92.8%)	0.002
SLG promedio (%)	15.8 ± 4.8	20.3 ± 1.6	14.4 ± 4.5	0.003
SLG < 21%	21 (80.7%)	8 (66.6%)	13 (92.8%)	0.11

Los datos se expresan como: porcentaje, media ± DS, mediana (rango intercuartílico). *FSVI: función sistólica del VI. FEV: fracción de eyección del Ventrículo izquierdo. HVI: hipertrofia ventricular izquierda.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes con diagnóstico de ATTRh asociados a la Mutación Val 30 Met que cumplían con los criterios de inclusión. Las características clínicas y de laboratorio se describen en la tabla 1. Las características ecocardiográficas se describen en la tabla 2. Se observaron eventos (requerimiento de marcapaso, desarrollo de insuficiencia cardíaca y muerte) en el 53.85% de los pacientes, de los cuales 71,4 % eran hombres (OR: 0,30 (IC95: 0,05-1,54), p=0.13) sin diferencias estadísticamente significativas. De los 5 pacientes con amiloidosis de inicio tardío (>60 años) el 100 % presentó eventos (p 0,03). En el análisis univariado las variables que mostraron asociación con

la presencia de eventos fueron: edad de inicio de los síntomas ($p \leq 0.001$), edad de diagnóstico ($p = 0.004$), inicio temprano ($p = 0.02$), bajo peso ($p = 0.004$), disnea ($p \leq 0.001$), túnel carpiano ($p = 0.005$), presencia de HVI ($p = 0.005$), disfunción diastólica ($p = 0.007$), dilatación de la AI ($p = 0.003$) y el SLG promedio ($p = 0.003$)



Conclusión: Los pacientes con la Mutación Val 30 Met tienen un deterioro precoz de la strain longitudinal global del ventrículo izquierdo con respecto a la Fey ($61.5 \pm 6.6\%$), incluso en ausencia de síntomas. El punto de corte de SLG $14.4 \pm 4.5\%$ discriminó la evolución a eventos cardiovasculares adversos (desarrollo de insuficiencia cardíaca, requerimiento de marcapaso, muerte).

0084 - "MOTIVO DE INGRESO, PROCEDIMIENTOS, TERAPÉUTICA Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD CORONARIA DE TERCER NIVEL DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA"

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

BONO, Leandro | PUENTE, Luciana Jimena | ESTRELLA, Maria Laura | DOPPLER, Eugenia | NAPOLI LLOBERA, Mariano Ezequiel | KIM, Alejandro | SZARFER, Jorge | GAGLIARDI, Juan Alberto

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Las unidades coronarias se crearon en la década del 60' con el fin de tratar las arritmias por infarto agudo de miocardio (IAM). Desde ese entonces las características demográficas de los pacientes ingresados han cambiado de forma significativa, con una reducción de la incidencia de IAM con elevación del ST (SCACEST), un aumento de la incidencia de IAM sin elevación del ST (SCASEST) y un mayor número de pacientes que presentan inestabilidad hemodinámica relacionada con otros trastornos cardiovasculares. Además, la población de pacientes ingresados es de mayor edad y con más comorbilidades. Es por ello que actualmente se las denomina unidades de cuidados intensivos cardiovasculares (UCIC).

Objetivos: Primario: 1) Determinar las características demográficas y motivo de ingreso de los pacientes ingresados a nuestra UCIC. 2) Determinar los procedimientos y terapéutica realizados en los mismos. Secundario: Determinar la mortalidad según el motivo de ingreso.

Materiales y Métodos: Es un estudio prospectivo que incluyó pacientes (ptes) consecutivos desde diciembre de 2017 a abril de 2020 que ingresaron a la UCIC de la División Cardiología del Hospital de Agudos "Cosme Argerich" de la CABA. Se analizaron los factores de riesgo coronarios, los antecedentes cardiovasculares y la presencia de patologías crónicas. Se clasificó el motivo de ingreso según el cuadro clínico en: arritmia, insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico, shock no cardiogénico, cardioversión programada, post PCR, monitoreo, protocolo, y otras. Ingreso por "protocolo" se consideró a: síndrome coronario agudo (SCA), post TAVR, síncope, entre otros, e ingreso por "monitoreo" a: post ATC programada, post cirugía no cardíaca (PCNC), post ablación, entre otros. Se clasificaron los ingresos también según tipo de patología: cardíaca, complicación cardíaca en pte sin cardiopatía, complicación no cardíaca en pte con cardiopatía, post cirugía cardíaca central (PCCC), PCNC e ingreso por falta de camas. Se cuantificó también la realización de procedimientos y utilización de recursos terapéuticos.

Tipo Patología	N: 1629
Protocolo	693 (42,5%)
Monitoreo	533 (32,7%)
Insuf Cardíaca	140 (8,6%)
Arritmia inestable	103 (6,3%)
Shock no cardíaco	44 (2,7%)
Shock cardiogénico	31 (1,9%)
CVE programada	22 (1,4%)
Post PCR	16 (0,98%)
Otro	47 (2,89%)

Resultados: Se analizaron 1629 ptes, la mediana de edad fue 62 años (IC: 53-71) y el 67.6% era de sexo masculino. El principal antecedente cardiovascular fue el coronario 39,3%. Las principales enfermedades crónicas fueron EPOC (4,9%) e IRC (3,2%). En la tabla se observa la frecuencia de ingreso según cuadro clínico. La principal patología de ingreso fue la cardíaca con 81,7% seguido de PCNC (6,8%) y PCCC (6,6%). Un 3,8% ingresó por una complicación no cardíaca en paciente con cardiopatía. Los principales motivos de ingreso por patología cardíaca fueron: control post procedimiento hemodinámico programado (23.3%), SCACEST (19,5%) y SCASEST (16,4%). El 23% de los ptes requirió una vía central y se colocó un catéter de Swan Ganz en el 4,4%. Por otro lado, el 19,3% requirió asistencia ventilatoria, ya sea invasiva o no invasiva. Los ptes que ingresaron por monitoreo presentaron una mortalidad intrahospitalaria de 0,94%, en contraposición al 12,5% del resto de los ptes (OR: 0.06; IC95% 0.03-0.16), lo que confirma que se trata de un grupo de muy bajo riesgo.

Conclusión: La población analizada es de mediana edad, y tiene como principal antecedente cardiovascular la enfermedad coronaria, pero solo un tercio de los ptes con patología cardíaca, ingresa por SCA. Es elevado el requerimiento de asistencia ventilatoria en la población estudiada, y se pudo identificar un grupo de pacientes de baja mortalidad.

0086 - REHABILITACION CARDIOVASCULAR EN ARGENTINA: ESTAMOS PREPARADOS PARA UNA PANDEMIA?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Ergometría y Rehabilitación

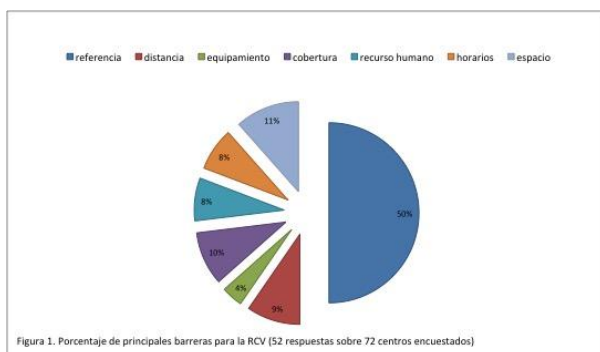
Unidad Temática 2: Cardiología del Ejercicio

DÁVOLOS, Ignacio Gastón | IGLESIAS, Diego Esteban | ZEBALLOS, Cecilia | **NAYA, Enrique** | CASTIELLO, Gustavo Gabriel | MARANI, Alberto | CABO FUSTARET, Marcela Clelia | PEIDRO, Roberto Maximino

Consejo de Ergometría y Rehabilitación Cardiovascular SAC

Introducción: Los programas de Rehabilitación Cardiovascular (RCV) incluyen un conjunto de estrategias a largo plazo que se basan en la educación de un estilo de vida saludable, alimentación, manejo de factores de riesgo cardiovascular, asesoramiento psicosocial, y ejercicio físico prescrito acorde al estado clínico de los pacientes. Todas acciones que en este momento han sido interrumpidas en su modalidad presencial, aumentando las posibilidades de eventos en el grupo de pacientes más vulnerables.

Objetivos: Determinar la preparación de los centros de RCV para el seguimiento a distancia de los pacientes.



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo a partir de 72 centros de RCV que respondieron una encuesta virtual enviada en el año 2018. Se obtuvo información correspondiente a las sesiones de rehabilitación, las barreras para la participación de pacientes, y otras variables implicadas en estrategias para RCV a distancia que en el contexto epidemiológico actual han tomado mayor relevancia.

Resultados: La mayoría de centros están localizados en grandes áreas urbanas. (69.23% en Ciudad y Provincia de Buenos Aires). El 57.69% corresponde a centros hospitalarios, y un 42.31% ambulatorios. Los principales diagnósticos de los pacientes admitidos son: enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, posoperatorio valvular y enfermedad arterial periférica. Menos del 1% de los centros reciben pacientes de prevención primaria con alto riesgo cardiovascular, enfermedades congénitas, arritmias o síndrome metabólico. En cuanto a la financiación de los centros, el 66.67% son privados, 29.92% públicos y 3.41% de otras fuentes (fuerzas armadas y sindicatos). Según 52 respuestas de los 72 centros encuestados, las principales barreras para la inscripción y participación de pacientes son la falta de derivación (26 centros), falta de espacio físico para alojar a los pacientes (6 centros), falta de equipamiento (2 centros), distancia al centro de RCV (5 centros), falta de recurso humano (4 centros) y horario de funcionamiento del centro (4 centros), problemas con la cobertura (5 centros). (Figura 1) En este registro, solo 38 centros utilizan una base de datos (53%), 29% manuales, 66% electrónicas, 5% no emitió respuesta. El 42% de los centros realiza seguimiento de los pacientes y el mismo porcentaje aplica también para el registro telefónico del ausentismo a la sesión. Solo 18 centros (25%) disponen de una comunicación virtual con los participantes. De estos, 14 facilitan un número de Whatsapp, 9 un correo electrónico y 5 una red social (Facebook). Solo 9 centros comparten al menos dos vías de comunicación y solo 1 centro dispone de las tres. Por último, contamos con 17 centros que realizan investigación (24%), de los cuales 11 (65%) refieren que la principal barrera es la falta de derivación; y solo 3 de los centros con investigación sigue utilizando una base de datos manual.

Conclusión: 1. La mayoría de los centros de RCV están ubicados en grandes áreas urbanas, la mayoría son privados, lo que nos hace pensar que la RCV es para un segmento de nuestra población. 2. Si bien hace más de una década que el desarrollo tecnológico de comunicación virtual se presenta como una alternativa válida para el seguimiento de los pacientes en RCV, solo un cuarto de los centros encuestados disponen de comunicación virtual. Estamos seguros que el presente aislamiento social obligatorio en Argentina nos permitirá reinventarnos y actualizarnos para no dejar desprotegidos a los pacientes.

0087 - ¿ESTAMOS CUMPLIENDO LAS METAS DE LIPOPROTEÍNA DE BAJA DENSIDAD EN PREVENCIÓN SECUNDARIA?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

ZAREBA, Natalia Del Carmen | GARCÍA ZAMORA, Sebastián | SANDOVAL, Carla Elizabeth | DR. HAWKES, Maximiliano | GONZALEZ, Carlos Luis | HERRERA PAZ, Juan Jose

FLENI

Características Basales	(%)
Hipertensión arterial	73%
Diabetes Mellitus	27%
Tabaquismo	13%
Ex Tabaquismo	52%
Insuficiencia renal crónica	4%

Introducción: El tratamiento de las dislipemias es un factor fundamental en la prevención de enfermedad aterosclerótica. Los estudios clínicos han demostrado que valores bajos de lipoproteína de baja densidad (LDL) disminuyen el riesgo de futuros eventos cardiovasculares, sin un valor límite inferior o "efecto de curva J".



Objetivos: Evaluar el cumplimiento de metas de LDL en prevención secundaria de un grupo de pacientes (ptes) internados en una unidad cerebrovascular (UCV).

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron ptes entre octubre 2016 y diciembre 2019, que fueron internados en una UCV con diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico agudo (ACVi) o accidente isquémico transitorio (AIT). Se recabaron antecedentes de factores de riesgo cardiovascular, tratamiento farmacológico previo y perfil de colesterol al ingreso. Se seleccionaron aquellos ptes que tenían antecedentes de cardiopatía isquémica o ACVi o AIT, como población en prevención secundaria. Se analizó el valor de LDL al ingreso y el antecedente de tratamiento con estatinas u otro fármaco hipolipemiente.

Resultados: Se evaluaron 1003 ptes internados: 360 cumplían los criterios de inclusión para ser considerados en prevención secundaria (48% enfermedad coronaria conocida, 48% ACV previo, 21% AIT previo). La media de edad fue de $71,8 \pm 12,1$ años; 70,3% eran hombres. Las restantes características poblacionales se describen en la Tabla 1. El 71,4% de los participantes recibían algún tratamiento hipolipemiente, de los cuales sólo el 67,2% se encontraba bajo tratamiento con estatinas, 8,6% con ezetimibe y 4,4% con fibratos; el 8,6% de estos estaban tratados con alguna combinación. La estatina más prescrita fue la rosuvastatina en 59,2%, seguida de la atorvastatina en el 35,4% y simvastatina en el 5,4%. El 35,4% de los ptes analizados se encontraban medicados con dosis altas de estatinas de alta intensidad (rosuvastatina 20-40 mg o atorvastatina 40-80 mg). Sólo el 43% alcanzaba la meta de <70 mg/dl, y si consideramos las metas propuestas actualmente de LDL <55 mg/dL, solamente 1 de cada 4 (23%) pacientes analizados lograban estas metas.

Conclusión: En esta población en prevención secundaria, observamos que más de la mitad se encuentran fuera de las metas de tratamiento, lo cual se acentúa aún más cuando se emplean los objetivos actualmente recomendados. Además, un alto porcentaje de pacientes no recibían estatinas. Resulta fundamental establecer estrategias para disminuir la inercia terapéutica, empleando el tratamiento farmacológico de acuerdo a la mejor evidencia disponible.

0088 - REGISTRO ARGENTINO DE ENFERMEDADES VALVULARES (ARGENVAL)

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Valvulopatías

Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

BENGER, Juan(1) | CONSTANTIN, Iván(2) | CARRERO, María Celeste(3) | BAGNATI, Rodrigo P.(4) | MAKHOUL, Silvia Susana(5) | BARATTA, Sergio Juan(6) | CINTORA, Federico(7) | **AYÓN, Miguel Sebastián** (8)

Hospital Municipal "Dr. Raúl A. Caccavo" (1); Sanatorio Finochietto (2); Sanatorio Las Lomas (3); Hospital Italiano de Buenos Aires (4); Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández (5); Hospital Universitario Austral (6); Clínica La Pequeña Familia - Junín (7); Sanatorio Junín de Catamarca (8)

Introducción: La enfermedad valvular constituye una patología muy prevalente y con considerable morbimortalidad. En nuestro país no disponemos de datos respecto a la prevalencia ni la etiología de las enfermedades valvulares. El reconocimiento de esta problemática de salud pública resulta de gran importancia.

Objetivos: Identificar las causas y la prevalencia de enfermedades valvulares en los pacientes que concurren a los laboratorios de ecocardiografía de nuestro país en forma ambulatoria.

Materiales y Métodos: Retrospectivo, observacional y multicéntrico. Se invitaron a participar a laboratorios de ecocardiografía de toda la Argentina, que debían incluir consecutivamente los últimos 200 pacientes mayores de 18 años evaluados con ecocardiograma transtorácico por ambulatorio. Se excluyeron estudios realizados en pacientes internados o en guardia, y pacientes con antecedentes de procedimientos valvulares. Se recolectaron variables demográficas, causas y grado de compromiso de la función valvular.

TABLA 1	Válvula aórtica		Válvula Mitral		Válvula Pulmonar		Válvula Tricúspide	
	Estenosis	Insuficiencia	Estenosis	Insuficiencia	Estenosis	Insuficiencia	Estenosis	Insuficiencia
Sin valvulopatía	2787 (92,3%)	2174 (76,6%)	2966 (98,2%)	1893 (62,7%)	3018 (99,9%)	2727 (90,3%)	3018 (99,9%)	1771 (58,6%)
Con valvulopatía no significativa	113 (3,7%)	590 (19,5%)	38 (1,3%)	1038 (34,4%)	0	285 (9,4%)	1 (0,1%)	1180 (39,1%)
Valvulopatía leve	87 (2,9%)	508 (16,8%)	31 (1,1%)	961 (31,8%)	0	283 (9,4%)	0	1122 (37,2%)
Valvulopatía leve a moderada	16 (0,5%)	82 (2,7%)	7 (0,2%)	77 (2,5%)	0	2 (0,1%)	1 (0,1%)	58 (1,9%)
Con valvulopatía significativa	120 (4,0%)	56 (1,9%)	16 (0,5%)	89 (2,9%)	2 (0,1%)	8 (0,3%)	1 (0,1%)	69 (2,3%)
Valvulopatía moderada	51 (1,7%)	39 (1,3%)	9 (0,3%)	60 (2%)	2 (0,1%)	6 (0,3%)	1 (0,1%)	44 (1,5%)
Valvulopatía moderada a severa	22 (0,7%)	9 (0,3%)	3 (0,1%)	8 (0,3%)	0	0	0	8 (0,3%)
Valvulopatía severa	47 (1,6%)	8 (0,3%)	4 (0,1%)	21 (0,7%)	0	0	0	17 (0,6%)

Resultados: Participaron 18 centros de la República Argentina, mayoritariamente de Capital Federal y provincia de Buenos Aires. Se incluyeron 3020 pacientes, 51.6% de sexo masculino y edad promedio 58.2 años. En 38.3% no se observó ninguna alteración valvular. El 9.53% presentó al menos una valvulopatía significativa (de grado moderado o mayor), con una edad media significativamente mayor que el resto de la población (69.2 vs. 56.7 años, $p < 0.01$). El 1.76% tuvieron valvulopatías significativas combinadas, siendo la más frecuente insuficiencia mitral + insuficiencia tricuspídea. Válvula aórtica: Estenosis aórtica: se observó válvula bicúspide en 2.4% de los pacientes. Se trató de la valvulopatía significativa más frecuente (Tabla 1). La principal etiología fue degenerativa (86.3%), seguida por la bicúspide (9%). Insuficiencia aórtica: su prevalencia se observa en la (Tabla 1). La causa degenerativa fue la más frecuente (59.6%), seguida por la dilatación aórtica (8.7%) y la bicúspide (5.9%). Válvula mitral: Estenosis mitral: fue poco frecuente (Tabla 1). La etiología degenerativa fue la más habitual (62.3%), seguida por la reumática (37.7%). Insuficiencia mitral: fue la segunda valvulopatía más frecuente (Tabla 1). La principal causa fue fibrosis y calcificación valvular (36%). Con respecto a la insuficiencia significativa, las causas funcionales (28%) y el prolapso fueron las más frecuentes (25%). Válvula pulmonar: Su patología fue muy infrecuente (Tabla 1). Válvula tricúspide: Estenosis tricuspídea: se observaron solo 2 casos (Tabla 1). Insuficiencia tricuspídea: su prevalencia fue del 41.4%, por lo que fue la valvulopatía más frecuente y la tercera significativa en frecuencia (Tabla 1). La principal causa identificable fue la funcional (13% de todas las insuficiencias y 56% de las significativas). En más del 80% de los casos no se observaron alteraciones ecográficas, bajando al 24% cuando se trató de reflujo significativos.

Conclusión: Los pacientes que concurren a los laboratorios de ecocardiografía de forma ambulatoria presentan frecuentemente valvulopatías y su prevalencia aumenta con la edad. La estenosis aórtica fue la valvulopatía significativa más frecuente, seguida por la insuficiencia mitral y la insuficiencia tricuspídea. La etiología degenerativa fue la más frecuente de estenosis e insuficiencia de las válvulas aórtica y mitral. En los pacientes con insuficiencia tricuspídea significativa la causa funcional fue la más prevalente.

0089 - ROL DE LAS CONSULTAS VIRTUALES PARA MANTENER LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS MÉDICOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

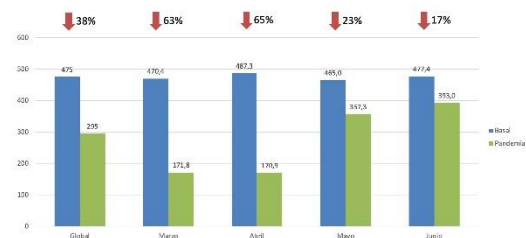
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

CANDIELLO, Alfonsina | BENZADON, Mariano | BURGOS, Lucrecia | COSTA, Guido | FERRADAS, Silvina | CEREZO, Gustavo | CONDE, Diego Gabriel | BELARDI, Jorge Atilio

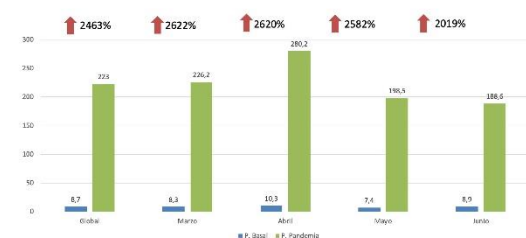
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Variación Promedio Diario de Consultas Presenciales por Mes
Periodo 20/3-30/6 2019 vs 2020



Introducción: En Argentina las medidas de aislamiento instauradas junto a la reorganización del sistema de salud como parte de la respuesta a la pandemia de enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19) han limitado el acceso a los cuidados médicos de pacientes ambulatorios con enfermedades cardiovasculares. En este contexto, las consultas virtuales (CV) podrían tener un rol para mantener la continuidad de la atención de estos pacientes.

Variación Promedio Diario de Consultas Virtuales por Mes
Periodo 20/3-30/6 2020 vs 2019



Objetivos: Describir el impacto de la pandemia de COVID-19 en el número de consultas ambulatorias cardiovasculares.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo, unicéntrico. En el presente análisis se incluyeron todas las consultas ambulatorias, tanto presenciales como virtuales realizadas en un centro especializado cardiovascular en dos periodos de tiempo: periodo pandemia (desde el 20 de marzo – fecha en que se instauró el aislamiento obligatorio– al 30 de junio de 2020) y un periodo basal similar al anterior de 2019.

Resultados: En el periodo basal se realizaron 31357 consultas presenciales (CP) en 19082 pacientes y 573 CV en 471 pacientes y en el periodo pandemia 19659 CP y 14974 CV en 11542 y 10085 pacientes respectivamente. La modalidad de CV pasó de representar el 1,8% de las consultas totales al 43% durante la pandemia ($p < 0.001$). El promedio de consultas presenciales diarias se redujo de manera significativa durante la pandemia de $475 \pm 9,6$ a $273,2 \pm 118$, $p < 0.001$ (Figura 1) La mayor reducción de las CP se observó en el mes de abril. Paralelamente, el promedio de consultas virtuales diarias aumentó de manera significativa durante el periodo de pandemia de $8,7 \pm 1,22$ a 223 ± 41 , $p < 0.001$. El mayor aumento se observó también durante el mes de abril. (Figura 2). El número de médicos que realizaron consultas virtuales aumentó de manera significativa de 55 en el periodo basal a 127 en el periodo pandemia ($p < 0.001$).

Conclusión: Durante la pandemia se produjo una reducción significativa de las consultas presenciales y un aumento concomitante de las consultas virtuales. La posibilidad de contar con un programa de CV previo a la pandemia, y expandirlo a toda la atención ambulatoria de nuestra institución permitió mantener la continuidad de la atención médica en los pacientes con enfermedades cardiovasculares durante la pandemia de COVID-19

0090 - IMPACTO DEL ACIDO BEMPEDOICO EN EL METABOLISMO LIPÍDICO Y LA INFLAMACIÓN. META-ANÁLISIS 2020.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

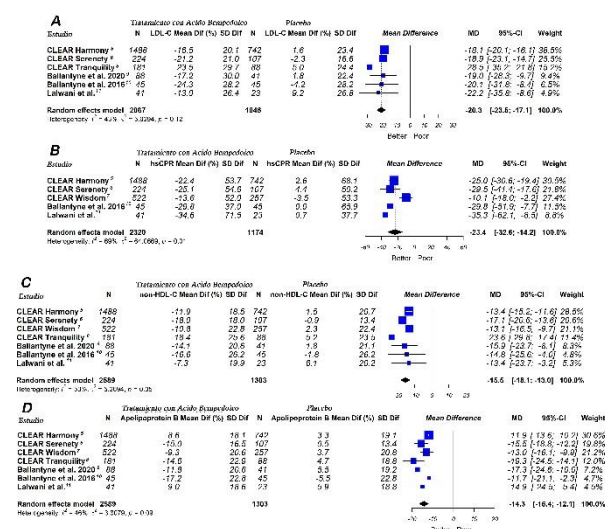
LOBO, Lorenzo(1) | MASSON JUÁREZ, Walter Mauricio(2) | MOLINERO, Graciela Beatriz(3) | LAVALLE COBO, Augusto Maria(3) | MASSON, Gerardo(3) | SUAREZ, Facundo(1) | LOSADA, Pablo Ricardo(1) | **BENINCASA, Fernando Diego** (1)

Hospital Militar Campo de Mayo (1); Hospital Italiano de Buenos Aires (2); Consejo de Epidemiología y Prevención Cardiovascular (3)

Introducción: El ácido bempedoico es una prodroga que requiere activación a través de la enzima Acetil Coenzima A Sintetasa 1 de cadena larga, la cual se encuentra exclusivamente en el hígado. Su efecto en la disminución del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (C-LDL), se debe a la inhibición de la ATP Citrato Liasa (ACL), la cual se encuentra por arriba de la HMG CoA reductasa en la cadena de síntesis del colesterol. Debido al gran número de pacientes que no llegan a las metas recomendadas, muchos de ellos por presentar intolerancia a las estatinas, este tipo de drogas podrían ser una nueva alternativa.

Objetivos: Realizar una revisión sistemática y meta-análisis para evaluar: 1. El impacto del ácido bempedoico sobre las partículas lipídicas aterogénicas. 2. Su potencial implicancia en el proceso inflamatorio, a través de la modificación en la Proteína C Reactiva ultrasensible (PCRu).

Materiales y Métodos: Se realizó un meta-análisis de acuerdo a las guías PRISMA. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de ECR de ácido bempedoico (ETC-1002) vs placebo publicados entre Enero de 2000 y Abril de 2020 en cualquier idioma, que informaban niveles de C-LDL, Colesterol no HDL (CNHDL), PCRu y Apolipoproteína B, con un seguimiento mínimo mayor a 4 semanas. Dos revisores independientes buscaron en las bases: PubMed / MEDLINE, Embase y Cochrane Controlled Trials. Se utilizó la herramienta propuesta por Cochrane para evaluar la calidad de los diseños de los ECR. Se realizó un meta-análisis de diferencias de medias, utilizando un modelo de efectos aleatorios para la estimación de la respuesta, debido a la moderada heterogeneidad. Se utilizó el I² para cuantificar la heterogeneidad e inconsistencia entre los ensayos. La identificación de sesgos de publicación se realizó a través del gráfico de embudo, y los test de hipótesis sugeridos por Cochrane. Se realizó un análisis de sensibilidad para evaluar la robustez de los hallazgos. El nivel de significación estadística se estableció para un alfa a dos colas de 5 %.



Resultados: Se incluyeron 7 estudios (3.892 pacientes), 2.589 en la rama tratamiento y 1.303 en la rama placebo, con un rango de seguimiento de 4 a 24 semanas, para la evaluación del CNHDL y la APO B. Debido a falta de información se incluyeron 6 y 5 estudios para el análisis del C-LDL y la PCRu respectivamente con el mismo rango de seguimiento. El ácido bempedoico se asoció significativamente a un mayor porcentaje de reducción de las partículas aterogénicas {C-LDL (-20.3 %, IC 95%[-23.5,-17.1], $p < 0.05$, $I^2 = 43\%$), APO B (-14.3%, IC95%[-16.4,-12.1], $p < 0.05$, $I^2 = 46\%$) y CNHDL (-15.5%, IC95%[-18.1, -13.0], $p < 0.05$, $I^2 = 53\%$)}. Por otro lado, la utilización de dicha

droga, produjo también una reducción significativa del marcador evaluado asociado a la inflamación ‘{PCRu (-23.4%, IC95%[-32.6,-14.2], p<0.05, I2 = 69%)}. No se encontraron sesgos significativos, y el análisis de sensibilidad, no arrojó cambio en los resultados, mostrando la robustez de los datos evaluados, a pesar de la moderada heterogeneidad encontrada.

Conclusión: Los datos hallados sugieren que el uso de ácido bempedoico reduce significativamente los niveles de los marcadores lipídicos aterogénicos evaluados y que el mismo podría tener un efecto anti-inflamatorio evidenciado por la caída de la PCRu. Deben esperarse los resultados de estudios futuros, para demostrar si estos hallazgos tendrán traducción en términos de reducción de eventos cardiovasculares.

0092 - ACUERDO ENTRE LAS MEDICIONES AÓRTICAS REALIZADAS POR ECOGRAFIA Y TOMOGRAFIA EN PACIENTES CON VALVULA AORTICA BICUSPIDE

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Patología de La Aorta

Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

BLANCO, Rocio | RODRÍGUEZ AMAGUAY, Landy Paola | GARAGOLI, Fernando Damián | BAROLO, Ramiro | ROSSI, Emiliano | BAGNATI, Rodrigo P. | FALCONI, Mariano Luis | OBERTI, Pablo Fernando

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La válvula aórtica bicúspide (VAB) es la cardiopatía congénita del adulto más prevalente. Frecuentemente se acompaña de dilatación aórtica, siendo la porción ascendente la más comprometida. El método de elección para el screening de la aortopatía es el ecocardiograma transtorácico (ETT) por su amplia disponibilidad y bajo costo. Teniendo en cuenta la asimetría de la raíz aórtica de los pacientes con VAB y las potenciales complicaciones de los aneurismas torácicos, es necesario comparar la precisión diagnóstica entre el método de screening de aneurisma torácico y el método estándar para valoración de diámetros aórticos en pacientes portadores de VAB.

Objetivos: Evaluar el acuerdo entre las mediciones de los diámetros aórticos por ETT y angioTC aórtica en pacientes portadores de válvula aórtica bicúspide.

Tabla

	ETT	AngioTC	ICC (IC 95%)
Raíz Ao, media ± DE (mm)	39.5 ± 5	40.7 ± 5.1	0.86 (0.77-0.92)
Ao. Asc. medio, media ± DE (mm)	43.9 ± 5.3	42.7 ± 5.5	0.92 (0.87-0.95)
Cayado Ao, media ± DE (mm)	30.9 ± 5.5	29.0 ± 4.6	0.74 (0.5-0.86)

ETT ecocardiograma transtorácico. AngioTC angiotomografía. Ao aorta. ICC coeficiente de correlación intraclase

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con ETT y angioTC realizados con menos de 180 días de diferencia (intervalo promedio de 32 días). Las mediciones en cada técnica se realizaron según consensos vigentes. Las mediciones de los diámetros aórticos se compararon mediante coeficientes de correlación intraclase y mediante el método de Bland-Altman.

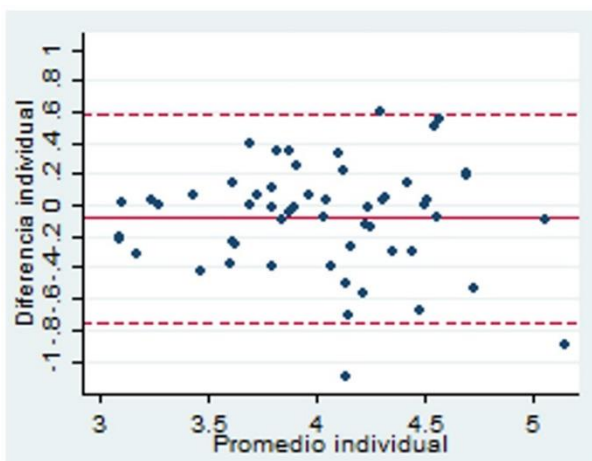


Gráfico. Bland-Altman. Acuerdo del ETT en relación a la angioTC para la estimación del diámetro de la raíz aórtica

Resultados: Se analizaron 60 pacientes portadores de VAB asintomáticos con evaluación contemporánea por ETT y AngioTC. La TC fue solicitada en todos los casos para seguimiento de la aortopatía. La correlación entre ambos métodos fue buena tanto a nivel de la raíz como de la aorta ascendente. (ver tabla) Sin embargo, al estudiar el grado de acuerdo a partir del análisis de los gráficos de Bland-Altman, se observa alta variabilidad (ver gráfico). A nivel de la raíz la media de las diferencias fue de -0,8 mm (IC 95% -7,6 - 6), a pesar de lo cual en un 35% de los casos se observó una diferencia mayor a los 3 mm. A nivel de la aorta ascendente la media de las diferencias se situó en 0,7 mm (IC 95% -4,6 - 6) con discrepancias que superan los 3 mm en un 10% de los casos. Las discrepancias fueron aún más marcadas a nivel del cayado aórtico. Esta variabilidad no impresiona aceptable ya que puede significar, en muchos casos, un cambio en la categoría de riesgo y por ende ser decisiva en el seguimiento y la indicación de intervenciones. Esto es particularmente importante en casos de valores aórticos limítrofes

Conclusión: Existe una amplia variabilidad entre las mediciones aórticas obtenidas por ETT y TC en pacientes con VAB. Estas diferencias podrían implicar un cambio en la estrategia de seguimiento e intervención por lo que parece prudente corroborar los hallazgos del ecocardiograma mediante una tomografía computada, especialmente en valores limítrofes.

0093 - PREVALENCIA DE DILATACIÓN AÓRTICA EN PACIENTES CON VALVULA AORTICA BICUSPIDE SEGUN VALORES DE REFERENCIA DE LA POBLACION ARGENTINA. INFLUENCIA DEL METODO DE INDEXACION.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Patología de La Aorta

Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

BAGNATI, Rodrigo P. | BLANCO, Rocio | GARAGOLI, Fernando Damián | RODRÍGUEZ AMAGUAY, Landy Paola | ROSSI, Emiliano | PARCERISA, María Florencia | FALCONI, Mariano Luis | OBERTI, Pablo Fernando

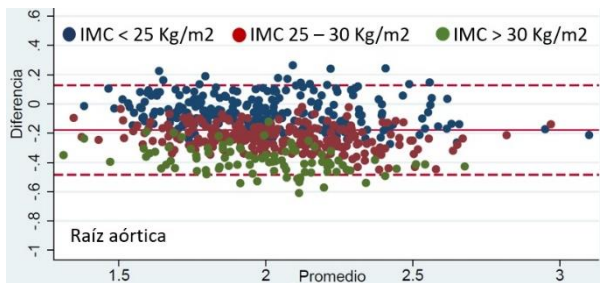
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Una proporción de los pacientes con Válvula Aórtica Bicúspide (VAB) desarrollan dilatación de la aorta (Ao) que los predispone a complicaciones. Las dimensiones de la Ao se encuentran influenciadas por la edad, el género, el tamaño corporal y la etnia. Detectar su dilatación en base a puntos de corte obtenidos para nuestra población, podría mejorar su seguimiento e intervención

Objetivos: Estimar la prevalencia de dilatación aórtica aplicando los valores de referencia de la población argentina en pacientes con VAB y la influencia en la misma de los distintos métodos de indexación.

Kappa [IC 95%]	IMC < 25 kg/m ²	IMC 25-30 Kg/m ²	IMC >30 Kg/m ²
Raíz aórtica	0.82 [0.75-0.89]	0.6 [0.59-0.77]	0.25 [0.13-0.37]
Ao Ascendente	0.80 [0.72-0.88]	0.76 [0.66-0.85]	0.51 [0.35-0.67]

Materiales y Métodos: Se incluyeron consecutivamente 581 pacientes adultos con VAB. Se definió dilatación según el criterio propuesto por las guías americanas (Deveraux) y en base a los valores propuestos por MATEAR (Medición de Ao Torácica por Eco en ARgentina). El acuerdo entre diferentes formas de indexación (T talla y SC superficie corporal) se estudió mediante el índice Kappa de Cohen y la representación gráfica por Bland & Altman.



Resultados: La edad media fue de 44,85 años ($\pm 15,98$). El diámetro medio de la raíz aórtica fue 3,57 cm ($\pm 0,56$) y de la aorta ascendente 3,7 cm ($\pm 0,68$). En base a los puntos de corte propuestos por MATEAR se observó alta prevalencia de dilatación de la raíz aórtica y/o Ao ascendente (72,26% por T y 61,45% por SC) que resultó, en la raíz, significativamente mayor a la obtenida según Deveraux (T 47,03% vs 31,47% - SC 35,16% vs 26,5% $p < 0.001$). El segmento más comprometido fue la Ao ascendente (63,11% T y 57,5% SC). Es importante destacar la alta prevalencia de Índice de Masa Corporal (IMC) > 25 Kg/m² (57.83%). Cuando se evaluó la concordancia entre la indexación por SC y T, la misma fue buena a nivel global, siendo muy buena para el grupo de IMC < 25 Kg/m², de moderada a buena en el grupo de IMC 25-30 y de baja a moderada en el grupo con IMC > 30 Kg/m² (Tabla). Al graficar el acuerdo entre los métodos, estratificados por IMC, se observa una subestimación sistemática de la prevalencia de dilatación aórtica al indexar por SC cuando existe un IMC > 25 Kg/m² (Gráfico)

Conclusión: La prevalencia de dilatación de la raíz aórtica aplicando los valores de referencia para la población argentina fue alta y significativamente mayor a la determinada por puntos de corte originados en otras poblaciones. Se observó una subestimación sistemática al corregir por SC tanto en pacientes con sobrepeso como en obesos. Teniendo en cuenta la muy buena concordancia en pacientes sin sobrepeso, la variabilidad del peso en el tiempo y la alta prevalencia de sobrepeso en esta población, indexar siempre por talla sería la opción más recomendable.

0097 - EFECTO DEL ACIDO BEMPEDOICO SOBRE LA DIABETES. META-ANÁLISIS 2020.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

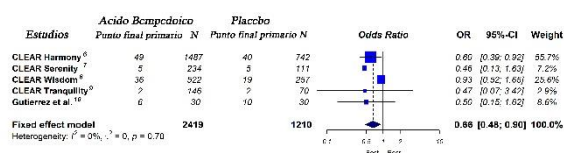
LOBO, Lorenzo(1) | MASSON JUÁREZ, Walter Mauricio(2) | MOLINERO, Graciela Beatriz(3) | LAVALLE COBO, Augusto Maria(3) | MASSON, Gerardo(3) | SUÁREZ, Facundo(1) | BENINCASA, Fernando Diego(1) | **LOSADA, Pablo Ricardo** (1)

Hospital Militar Campo de Mayo (1); Hospital Italiano de Buenos Aires (2); Consejo de Epidemiología y Prevención Cardiovascular (3)

Introducción: La terapia con estatinas es efectiva para la reducción de eventos cardiovasculares y en general es segura y bien tolerada. Sin embargo, los estudios han sugerido que el uso de estatinas podría estar asociado con un aumento en el número de nuevos casos de diabetes. En un metanálisis, el riesgo de desarrollar diabetes aumentó en un 9% con el uso de estatinas en comparación con el placebo. Un informe posterior mostró que la terapia intensiva con estatinas en comparación con la terapia moderada se asoció con un mayor riesgo de diabetes. Del mismo modo, se evaluó el efecto sobre el inicio o el empeoramiento de la diabetes con fármacos hipolipemiantes no estatinicos en varios estudios. Por lo que resulta interesante la evaluación de este punto con la utilización de este nuevo fármaco.

Objetivos: Realizar una revisión sistemática y meta-análisis para evaluar: el aumento de nuevos casos de diabetes (DBT) o su empeoramiento con el tratamiento del ácido bempedoico frente a placebo.

Materiales y Métodos: se realizó un meta-análisis de acuerdo a las guías PRISMA. Se realizó una búsqueda sistemática de ECR de ácido bempedoico (ETC-1002) vs placebo publicados entre Enero de 2000 y Abril de 2020 en cualquier idioma, que informaban nuevos casos de diabetes o su empeoramiento, con un seguimiento mínimo mayor a 4 semanas. Dos revisores independientes buscaron en las bases: PubMed / MEDLINE, Embase y Cochrane Controlled Trials. Se utilizó la herramienta propuesta por Cochrane para evaluar la calidad de los diseños de los ECR. Se realizó un meta-análisis de datos cualitativos, utilizando un modelo de efectos fijos para la estimación de la respuesta, debido a falta de heterogeneidad entre los estudios. Se utilizó el I² para cuantificar la heterogeneidad e inconsistencia entre los ensayos. La identificación de sesgos de publicación se realizó a través del gráfico de embudo, y los test de hipótesis sugeridos por Cochrane. Se utilizó como medida de resumen el Odds Ratio con su IC 95%. El nivel de significación estadística se estableció para un alfa a dos colas de 5 %.



Resultados: Se incluyeron 5 estudios (3.629 pacientes), 2.419 en la rama tratamiento y 1.210 en la rama placebo, con un rango de seguimiento de 4 a 52 semanas, para la evaluación de nuevos casos de DBT o su empeoramiento. El ácido bempedoico se asoció a una reducción significativa del 34% en el punto final (OR 0.66, IC 95% [0.48, 0.90], $p < 0.05$, $I^2 = 0\%$). No se encontraron sesgos de publicación en el gráfico de embudo ni por los test de Harbord y Peters' ($p = 0.51$ y $p = 0.58$ respectivamente), no se evidenció heterogeneidad entre los estudios ($I^2 = 0\%$, $p = 0.70$).

Conclusión: Estos datos sugieren que el uso de ácido bempedoico reduce significativamente la incidencia o el empeoramiento de la diabetes. Este hallazgo debe confirmarse con futuros estudios que incluyan un mayor número de pacientes y tengan un tiempo de seguimiento más largo.

0098 - ROL DEL HOSPITAL DE DÍA EN LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA COMO UNA ESTRATEGIA DE ABORDAJE INTEGRAL: ANÁLISIS DE UN ÚNICO CENTRO EN AMÉRICA LATINA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

AMERI, Aldana | RENEDO, María Florencia | ABSI, Daniel Oscar | GIORDANINO, Elián Facundo | RATTTO, Roxana Daniela | PROCOPIO, Fabricio Gastón | FAVALORO, Liliana Ethel

Hospital Universitario Fundación Favaloro

IMAGEN 1

Hospital de día de Paresmendi (HDP)		Resultados (n=79)		p
		HDCO	5 min	
CF NYHA 2-III (P)		8	1	0,02
TUMBA	BORG	4,54	728	0,44
	DR (metros)	348570	388254	0,2
	Emoción	1517	1452	0,58
Minnesota	Puntuo	20112	18984	0,28
	Total	31117	3558	0,20

Tabla 1 NYHA: New York Heart Association. TUMBA: Test de la marcha de 6 minutos. DR: distancia recorrida.

Hospital de día de Hernio (HCH)		Resultados (n=26 P)		p
		HDCO	5 min	
CF NYHA 2-III (P)		5	2	0,1
TUMBA	BORG	583	823	0,27
	DR (metros)	382254	434813	0,08
	Emoción	787	757	0,23
Minnesota	Puntuo	1129	1029	0,40
	Total	18213	17214	0,39

Tabla 2 NYHA: New York Heart Association. TUMBA: Test de la marcha de 6 minutos. DR: distancia recorrida.

Hospital de día de Paresmendi a Paresmendi (HDP)		Resultados (n=10 P)		p
		HDCO	5 min	
CF NYHA 2-III (P)		7	3	0,08
TUMBA	BORG	484	252	0,3
	DR (metros)	318213	387224	0,01
	Emoción	1457	877	0,3
Minnesota	Puntuo	2459	1198	0,5
	Total	34511	1889	0,2

Tabla 3 NYHA: New York Heart Association. TUMBA: Test de la marcha de 6 minutos. DR: distancia recorrida.

Hospital de día de Linsimendi a Paresmendi (HCH+HDP)		Resultados (n=8 P)		p
		HDCO	5 min	
CF NYHA 2-III (P)		4	1	0,02
TUMBA	BORG	222	354	0,34
	DR (metros)	618187	586989	0,4
	Emoción	407	354	0,27
Minnesota	Puntuo	706	8211	0,23
	Total	14712	11715	0,23

Tabla 4 NYHA: New York Heart Association. TUMBA: Test de la marcha de 6 minutos. DR: distancia recorrida.

Interacciones	1 año pre- HD	1 año post- HD	p
HDL	19 [-122]	7 [-121]	0,03
HDL	19 [-111]	10 [-101]	0,04
HDL	28 [-128]	12 [-121]	0,03
HDL+HDL	4 [-111]	4 [-112]	1

Introducción: La creación de las Unidades de Insuficiencia Cardíaca (UIC) y del Hospital de Día de IC (HD) constituyen un pilar fundamental para el abordaje integral de esta compleja patología.

IMAGEN 2

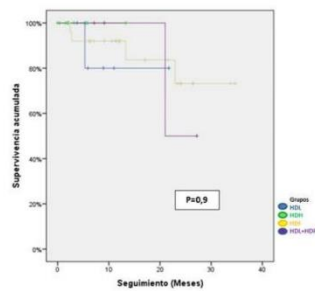


Imagen 2. Curva de supervivencia de cada Grupo y en forma comparativa.

Objetivos: -Describir las características clínicas y demográficas de una población que requirió el ingreso a un HD de IC para infusión de Hierro, Furosemida y/o Levosimendán. -Definir el impacto en la calidad de vida (CV) y la clase funcional de los pacientes que ingresaron a un HD de IC a los 6 meses de su ingreso. - Evaluar el número de internaciones por IC al año y la supervivencia en el seguimiento alejado.

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva aquellos pacientes que ingresaron a un HD en un único centro, durante un periodo de 3 años. Las variables analizadas en cada uno de los protocolos al inicio y a los 6 meses del ingreso fueron: clase funcional (NYHA), Test de la Marcha de los 6 Minutos (TM6M) y Test de Calidad de Vida mediante el Cuestionario de Minnesota (CVCM). El número de internaciones por IC y la supervivencia fueron evaluadas al año de seguimiento.

Resultados: Desde mayo de 2017 a mayo de 2020 ingresaron 47 paciente al HD de nuestro centro. El promedio de seguimiento fue de $11,8 \pm 9,2$ meses. Las variables analizadas relacionadas a clase funcional según NYHA, TM6M y CVCM basales y a los 6 meses de seguimiento para cada grupo de infusión se muestran en la imagen 1. Durante el primer año de seguimiento se observó en los cuatro grupos de infusión una reducción estadísticamente significativa en el número de internaciones por IC (imagen 1). La supervivencia al año en cada grupo fue HDL 6/7 P (85%), HDH 22/26 (85%), HDF 10/10 P (100%) y HDL+HDF 3/4 (75%). No se observó diferencia estadísticamente significativa entre los mismos ($p=0,9$). (Imagen 2).

Conclusión: La IC es una patología compleja que requiere formar equipos multidisciplinarios para su abordaje en forma integral. La evidencia nos confirma que intervenciones organizadas, sin requerir mayores implicancias económicas, pueden cambiar el pronóstico de esta población.

0099 - UTILIDAD DE LA DEFORMACIÓN MIOCÁRDICA DEL VENTRÍCULO DERECHO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

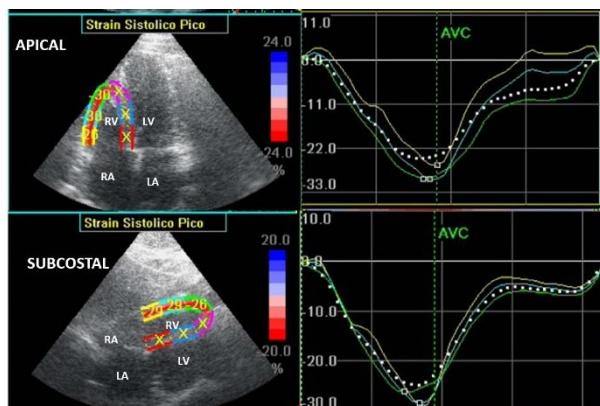
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

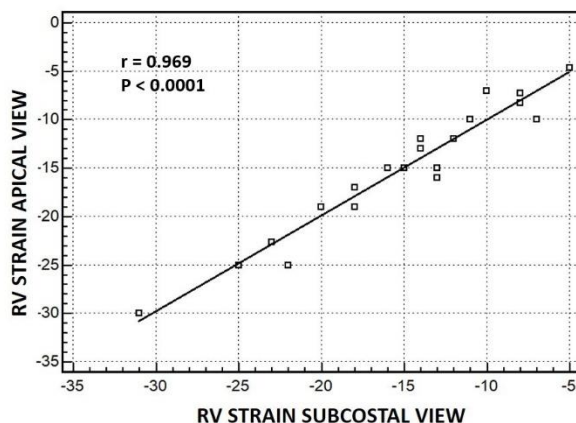
Unidad Temática 2: Hipertensión Pulmonar y Terapia

PRIETO, Omar (h) | CIANCIULLI, Tomás | STEWART HARRIS, Alejandro Guillermo | RODRÍGUEZ, Andrea Silvina | SACCHERI, María Cristina | LAX, Jorge | KAZELIAN, Lucía Raquel | GAGLIARDI, Juan Alberto

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich



Introducción: la función del ventrículo derecho (VD) es un potente predictor de mortalidad en la hipertensión pulmonar (HAP), pero las mediciones convencionales ecocardiográficas presentan una limitada utilidad. La evaluación de la deformación miocárdica del VD mediante la técnica de speckle-tracking bidimensional (2D) podría cuantificar y determinar el grado de compromiso miocárdico del VD en la HAP.



Objetivos: 1) analizar la deformación miocárdica del VD asociado a HAP determinada por ecocardiograma y cateterismo derecho (CTD) utilizando diferentes vistas ecocardiográficas y 2) determinar si existe similitud entre ellas.

Materiales y Métodos: se incluyeron en este estudio 22 pacientes portadores de HAP con diagnóstico realizado por ecocardiografía y CTD. El análisis de la deformación miocárdica se realizó mediante la técnica de speckle-tracking 2D y fue evaluado en vistas de cuatro cámaras apical y subxifoidea.

Resultados: se analizaron 22 pacientes con diagnóstico de HAP, edad promedio: $49,9 \pm 17,3$ años, el 81,8% ($n=18$) fueron mujeres, el 50% de la población se encontraba en clase funcional III y la presión sistólica en la arteria pulmonar media fue de $73,8 \pm 24,2$ mmHg. El análisis de la deformación longitudinal pico sistólico promedio en la pared libre del VD desde las vistas de 4 cámaras apical fue de -15% versus -14,5% en la vista subcostal ($r=0.969$, $p<0.0001$). El análisis realizado por segmentos, tampoco mostró diferencias estadísticamente significativas: basal cuatro cámaras -16,5% vs -15,5% en vistas subcostal ($p=0.99$), medio cuatro cámaras -16,5% vs 16,5% ($p=0.87$), apical cuatro cámaras -12% vs -13,5% en vista subxifoidea ($p=0.93$).

Conclusión: el análisis de la pared libre del VD mediante la técnica de speckle tracking 2D mostró disminución de deformación miocárdica significativa en pacientes con HAP. La vista subxifoidea para evaluar la deformación

miocárdica del VD mediante speckle-tracking 2D, no ha sido previamente descrita y permite estimar valores comparables a los obtenidos desde las vistas apicales y determina así un abordaje alternativo útil para cuantificar el grado de compromiso del VD en HAP.

0100 - IMPACTO DE LAS GUÍAS EUROPEAS 2019 SOBRE EL MANEJO LIPIDICO EN DIABETES.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

LOBO, Lorenzo(1) | MASSON JUÁREZ, Walter Mauricio(2) | HUERIN, Melina(3) | MOLINERO, Graciela Beatriz(3) | SINIAWSKI, Daniel(3) | BENINCASA, Fernando Diego(1) | LOSADA, Pablo Ricardo(1) | **SUÁREZ, Facundo** (1)

Hospital Militar Campo de Mayo (1); Hospital Italiano de Buenos Aires (2); Consejo de Epidemiología y Prevención Cardiovascular (3)

Introducción: La eficacia de las estatinas en la prevención de eventos cardiovasculares en pacientes con diabetes ha sido demostrada en varios estudios. Un meta-análisis que incluyó pacientes con diabetes demostró que un la reducción inducida por estatinas del colesterol unido a las lipoproteínas de baja densidad (C-LDL) en 1.0 mmol / L fue asociado con una reducción del 9% en la mortalidad por todas las causas y una reducción del 21% en la incidencia de eventos cardiovasculares. Las recientes guías sobre diabetes, prediabetes y enfermedades cardiovasculares desarrolladas para la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) en colaboración con la Asociación Europea para El Estudio de la Diabetes (EASD) cambió significativamente algunos conceptos sobre estratificación de riesgo, objetivos de lípidos, y recomendaciones para el uso de medicamentos hipolipemiantes.

Objetivos: 1-describir el tratamiento hipolipemiente prescrito en pacientes diabeticos,2-determinar el porcentaje que alcanzó los objetivos de lípidos recomendados por las recientes guías,3- analizar la proporción de pacientes que alcanzaron el lípido objetivos según estas guías, pero de acuerdo con un modelo de simulación de reducción de lípidos ajustando la dosis de estatinas a la máxima intensidad y agregando ezetimiba para aquellos que no lograron el objetivo lipídico.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico observacional de cohorte transversal sobre muestras consecutivas. Se registrarán el perfil de riesgo cardiovascular, medidas antropométricas y perfil lipídico. Se evaluaron las metas lipídicas e indicación de estatinas según las guías ESC/ EASD2019. Según estas recomendaciones, los pacientes con diabetes fueron clasificados en tres grupos: muy alto riesgo, alto riesgo, y moderado riesgo. Se realizó un modelo de simulación para estimar cuál es la disminución hipotética en C-LDL estaría en un entorno ideal utilizando una dosis intensiva de estatinas en pacientes que estaban recibiendo dosis más bajas. Asimismo, se estimó una disminución en el C-LDL del 19%, simulando el efecto teórico de la adición de ezetimibe en quienes no lo recibieron. Los datos continuos se compararon entre grupos, utilizando los test de hipótesis según la distribución de las variables. Las variables continuas fueron expresadas media±DS, y las variables categóricas como porcentajes. Se tomo como significancia estadística un valor de p a dos colas <0.05.

Metas Lipídicas	Moderado Riesgo, n=13, n(%)	Alto Riesgo, n=229, n(%)	Muy Alto Riesgo, n=286, n(%)
Dosis apropiadas de estatinas			
LDL < 55 mg/dl			100(35.5)
CnHDL <85 mg/dl			103(36)
LDL < 70 mg/dl		130(56.8)	
CnHDL <100 mg/dl		132(57.2)	
LDL < 100 mg/dl	13(100)		
CnHDL < 130 mg/dl	13(100)		
Sumando Ezetimibe			
LDL < 55 mg/dl			129(45.1)
CnHDL <85 mg/dl			148(51.8)
LDL < 70 mg/dl		156(68.1)	
CnHDL <100 mg/dl		168(73.2)	
LDL < 100 mg/dl	no aplica		
CnHDL < 130 mg/dl	no aplica		

Resultados: Se analizaron 528 pacientes(edad 62.1±12.7años, 64% hombres). El 62.5% de los pacientes recibieron estatinas, aunque solo el 17.1% fueron medicados con alta intensidad,esta proporción fue mayor en los sujetos de prevención secundaria en comparación con los diabéticos sin historia cardiovascular (23.4%vs.12.7%; p = 0.04).Solo el 13.3% logró la meta de C-LDL- y C-no HDL de acuerdo con las categorías de riesgo. Esta proporción fue mayor en hombres que en mujeres (16.0% vs. 8.4%; p = 0.01). No hubo diferencias significativas en las otras variables evaluadas. El uso de estatinasde alta potencia fue escaso en esta población. En el análisis de simulación el 45.8% logró el objetivo lípido de acuerdo con las categorías de riesgo,y 56.4% cuando simulamos un escenario con el agregado de ezetimibe.TAB1.

Conclusión: La dificultad de alcanzar las metas en pacientes con DBT II se incremento al usar las recomendaciones de las nuevas guías. Este hallazgo subraya la importancia de establecer una estrategia de manejo de lípidos más agresiva.

0101 - MORTALIDAD POR INFLUENZA EN PACIENTES TRATADOS CON ESTATINAS. META-ANÁLISIS 2020

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

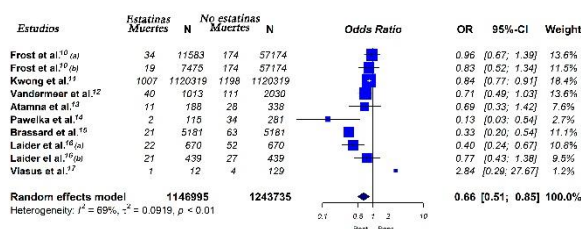
LOBO, Lorenzo(1) | MASSON JUÁREZ, Walter Mauricio(2) | MOLINERO, Graciela Beatriz(3) | LAVALLE COBO, Augusto Maria(3) | MASSON, Gerardo(3) | LOSADA, Pablo Ricardo(1) | SUÁREZ, Facundo(1) | **BENINCASA, Fernando Diego** (1)

Hospital Militar Campo de Mayo (1); Hospital Italiano de Buenos Aires (2); Consejo de Epidemiología y Prevención Cardiovascular (3)

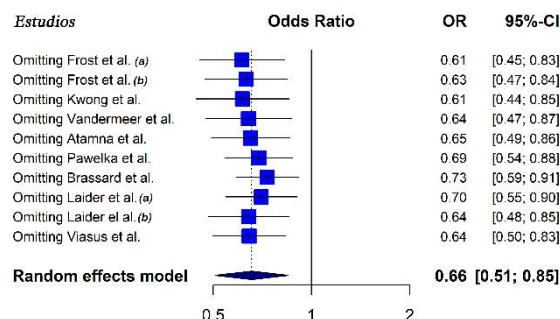
Introducción: La influenza ha sido una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, la cual aumento en la última pandemia. Desde 2009, un nuevo virus A / H1N1 circula entre los humanos aumentando los fallecimientos. Las estatinas son efectivas para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, y se han postulado como una herramienta adicional para el tratamiento de la influenza debido a sus propiedades antiinflamatorias mediadas por citoquinas. Mucho se ha discutido sobre los efectos pleiotrópicos de las estatinas en Interacción leucocito-endotelial, señalización intra e intercelular y gen inflamatorio transcripción. Asimismo, varios estudios observacionales evaluaron la asociación entre el uso de estatinas y morbilidad y mortalidad por gripe en humanos, aunque los resultados fueron contradictorios.

Objetivos: realizar una revisión sistemática y meta-análisis para: evaluar el efecto de terapia con estatinas sobre la mortalidad por influenza.

Materiales y Métodos: Se realizó un meta-análisis de estudios observacionales siguiendo las guías (MOOSE) diseñadas para tal fin. Se realizó una búsqueda bibliográfica que identificó estudios observacionales y ensayos clínicos de terapia con estatinas y mortalidad por influenza publicados entre enero de 1990 y abril de 2020, que reportaban mortalidad entre los 30 y 90 días de la infección, con grupo placebo o control. Dos revisores independientes realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas PubMed / MEDLINE, Embase y Cochrane. Se estimó el tamaño del efecto mediante el odds ratios (OR) y su IC95%, y se utilizó el I² para cuantificar la heterogeneidad e inconsistencia entre ensayos. Se uso un modelo de efectos aleatorios y se realizó análisis de sensibilidad para verificar la robustez de los resultados. La calidad de los estudios se determinó con la herramienta Cochrane para evaluación de sesgo de estudios de intervención no aleatorizados y la escala de Newcastle-Ottawa. Los sesgos se evaluaron mediante el gráfico de embudo y los test correspondientes. El nivel de significación se estableció en un alfa a 2 colas de 0.05.



Resultados: Fueron seleccionados 8 estudios y dos cohortes independientes que sumaron un total de 2.390.730 (1.146.995 en el grupo estatinas y 1.243.735 en el grupo control). La mayoría de los estudios fueron de moderada a alta calidad. La utilización de estatinas se asocio a una disminución significativa del 34% en la mortalidad (OR 0.66, IC95% 0.51-0.85, I²=69%), sin evidencia de sesgos. El analisis de sensibilidad no mostro variaciones en el efecto obtenido.



Conclusión: Nuestros datos sugieren que las estatinas reducen significativamente la mortalidad en los pacientes internados por infección secundaria a el virus influenza. Sin embargo, estos resultados y la posibilidad de ser extrapolados a otras infecciones virales agudas deben investigarse en futuros ensayos clínicos.

0102 - ¿LA ESTENOSIS AÓRTICA EN PACIENTES CON VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE CONSTITUYE UN ESCENARIO DIFERENTE QUE EN PACIENTES CON VÁLVULA TRIVALVA?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Valvulopatías

Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

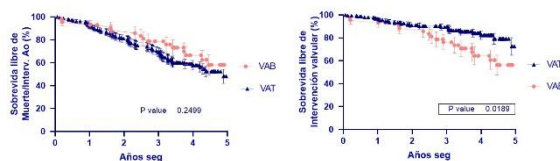
CARRERO, María Celeste | MASSON, Gerardo | CONSTANTIN, Ivan | STAMPONE, Gustavo | PESSIO, Carla Leticia | RUANO, Martin | LÓPEZ ROSETTI, Matías Martín | STUTZBACH, Pablo Guillermo

Sanatorio Las Lomas

Introducción: Si bien la evolución final que determina la calcificación valvular es similar entre pacientes con válvula aórtica bicúspide (VAB) y trivalva (VAT), resulta relevante analizar las características clínicas y anatómicas como la evolución de los pacientes según el tipo valvular, a fin de mejorar la decisión terapéutica.

Objetivos: Comparar las características clínicas y ecocardiográficas así como la evolución clínica de los pacientes con EAo según el tipo de válvula (VAB vs. VAT) e identificar factores predictores de eventos cardiovasculares mayores.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva (2015-2020) de todos los pacientes con EAo en ecocardiograma basal. - Punto final primario (PFP): Mortalidad total + Intervención valvular aórtica -Punto secundario: Muerte cardiovascular. Se analizaron las diferencias según tipo de válvula y análisis multivariado de variables asociadas con el PFP y curvas de supervivencia (Kaplan Meyer, log rank test).



Resultados: Se incluyeron 202 pacientes (72,3± 13,4 años, 63% hombres, 43 con VAB, 21%). Los pacientes con VAT eran más añosos (76±9 vs. 55±11, p<0,0001), presentaban mayor prevalencia de comorbilidades, como hipertensión arterial (83% vs 47%, p<0,0001), enfermedad vascular periférica obstructiva (19% vs 2%; p=0,01) y antecedente de enfermedad coronaria (29% vs. 7%, p=0,01) que el grupo VAB. El porcentaje de pacientes con EAo moderada – severa basal fue similar en ambos grupos (VAT 70,1% vs VAB 73,8%; p=0,64). La aorta ascendente fue más grande en pacientes con VAB (2,18 ± 0,3 cm/m vs 2,06 ± 0,2 cm/m, p=0,05). No se observaron diferencias en la geometría ventricular izquierda ni en patrones hemodinámicos de la EAo. No se observaron diferencias significativas en el PFP entre pacientes con VAB y VAT (34,8 vs 40,8%; p=0,47, FIG.1) con un seguimiento de 3,6 ± 1,6 años. En los pacientes con VAB la mayoría de los eventos fueron a expensas de intervención valvular (32,5 vs 6,9%; p=0,001, FIG. 2) y presentaron menor edad, mayor velocidad máxima transvalvular aórtica y mayor gradiente medio al

momento de desarrollar síntomas y requerir intervención valvular. La incidencia de muerte CV no presentó diferencias entre ambos grupos (4,8% vs 12%, $p=0,25$). En contraparte, la mortalidad no cardiovascular (principalmente oncológica) fue mayor en el grupo VAT (16,3% vs 0%, $p=0,001$), lo cual se traduce en una mayor mortalidad global. La edad, el deterioro de la función ventricular basal y la velocidad máxima aórtica ($V_{m\acute{a}x}$) se asociaron con mayor incidencia del PFP en el seguimiento ($p<0,0001$).

Conclusión: Los pacientes con EAo presentan alta tasa de eventos cardiovasculares mayores, independientemente del tipo de válvula. Los pacientes con VAB presentaron características clínicas y ecocardiográficas distintivas, con menor comorbilidad, enfermedad coronaria asociada, menor mortalidad global y una valvulopatía más avanzada al momento de requerir intervención valvular. La edad, el deterioro de la función ventricular izquierda y la $V_{m\acute{a}x}$ aórtica identificaron un grupo de mayor riesgo de muerte e intervención.

0105 - EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE HEMODINÁMIA DEL HOSPITAL PÚBLICO: ANGIOPLASTIA EN OCTOGENARIOS

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

AGUDELO, Jorge

Hospital Español

Introducción: Introducción: La cardiopatía isquémica en la población mundial es la principal causa de muerte y a mayor edad, mayor riesgo de presentar un evento cardiovascular, en particular síndromes coronarios agudos, y consecuentemente mayor necesidad de procedimientos de revascularización, con el consiguiente mayor riesgo, dado no solo por la edad sino también por las comorbilidades que presentan los pacientes añosos

Objetivos: El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia en revascularización arterial coronaria, mediante angioplastia transluminal percutánea (ATC), en pacientes octogenarios en el servicio de hemodinamia Angiosalud en el hospital carrillo.

Materiales y Métodos: Materiales y Métodos: Se realizó un registro retrospectivo consecutivo de pacientes sometidos a ATC realizadas entre junio de 2018 a febrero de 2019. En total se realizaron 306 angioplastias de las cuales 52 (16,9 %) fueron pacientes octogenarios, en los que se evaluó sus características basales, clínicas, con énfasis en los resultados. Se definió punto final primario la ocurrencia de Infarto (IAM) y/o accidente cerebrovascular (ACV) y/o muerte a 30 días pos procedimiento. Se presentan las variables cuantitativas como media $\pm$ desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartilo 25-75 (RIC) y las variables categóricas como porcentajes.

Resultados: Resultados: La edad media fue de 83 ± 2.3 años, 63.46 % fueron hombres, 42.31 % fueron diabéticos, Infarto previo 41.18%, ACV previo 1.92 %, Insuficiencia cardíaca previa 28.85 %, ATC previa 36.54 %, insuficiencia renal crónica 1.92 %. Al ingreso 55,77 % presento infarto tipo T, 53,06 % mostraron un grado de riesgo GRACE moderado y 30.61 % riesgo alto. El 52 % estaba en Clase funcional I. Tabla 1. Características y resultados del procedimiento Variable N (%) ATC programada 36 (69.23) Vasos enfermos 1 30 (57.69) 2 17 (32.69) 3 5 (9.62) Vasos tratados 1 46 (88.46) 2 6 (11.54) Acceso radial 46 (88.46) ATC con Stent 51 (98.08) Stent farmacológico 10 (19.23) Punto final primaria a 30 días 9 (17.31) IAM a 30 días 9 (17.31) ACV a días 0 Muerte a 30 días 0

Conclusión: Conclusiones: En este grupo de paciente de alto riesgo, no solo por su edad, los resultados de la ATC fueron muy satisfactorios a pesar del 17.31 % de IAM peri procedimiento el cual no tuvo mortalidad.

0106 - SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ARTERIAS CORONARIAS NORMALES: CARACTERÍSTICAS DE UNA POBLACIÓN ASISTIDA EN UN HOSPITAL PÚBLICO A LO LARGO DE UNA DÉCADA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Introducción: Se han descrito diversos cuadros clínicos con signos y síntomas de isquemia miocárdica sin evidencia de obstrucción coronaria. De acuerdo con algunos reportes, la presencia de isquemia miocárdica con arterias coronarias no obstructivas puede observarse hasta en el 66 % de pacientes estudiados con angiografía coronaria por sospecha de cardiopatía isquémica, y entre el 5 al 25% de todos los infartos de miocardio. La prevalencia de infarto agudo de miocardio sin evidencia de obstrucción coronaria varía del 1 al 14%, con una media del 6%.

Objetivos: Describir las características clínicas y ecocardiográficas de una cohorte de pacientes de un hospital de alta complejidad con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA) y arterias coronarias angiográficamente normales, y evaluar la correlación con la función sistólica ventricular izquierda (FSVI).

TABLA 1. Variables Clínicas y Ecocardiográficas	DATOS (n= 17) [IC95%]
Edad en años (media±DS)	53.2 ± 10.8
Sexo Femenino %	58.8 [32.9-81.5] (10)
Tabaquismo %	58.8 [32.9-81.5] (10)
Ex tabaquismo %	11.7 [1.46-36.4] (2)
Dislipemia %	35.2 [14.2-61.6] (5)
Diabetes %	0
Hipertensión arterial %	41.1 [18.4-67] (6)
Presión arterial sistólica mmHg (media±DS)	132.3 ± 22.7
Presión arterial diastólica mmHg (media±DS)	81.6 ± 12.2
Frecuencia cardiaca latidos/min (media±DS)	73.2 ± 15.7
Hipertrofia ventricular izquierda	41.1% (6)
Función sistólica conservada	70.5% (13)
Fracción de eyección de VI % (media±DS)	56.3 ± 8.5
Índice de masa de VI gr/m ² (mediana - IIC)	95 (56-95)
Diámetro diastólico de VI mm (media±DS)	48.3 ± 7.2
Diámetro sistólico de VI mm (media±DS)	32.8 ± 7.5
ESPAT mm (media±DS)	20 ± 2.4
Segmentos comprometidos (media±DS)	2.9 ± 2.1
IMP (media±DS)	1.32 ± 0.29

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal. Se incluyeron todos los pacientes internados en la Unidad Coronaria entre 2009 y 2019 con diagnóstico de SCA (n=1.093) con y sin elevación del ST. En los pacientes con coronarias angiográficamente normales se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas y ecocardiográficas. Se calculó un índice de motilidad parietal (IMP) global según la fórmula aceptada por la Sociedad Americana de Ecocardiografía. Se consideró deterioro "agudo" de la FSVI un score de motilidad parietal ≥ 1.5 , y FSVI conservada -valorada por método de Simpson´s Biplano- si tenían una fracción de eyección $\geq 52\%$ en varones y $\geq 54\%$ en mujeres. Las variables cualitativas se analizaron como porcentajes (%) e intervalo de confianza (IC) y las variables cuantitativas como mediana e intervalo intercuartilo (IIC) y media y desvío estándar (DS). Para el análisis univariado entre FSVI y el resto de las variables ecocardiográficas (p significativa menor 0,05) se utilizó la correlación de Pearson con los programas estadísticos Epi Info 7 y Statistix.

TABLA 2. Variable	Valor de p
segmentos comprometidos	0.03
diámetro sistólico de VI	0.004
diámetro diastólico de VI	0.004
IMP	0.007
Expansión sistólica plano tricuspideo (ESPAT)	0.049
índice de masa ventricular (IMVI)	0.03

Resultados: En los 1093 pacientes con diagnóstico de SCA, la prevalencia de arterias coronarias angiográficamente normales fue de 1.6% (n= 17) (IC 95%: 0.94-2.53), de los cuales el 47 % (n=8) tuvo diagnóstico de SCA con elevación del ST. Las variables clínicas y ecocardiográficas se describen en la Tabla 1. El número de pacientes con deterioro agudo de la FSVI a través del IMP fue de 6 (35.3 %, IC95%: 14.2-62.7). Del total de segmentos comprometidos 50 % correspondió a trastorno de motilidad en territorio teórico de arteria descendente anterior y 50% a territorio de arteria coronaria derecha, con hipocinesia en 11 segmentos (4 %), acinesia en 27 (11%) y discinesia en 5 (1%). Se observó correlación estadísticamente significativa entre variables ecocardiográficas y FSVI preservada en el análisis univariado (Tabla 2).

Conclusión: La prevalencia de SCA con arterias coronarias angiográficamente normales fue más cercana a los valores mínimos reportados en la bibliografía, con mayor proporción de mujeres y de menores de 60 años. Los segmentos comprometidos, el IMP, los diámetros ventriculares, la ESPAT y el IMVI mostraron asociación estadísticamente significativa con la FSVI preservada. Se observó correlación estadísticamente significativa ($p=0.01$) entre un IMP ≥ 1.5 y deterioro agudo de la FSVI.

0110 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E IMPLICANCIA EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON VALORES ELEVADOS DE TROPONINA CARDÍACA ULTRASENSIBLE SIN LESIONES ANGIOGRÁFICAMENTE SIGNIFICATIVAS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Intervencionismo

Unidad Temática 2: Cardiología Intervencionista

LIBERMAN, Federico | ZADERENKO, Nicolas

Sanatorio Allende

Introducción: Se han descripto enfermedades cardíacas y no cardíacas que pueden provocar incrementos en los valores de cTn en forma aguda. Son varios los estudios que ya han demostrado una fuerte asociación, incluso de pequeños aumentos de cTn con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares. Las características clínicas de los pacientes con elevación de cTn sin lesiones angiográficamente significativas (SLOAS) difiere de los que presentan lesiones responsables de la elevación de este biomarcador.

Objetivos: Determinar las características clínicas como factores predictivos de pacientes que presentan incremento del valor de TnTus en laboratorio sin lesiones angiográficamente significativas en nuestra institución. Estimar el pronóstico de los pacientes que se presentan con elevación de TnTus sin lesiones angiográficamente significativas. Comparar el pronóstico a 12 meses de los pacientes con MINOCA en relación al grupo de pacientes que presentaron otra causa de elevación de TnTus.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes de 18 años o más que presentaron elevación de TnTus en laboratorio y a los que se le realizó estudio de cinecoronariografía sin hallazgo de lesiones angiográficamente significativas en nuestra institución entre enero el año 2014 y diciembre 2018 inclusive.

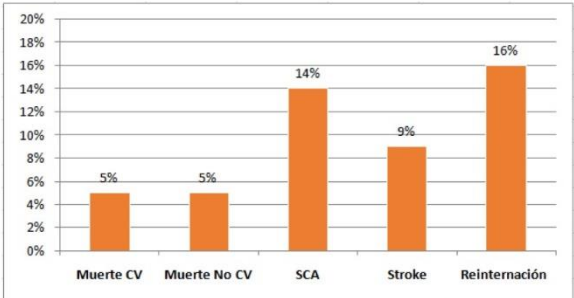
Tabla II. Variables de laboratorio al ingreso

Parametro	Valor
Hemoglobina	13,46 $\pm$ 2,43
Hematocrito	40,91 $\pm$ 7,43
Sodio	138,8 $\pm$ 16,57
Potasio	4,11 $\pm$ 0,69
Cloro	100,12 $\pm$ 12,15
Creatinina	1,19 $\pm$ 0,93
Clearance de Cr	80,69 $\pm$ 39,18
Troponinas	
Valor al Ingreso	146 $\pm$ 213
Valor al Alta	121,26 $\pm$ 181
Valor Máximo	244 $\pm$ 402

Clearance de Cr: Clearance de Creatinina por fórmula de Cockcroft-Gault.

Resultados: Se utilizó una base de datos inicial de 2140 estudios de CCG realizados dentro de los 5 años considerados. Tras aplicar nuestros criterios de exclusión se incluyeron 77 pacientes. Se obtuvo: 28% de mujeres, con una edad media de 60,58 años. El 58% fueron pacientes hipertensos. La fracción de eyección media fue de 45,57% y la media de valor máximo de cTn durante la internación de 244 ng/L. El subgrupo de pacientes con diagnóstico de MINOCA se observó mayor incidencia de SCA a 12 meses. Fue posible estimar la relación entre el valor de cTn al alta con la probabilidad de muerte de causa cardiovascular a 12 meses (OR 1,013 - IC 1,001-1,025 - $P<0.05$).

Figura 1. Eventos totales a 12 meses posteriores al alta sanatorial.



Muerte CV: Muerte de causa cardiovascular. Muerte No CV: Muerte de causa No Cardiovascular. SCA: Síndrome Coronario Agudo.

Conclusión: A partir de la cuarta definición universal de IM se distingue el subgrupo de pacientes que presenta injuria miocárdica. Este grupo de pacientes presenta mayor riesgo cardiovascular a 12 meses. El subgrupo MINOCA presentó mayor incidencia de eventos coronarios a un año en relación al resto.

0111 - IMPACTO DE LA MODALIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LA REINTERNACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

GALERA, Karen Evangelina | FERNANDEZ, Adrian Carlos | MENZIO, Alejandro

Hospital Nacional Profesor A. Posadas

Hombres	72	73%
Mujeres	26	27%
Edad promedio	61,1 años	
Fracción de eyección promedio	34,4%	
No filiada	42	42,9%
Isquémico necrótica	19	19,4%
Valvulares	15	15,3%
Idiopática	5	5,1%
Tóxica	5	5,1%
Hipertensiva	5	5,1%
Chagásica	4	4,1%
Cardiopatía congénita	1	1,1%
Enfermedad de Duchenne	1	1,1%
Taquicardias	1	1,1%

Introducción: El incumplimiento de las medidas higiénico dietéticas y la falta de adherencia al tratamiento médico son las principales causas de descompensación en pacientes con insuficiencia cardíaca; asimismo, la falta de acceso a un control médico adecuado forma parte de esta problemática. A los efectos de evitar estas situaciones que propician una evolución desfavorable, el servicio de cardiología del hospital, resolvió poner en marcha un consultorio dedicado y especializado en el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca, con una modalidad de atención inmediata (CAI insuficiencia cardíaca).

Objetivos: Evaluar el impacto de un sistema de atención inmediata para pacientes con insuficiencia cardíaca en la reinternación por insuficiencia cardíaca descompensada.

Materiales y Métodos: La modalidad de atención inmediata consiste en una primera consulta con la redacción de la historia clínica digital, se entrega al paciente un plan alimentario detallado de los alimentos que no debe consumir y un asesoramiento para la elección de alimentos bajos en sodio y se indica un plan de restricción hídrica. Se solicitan los estudios que pudieran ser necesarios para la evaluación pronóstica y/o diagnóstica, que son realizados en el transcurso de los primeros siete días, y se verifica que el paciente tenga acceso a la medicación necesaria. Para analizar los resultados de esta modalidad de atención médica, desde Septiembre de 2018 hasta Agosto de 2019, realizamos un relevamiento de las internaciones de 98 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección disminuida, de los cuales el 59,6% fueron internados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca descompensada y el 40,4% por otra causa. Los pacientes externados fueron citados y seguidos por el CAI IC al alta, o continuaron con su asistencia si ya eran asistidos en esa unidad.



Resultados: La edad promedio de la población fue de 62 + 16 años, 73,5% fueron hombres, el 42% de los pacientes no tenía diagnóstico etiológico, la enfermedad coronaria fue la causa más frecuente entre los que tenían diagnóstico etiológico (19,4%), la fracción de eyección fue de 34,4% + 11. Entre las comorbilidades 35% eran diabéticos, 63% hipertensos, 36% tenían insuficiencia renal crónica, 13% dislipidemia, 25% fibrilación auricular, 26% eran tabaquistas, 11% hipotiroideos, 11% obesos, 13% EPOC, 10 % habían tenido accidente cerebrovascular isquémico y 5% enfermedad arterial periférica. Del total de pacientes relevados luego de un año de seguimiento mediante esta modalidad de manejo se registraron 15 reinternaciones por insuficiencia cardíaca descompensada (15,3%). Once de las 15 reinternaciones fueron de pacientes en seguimiento activo por el CAI IC (73,3%) y 4 de pacientes que abandonaron el seguimiento (26,6%). El 35% de las reinternaciones ocurrieron dentro de los 180 días de seguimiento, el 5% se reinternó en los primeros 30 días y 25% a los 90 días post alta. La adherencia a esta modalidad fue alta. El 96% de los pacientes realizaron al menos 1 consulta mensual. El 79% de los pacientes presentaron 1 sola reinternación, el 14% 2 internaciones y solo el 7% fue internado 3 veces. Del total de las reinternaciones, el 73% eran pacientes en seguimiento por el CAI IC y 27% pacientes que no continuaron en seguimiento. Los pacientes reinternados sin seguimiento por parte del CAI IC no tenían constancia, en su historia clínica digital, de haber asistido al hospital por otras consultas.

Conclusión: El modo de atención inmediata de los pacientes con insuficiencia cardíaca disminuye las reinternaciones por insuficiencia cardíaca descompensada a 30 días. En períodos de tiempo más prolongados, los índices de reinternación son similares a las publicaciones internacionales.

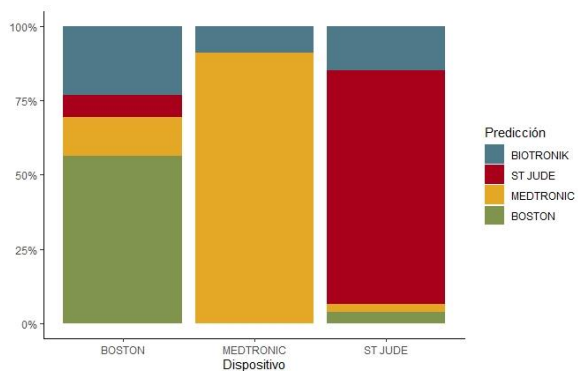
0112 - VALIDACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE UNA APLICACIÓN DE TELÉFONO MÓVIL PARA EL RECONOCIMIENTO DE DISPOSITIVOS IMPLANTABLES MEDIANTE EL USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

BUHEZO, Hugo | COSTA, Diego | **CORSICO ZARATE, Luciana Ayelen** | PEREA, Candelaria | CATTANEO, Juan Pablo | MUZZIO, Maximiliano | SAGLIETTI, Luciano | CORONEL, Roberto

Sanatorio Sagrado Corazón



Introducción: La correcta identificación de un dispositivo implantable (DI) es pilar fundamental en distintas prácticas médicas. Varios algoritmos desarrollados para el reconocimiento de la marca del DI tienen alta eficacia con gran dispersión de acuerdo a la interpretación de resultados. En 2019 se publicó un método con una forma de aprendizaje de máquinas (redes neuronales convolucionales profundas) y posteriormente se lanzó una aplicación móvil (Pacemaker ID) validada internamente por los autores con una precisión cercana al 95%.

Objetivos: Validar externa y clínicamente una aplicación móvil que utiliza inteligencia artificial en el reconocimiento de la marca del DI en un centro de alto volumen de pacientes.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico y retrospectivo donde se incluyeron consecutivamente todos los pacientes desde enero de 2015 a diciembre de 2019, en los que se hayan implantado o recambiado un DI (marcapasos, cardioresfibriladores). Mediante la aplicación "Pacemaker ID" se realizó una fotografía de la primera radiografía de tórax digital post procedimiento en lecho y se registró únicamente el primer resultado arrojado por la aplicación. Para evaluar la concordancia con los creadores del método se utilizó el cálculo Kappa de Fleiss.

Resultados: Se incluyeron 236 pacientes, de los cuales 179 eran marcapasos (69% bicamerales y 31% unicamerales) y 57 eran cardioresfibriladores implantables (69% bicamerales y 31% unicamerales). La precisión del método para identificar correctamente la marca del dispositivo fue de 75% (178 pacientes de 236), siendo más preciso en identificar dispositivos de Abbott/St Jude con 90.9% (146/186) seguido de Medtronic con 78.4% (10/11) y Boston Scientific con 56.4% (22/39). No contamos con ningún dispositivo de la línea Biotronik. No hubo diferencias significativas entre el análisis de dispositivos uni o bicamerales ni tampoco entre marcapasos o cardioresfibriladores. Para evaluar la concordancia entre lo observado y lo predicho se calculó un Kappa de Fleiss de 0.47 ($p < 0.01$) lo cual demuestra una buena concordancia estadística no debida al azar.

Conclusión: Aunque la precisión de este método para identificar dispositivos en la práctica real fue buena, pudiendo identificar 3 de 4 dispositivos, fue menor que a la reportada por los investigadores originales. Esto que pudo deberse a la metodología en la publicación original, tipo de paciente, calidad de fotografía y otras variables que habitualmente puedan incidir en la validación externa de un modelo predictivo.

0114 - UTILIZACIÓN DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA VENOARTERIAL EN EL SHOCK CARDIOGÉNICO Y PARO CARDIORRESPIRATORIO REFRACTARIO: EXPERIENCIA INICIAL DE 6 AÑOS EN UN CENTRO DE CARDIOLOGÍA DE ADULTOS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

SEOANE, Leonardo Adrián | BURGOS, Lucrecia | FURMENTO, Juan | VRANCIC, Juan Mariano | BENZADÓN, Mariano | COSTABEL, Juan | NAVIA, Daniel | DIEZ, Mirta

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial (ECMO VA) es una intervención de rescate en pacientes con shock cardiogénico (SC), y paro cardiorrespiratorio (PCR) refractario a las terapias convencionales.

Si bien a nivel internacional hay datos concretos aportados por el registro de la "Extracorporeal Life Support Organization", en la Argentina actualmente no hay registros ni cohortes.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia inicial de 6 años de pacientes asistidos con ECMO VA por SC o PCR, describiendo las características de los mismos, complicaciones de la asistencia y eventos clínicos asociados.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes adultos consecutivos que fueron asistidos con ECMO VA por SC o PCR refractario entre enero de 2014 y noviembre de 2019 en el ICBA, Instituto Cardiovascular. Se describieron las características poblacionales y de la asistencia ventricular, la sobrevida en ECMO y al alta, las complicaciones de la asistencia y eventos clínicos de relevancia.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes ($55 \pm 12,7$ años), siendo la mayoría de sexo masculino (64%). Como principales diagnósticos el 33% presentó miocardiopatía isquémica necrótica, el 20% enfermedad valvular significativa y el 11% miocarditis. Las principales indicaciones para ECMO VA fueron: postcardiotomía (41%), SC refractario (30%), y falla primaria del injerto (25%). La reanimación cardiopulmonar previa al ECMO VA se realizó en el 18% de los casos. La canulación fue periférica en el 88,6% de los casos, siendo en la mayoría fémoro-femoral. El 86% se asistió en Intermacs 1, el 9% en 2 y el 5% en Intermacs 3. El 86% presentaba balón de contrapulsación intraaórtico previo a la colocación del ECMO. La mediana de asistencia fue de 5 días (RI 2-8), siendo el de mayor duración de 26 días. La mediana de tiempo a la muerte del paciente en ECMO fue de 7 días (RI 2-22). La tasa de supervivencia en ECMO VA fue del 57% (36% puente a trasplante cardíaco, y 21% recuperación), y al alta del 41%. Las complicaciones más frecuentes fueron: Infecciosas (52%), tromboembólicas (45%), sangrados (41%), e insuficiencia renal aguda con requerimiento de diálisis (29%) y accidente cerebrovascular (18%). Del total de infecciones, el 39% fue de foco endovascular, y 34% de foco respiratorio, siendo el germen de mayor frecuencia la *Pseudomonas Aeruginosa*. En esta serie no se observaron infecciones micóticas. Respecto a las complicaciones tromboembólicas, 50% fueron asociadas al sitio de canulación femoral, manifestándose como isquemia arterial de miembro inferior y resolviendo con tromboendarterectomía o con tratamiento médico. Un paciente (2%) requirió amputación del miembro inferior. En relación al sangrado, la mayor parte fue de etiología médica, siendo de resolución quirúrgica solo el 12%. La mayoría de los sangrados fueron del sitio de implante (54%). Respecto al ACV, el 75% fue de causa isquémica, y el 25% hemorrágico. Un paciente presentó convulsiones, y un paciente (2%) evolucionó con muerte encefálica.

Conclusión: El ECMO VA como tratamiento del SC o PCR refractario en nuestro centro presentó una sobrevida aceptable al alta hospitalaria. Si bien las complicaciones infecciosas, trombóticas y hemorrágicas son frecuentes, el ECMO VA es un tratamiento efectivo cuando las terapias convencionales fallan, siendo aparentemente útil y aplicable en un país donde existe acceso limitado a los dispositivos de asistencia ventricular compleja.

0115 - REGRESIÓN DE LA ATROSCLEROSIS CORONARIA POR ESTATINAS. META-ANÁLISIS 2020

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

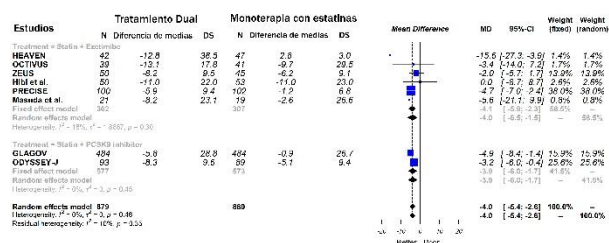
LOBO, Lorenzo(1) | MASSON JUÁREZ, Walter Mauricio(2) | SINIAWSKI, Daniel(3) | MOLINERO, Graciela Beatriz(3) | MASSON, Gerardo(3) | HUERIN, Melina(3) | NOGUEIRA, Juan Patricio(3) | **LOSADA, Pablo Ricardo** (1)

Hospital Militar Campo de Mayo (1); Hospital Italiano de Buenos Aires (2); Consejo de Epidemiología y Prevención Cardiovascular (3)

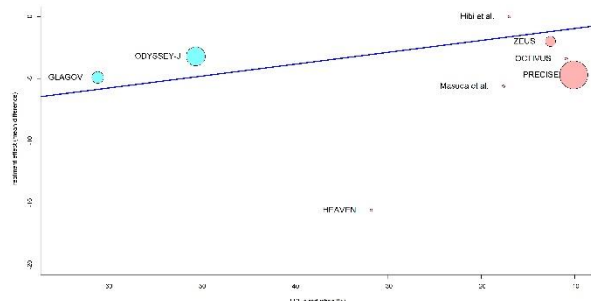
Introducción: La regresión de la placa coronaria se ha correlacionado con la reducción del colesterol LDL (C-LDL) y el colesterol no HDL (C-noHDL). El ultrasonido intravascular coronario (IVUS) se ha utilizado en la mayoría de los estudios que evalúan el impacto de las intervenciones farmacológicas en la progresión/regresión de la aterosclerosis, asociándose la regresión con la disminución de eventos. Varios estudios han demostrado que la terapia con estatinas promueve la estabilización y regresión del ateroma coronario en pacientes con enfermedad coronaria (aguda o crónica). A pesar de las reducciones del C-LDL con estatinas, muchas personas continúan teniendo riesgo residual. Se han publicado estudios pequeños sobre el impacto de las drogas no estatinas en la regresión coronaria y recientemente un meta-análisis, el cual no utilizó la metarregresión para evaluar la asociación con la modificación en los marcadores lipídicos.

Objetivos: realizar una revisión sistemática y meta-análisis para: 1- definir si una terapia de reducción de lípidos dual se asocia con una mayor regresión de aterosclerosis coronaria estimada por IVUS en comparación con la monoterapia estatínica, 2-evaluar la asociación entre la reducción de lípidos y la regresión de placa con ambas estrategias.

Materiales y Métodos: se realizó un meta-análisis de acuerdo a las guías PRISMA, llevando a cabo una búsqueda sistemática de ECR de tratamiento lipídico dual (según las recomendaciones actuales) vs monoterapia estatínica, publicados entre Enero de 1990 y Enero de 2020, que informaban cambios en el volumen de la placa de ateroma por IVUS (TAV) y marcadores lipídicos (C-LDL, CNHDL), con un seguimiento mínimo ≥ 6 meses. Dos revisores independientes buscaron en las bases: PubMed / MEDLINE, Embase y Cochrane Controlled Trials. Se utilizó la herramienta propuesta por Cochrane para evaluar la calidad de los diseños de los ECR. Se realizó un meta-análisis de diferencias de medias, utilizando un modelo de efectos aleatorios para la estimación de la respuesta. Se utilizó el I² para cuantificar la heterogeneidad e inconsistencia entre los ensayos. Se realizó una metarregresión para evaluar la asociación del efecto con los cambios en el C-LDL y C-noHDL. La identificación de sesgos de publicación se realizó a través del gráfico de embudo, y los test de hipótesis sugeridos por Cochrane. Se realizó un análisis de sensibilidad para evaluar la robustez de los hallazgos. El nivel de significación estadística se estableció para un alfa a dos colas de 5 %.



Resultados: Se incluyeron 8 estudios, con un total de 1759 pacientes (879 en la rama dual, 880 con monoterapia), con una media de seguimiento de 6 a 19 meses. La terapia dual se asocio a una resucción significativa en el TAV (-4mm³, IC95% [-5.4,-2.6], I²=0%), manteniendose este hallazgo al estratificar por tipo de tratamiento (ezetimibe o iPCSK9). La metarregresión mostro que por cada disminución del 10% de C-LDL o C-noHDL, se produce una disminución significativa del TAV de 1 y 1.1 mm³ respectivamente.



Conclusión: Los datos sugieren que la adición de ezetimibe o iPCSK9 a la terapia con estatinas produce un regresión significativa del volumen de placa. La misma se asocia con el grado de reducción de C-LDL y C-noHDL. Por lo tanto, parece razonable alcanzar las metas lipídicas según el riesgo cardiovascular independientemente de la estrategia utilizada (monoterapia con estatinas o tratamiento dual).

0116 - IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 Y EVENTOS POSTOPERATORIOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

SEOANE, Leonardo Adrián | ESPINOZA, Juan Carlos | BURGOS, Lucrecia | FURMENTO, Juan | VRANCIC, Juan Mariano | COSTABEL, Juan | BENZADON, Mariano | NAVIA, Daniel

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha causado un impacto global significativo en el sistema de salud. En el área cardiovascular se han reducido significativamente las consultas al servicio de emergencias, y las cirugías cardíacas electivas.

Objetivos: Determinar el impacto de la infección por COVID-19 y eventos postoperatorios en pacientes sometidos a cirugía cardíaca en un centro cardiovascular de adultos de alta complejidad.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, comparativo. Se analizó en forma retrospectiva la base de datos informatizada del servicio de cirugía cardíaca. Como el aislamiento social preventivo obligatorio en Argentina se inició el 20 de marzo de 2020, se compararon 2 períodos equivalentes de tiempo: uno entre el 20 de marzo y el 20 de mayo de 2019 (pre COV) y el otro entre el 20 de marzo y el 20 de mayo de 2020 (post COV). Se incluyeron aquellos pacientes a los que se les realizó cirugía cardiovascular de manera consecutiva en ambos períodos. Se describieron y compararon las características poblacionales, quirúrgicas y la morbimortalidad en ambos períodos de tiempo.

Resultados: Se evaluaron 216 pacientes: 140 pre COV, y 76 post COV. Ningún paciente con infección con COVID-19 se realizó cirugía cardíaca. La mayoría eran de sexo masculino (77.3%). La mediana de edad fue de 64.0 años (RI 53-72). Respecto a los factores de riesgo cardiovascular, 60.1% presentaba hipertensión arterial, 16.2% diabetes y 33.3% tabaquismo. En relación a otras comorbilidades 17.6% tenía antecedente de enfermedad coronaria, 3.7% fibrilación auricular, y 6.5% enfermedad renal crónica. Las características basales en ambos períodos fueron similares, a excepción del mayor porcentaje de hipertensión arterial en el período pre COV (66,4% vs 48,7%, p: 0.016). Se observó una reducción del número de cirugías cardíacas del 45.7% post COV. No se evidenciaron diferencias en el tipo de cirugía entre ambos períodos. El procedimiento más frecuente fue la cirugía de revascularización miocárdica (34.7%), seguido de cirugía valvular (33.7%). La mediana de tiempo de la bomba de circulación extracorpórea fue de 103 minutos (RI 80 – 135). En el período post COV se realizó mayor número de cirugías de emergencia (82.9% vs. 22.1% pre COV, p: 0.007). La mortalidad intrahospitalaria fue de 2.3%, y no hubo diferencia significativa entre ambos períodos (1.4% pre COV vs 3.9% post COV, p: 0.483). La principal complicación fue la fibrilación auricular (9.7%). No hubo casos de reoperación, o accidente cerebrovascular en ninguno de los dos grupos. Se observó una mayor tasa de requerimiento de diálisis en el período pre COV (7,1% vs. 0%, p: 0.041). Ningún paciente durante el estudio presentó infección por COVID-19.

Conclusión: Durante la pandemia por COVID-19 el número de cirugías cardíacas se redujo significativamente. Aunque el número de cirugías de emergencia fue mayor en el período post COV, no se observaron diferencias en la morbimortalidad intrahospitalaria. Por lo tanto, en nuestra experiencia, realizar cirugías cardíacas no postergables durante la pandemia resultó seguro con resultados aceptables, comparados con el año previo.

0117 - PREVENCIÓN DEL ACV CON COLCHICINA, Y SU IMPLICANCIA EN LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR META-ANÁLISIS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

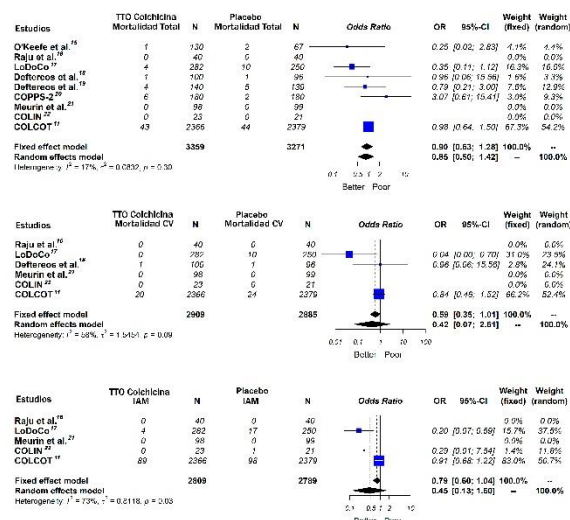
LOBO, Lorenzo(1) | MASSON JUÁREZ, Walter Mauricio(2) | MOLINERO, Graciela Beatriz(3) | GERARDO, Masson(3) | LAVALLE COBO, Augusto Maria(3) | LOSADA, Pablo Ricardo(1) | BENINCASA, Fernando Diego(1) | **SUÁREZ,** Facundo (1)

Hospital Militar Campo de Mayo (1); Hospital Italiano de Buenos Aires (2); Consejo de Epidemiología y Prevención Cardiovascular (3)

Introducción: El accidente cerebrovascular es la segunda causa de muerte global y la causa más común de enfermedad neurológica con discapacidad en adultos mayores, contribuyendo sustancialmente al desarrollo de la demencia. A pesar de la eficacia comprobada de antitrombóticos, hipolipemiantes, antihipertensivos y cambios del estilo de vida para la prevención del accidente cerebrovascular isquémico, el riesgo de este y otros eventos cardiovasculares continua siendo alto. La evidencia acumulada sugiere que la inflamación es clave en la fisiopatología de la aterosclerosis, por lo que las terapias anti-inflamatorias específicas pueden ayudar a lograr la estabilidad de la placa y los eventos tromboembólicos. Debido a esto recientemente ha generado interés el papel de la colchicina en la enfermedad vascular.

Objetivos: realizar una revisión sistemática y meta-análisis para: 1- evaluar el efecto de la terapia con colchicina en la incidencia del ACV, 2-determinar el impacto de la colchicina en el infarto de miocardio(IAM), mortalidad cardiovascular(MCV) y mortalidad por cualquier causa(MT).

Materiales y Métodos: se realizó un meta-análisis de acuerdo a las guías PRISMA, llevando a cabo una búsqueda sistemática de ECR de tratamiento con colchicina vs placebo, publicados entre Enero de 1990 y Octubre de 2019, que informaban incidencia de ACV, y la ocurrencia de IAM, mortalidad cardiovascular y mortalidad total, con un seguimiento mínimo ≥ 1 mes. Dos revisores independientes buscaron en las bases: PubMed / MEDLINE, Embase y Cochrane Controlled Trials. Se utilizó la herramienta propuesta por Cochrane para evaluar la calidad de los diseños de los ECR. Se realizó un meta-análisis de datos cualitativos, estimándose la medida del efecto como OR(IC95%), utilizando un modelo de efectos aleatorios. Se utilizó el I² para cuantificar la heterogeneidad e inconsistencia entre los ensayos. La identificación de sesgos de publicación se realizó a través del gráfico de embudo, y los test de hipótesis sugeridos por Cochrane. Se realizó un análisis de sensibilidad para evaluar la robustez de los hallazgos. El nivel de significación estadística se estableció para un alfa a dos colas de 5 %.



Resultados: Se incluyeron 6 estudios para el punto final primario (y 5,6 y 9 para IAM, MCV y MT respectivamente), con un rango de seguimiento de 1 a 24 meses (La cantidad de pacientes por rama puede verse en la Figura 1.). El tratamiento con colchicina produjo una reducción significativa de la incidencia de ACV del 67% (OR 0.33, IC95% [0.15,0.70], I²=0%), sin efecto significativo en los puntos finales secundarios (IAM OR 0.45, IC95% [0.13,1.60], I²=73%; MCV OR 0.42, IC95% [0.07,2.61], I²=58%; MT OR 0.85, IC95% [0.50, 1.42, I²=17%). El análisis de sensibilidad no mostró cambios significativos y no se observaron sesgos de publicación.

Conclusión: estos hallazgos sugieren que en una población con alto riesgo cardiovascular, el uso de colchicina posría disminuir la incidencia de accidente cerebrovascular isquémico. Siendo esta, un medicamento accesible. La tolerancia y los beneficios deben ser confirmado en ensayos clínicos en curso

0119 - ELEVACIÓN DE INTERLEUKINA-6 EN PACIENTES AMBULATORIOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE YECCIÓN REDUCIDA: FACTORES ASOCIADOS Y VALOR PRONÓSTICO.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Imágenes.20

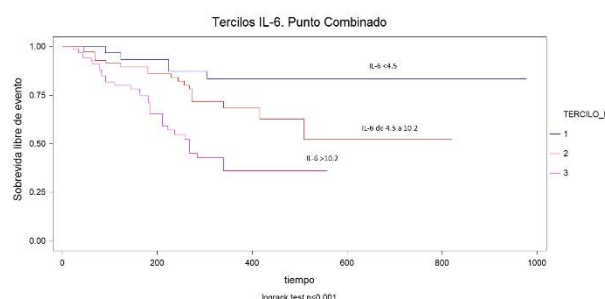
CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín | LEONARDI, Mariela Susana | TREJO, Graciela Susana | FOSSATI, María Pía | TELLECHEA, Francisco Enrique A. | RODRIGUEZ VAZQUEZ, Maria Luisa | DIZEO, Claudio

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

Introducción: La activación neurohormonal es el principal mecanismo fisiopatológico en la insuficiencia cardíaca crónica (ICCr) y el blanco de las principales terapias que han demostrado reducir mortalidad en la IC con fracción de eyección reducida (IC-FEr). Sin embargo, también se ha demostrado que existe una importante activación inflamatoria en este síndrome, que también contribuye a la progresión de la enfermedad. La Interleukina-6 (IL-6) es un importante marcador inflamatorio y su elevación se ha descrito como predictora de eventos.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es evaluar la presencia de elevación de IL-6 en una población de pacientes ambulatorios con IC-FEr, los factores asociados a esta elevación y el valor pronóstico de este biomarcador.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva pacientes ambulatorios con IC-FEr que se siguen en el programa de IC de un centro en Argentina. Se excluyeron los pacientes con IC post infarto de miocardio reciente (< 6 meses), con internación reciente (<3 meses) por cuadro que pueda aumentar los marcadores inflamatorios. Se realizó dosaje de los siguientes biomarcadores: IL-6 y péptido natriurético tipo B (BNP), además del laboratorio rutina luego de la primera consulta. Se dividieron los pacientes según los terciles de IL-6: tercilo bajo (IL-6 < 4.5 pg/ml), tercilo medio (IL-6 entre 4.6 y 10.2 pg/ml) y tercilo alto (IL-6 > 10.2 pg/ml). Se analizaron diferentes variables clínicas y de laboratorio asociadas a IL-6 elevada. Se consideró como punto primario el combinado de Mortalidad de cualquier causa + internación por IC descompensada en el seguimiento.



Resultados: Se incluyeron 220 pacientes con una edad de 74 ± 7 años, 27% mujeres y FE de $33 \pm 11\%$. El grupo de tercil alto presentó mayor creatinina (tercil bajo: 1.19 ± 0.5 mg/dl; tercil medio: 1.30 ± 0.5 mg/dl; tercil alto: 1.44 ± 0.6 mg/dl; $p=0.04$), mayor BNP (286 (172-686) pg/ml versus 479 (280-915) pg/ml versus 1070 (603-2013) pg/ml, respectivamente; $p<0.001$) y menor natremia (138 ± 3 mEq/L versus 137 ± 4 mEq/L versus 136 ± 5 mEq/L, respectivamente; $p=0.04$). No hubo diferencias en el resto de las variables. Con una mediana de seguimiento de 350 (242-402) días el punto combinado ocurrió en el 26.8% ($n=59$) con una mortalidad del 14.5% ($n=32$). En el tercil bajo, el punto combinado fue de 9.5% ($n=7$), tercil medio 25.3% ($n=19$) y el tercil alto 46.4% ($n=33$), $p<0.0001$. En el análisis multivariado fueron predictores independientes del punto combinado: la IL-6 con un HR de 1.67 (IC95% 1.32-2.93), $p=0.01$, ABC 0.77; el BNP con un HR 1.01 (IC95% 1.008-1.09), $p<0.001$, ABC 0.74 y la natremia con HR 0.87 (IC95% 0.69-0.92), $p<0.001$, ABC 0.67. No hubo diferencias entre las ABC de la IL-6 y el BNP, pero ambas fueron significativamente mayores que la natremia ($p=0.04$). La IL- La figura muestra la curva de Kaplan-meier según el tercilo de IL-6.

Conclusión: En nuestra población la elevación de IL-6 se asoció a mayor BNP y menor natremia. En el seguimiento la IL-6 se comportó como predictora independiente del punto combinado con una buena capacidad predictiva, ajustando con el BNP y la natremia.

0120 - ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE LEUCOPLAQUETARIO CON MARCADORES INFLAMATORIOS Y FACTORES DE COAGULACIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Imágenes.20

CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín | COHEN ARAZI, Hernán | TELLECHEA, Francisco Enrique A. | LEONARDI, Mariela Susana | TREJO, Graciela Susana | FOSATTI, Maria Pia | RODRIGUEZ VAZQUEZ, Maria Luisa | DIZEO, Claudio

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

Introducción: La activación con la posterior agregación plaquetaria junto con fenómenos inflamatorios son parte fundamental de la fisiopatología del síndrome coronario agudo (SCA). Se ha encontrado elevación de numerosos marcadores inflamatorios y factores de coagulación en estos pacientes. El índice leuco-plaquetario (ILP), que combina el recuento plaquetario y de glóbulos blancos, se ha descrito como un marcador pronóstico en los pacientes con SCA. La asociación entre el ILP y la elevación de biomarcadores inflamatorios específicos y factores de coagulación ha sido poco estudiada.

Objetivos: El objetivo principal de este trabajo fue evaluar la asociación entre el ILP y diferentes biomarcadores pro-inflamatorios, procoagulantes y pronósticos en pacientes mayores de 65 años con síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST).

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de SCASEST ingresados en unidad coronaria de un centro. Se calculó el ILP con el laboratorio del ingreso mediante la siguiente fórmula: $ILP = \text{recuento plaquetario} \times \text{Recuento de glóbulos blancos} / 108$. Se dividieron en dos grupos: grupo 1 con $ILP > 24$ y grupo 2 con $ILP \leq 24$. Durante las primeras 24 horas del ingreso se obtuvieron mediciones de los siguientes biomarcadores: interleukina-6 (IL-6), Proteína C reactiva estándar (PCR), Factor de Von Willebrand (VW), actividad del factor de coagulación IV (F7), fibrinógeno (FN) y Péptido Natriurético tipo B (BNP). Se analizó la asociación entre los diferentes marcadores con el $ILP > 24$ realizando análisis univariado y multivariado por regresión logística.

	ILP>24 (n=29)	ILP≤24 (n=85)	p
Edad	70 ± 0.6	74 ± 1	<0.011
IL-6	15.6 (7.2-31)	6.4 (4.2-12)	<0.001
PCR	12 (8.9-21)	5.4 (4.9-10.2)	<0.001
VW	158 (78-187)	149 (123-170)	0.3
F7	91 (78-100)	82 (77-95)	0.04
FN	320 (280-380)	304 (207-343)	0.2
BNP	224 (107-975)	141 (85-345)	<0.01
Troponina I US pico	26.8 (1.1-90)	0.6 (0.01-51)	<0.001

Resultados: Se incluyeron 114 pacientes con una edad de 73 ± 6 años, 38.6% mujeres (n=44). El 81.5% (N=93) presentaron infarto no ST y el resto Angina inestable. El score GRACE fue de 141 ± 29 y el ILP de 19.3 ± 10 . En la tabla se muestran los diferentes marcadores en los grupos con $ILP > 24$ e $ILP \leq 24$. En el análisis multivariado el $ILP > 24$ se asoció en forma independiente a la IL-6 (OR 1.10 (IC95% 1.02-1.21), $p=0.01$), BNP (OR 1.01 (IC95% 1.001-1.02), $p=0.04$) y la TnIus (OR 1.08 (IC95% 1.02-1.12)).

Conclusión: En nuestra población de pacientes mayores de 65 años con SCASEST, los pacientes con ILP elevado presentaron mayores niveles de IL-6, PCR, F7, BNP y TnIus, además de presentar menor edad que el grupo con $ILP \leq 24$. En el análisis multivariado, el mayor nivel de IL-6 y de BNP y de TnIus se asociaron en forma independiente a ILP elevado.

0121 - EVALUACION DE FACTORES DE RIESGO DE EVENTOS INTRAHOSPITALARIOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA CLASIFICADOS COMO BAJO RIESGO SEGÚN EL ADHERE RISK TREE.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Imágenes.20

CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín(1) | VECCHIO, Vanesa Giselle(1) | IGLESIAS, Julieta Soledad (1) | LEONARDI, Mariela Susana(2) | RODRIGUEZ VAZQUEZ, Maria Luisa(2) | ESCOBAR CALDERÓN, José Gustavo(1) | DIZEO, Claudio(2)

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

Introducción: El Ahrere risk tree (ADH) es un score de riesgo de mortalidad de muy fácil aplicación, sencillo y validado para predecir mortalidad intrahospitalaria en insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Sin embargo, la mayoría de los pacientes entran en la categoría de bajo. Estos pacientes presentan una tasa no despreciable de eventos intrahospitalarios, por lo que encontrar predictores que ayuden a evaluar el riesgo en estos pacientes sería de gran utilidad.

Objetivos: Evaluar parámetros clínicos o de laboratorio, fácilmente disponibles al ingreso como predictores de eventos intrahospitalarios graves en pacientes inicialmente clasificados como de bajo riesgo por el ADH

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó pacientes internados con diagnóstico de ICA en dos unidades coronarias. Se clasificaron según el ADH todos los pacientes y se incluyeron en este estudio los pacientes clasificados como bajo riesgo: Uremia < 92 mg/dL (equivalente a nitrógeno uréico en sangre < 43 mg/dL) y presión sistólica de ingreso > 115 mmHg. Se evaluaron diferentes parámetros clínicos, de laboratorio de ingreso y antecedentes. Se consideró el punto primario de eventos intrahospitalarios graves (mortalidad o necesidad de asistencia respiratoria mecánica) y como punto secundario la mortalidad intrahospitalaria.

	Ningún factor (n=317)	Na<134 (o) FC>110 (n=278)	Na<134 (Y) FC<110 (n=53)	p
Combinado -n(%)	6 (1.89)	13 (4.6)	7 (13.2)	<0.001
Mortalidad - n(%)	2 (0.6)	8 (2.8)	7 (13.2)	<0.001

Resultados: De 1080 pacientes analizados, se incluyeron 648 pacientes con AHD bajo riesgo. La edad fue de 67 ± 17 años, 38.6% mujeres. El 40% presentaba función ventricular reducida, el 26% intermedia y el 34% conservada. El punto primario se presentó en el 4% (n=26) con una mortalidad del 2.6% (n=17). En el análisis multivariado la natremia menor a 134 mEq/L (Na<134) y la frecuencia cardíaca mayor a 110 latidos por minuto (FC>110) fueron predictores independientes del punto combinado (OR 3.49 (IC95% 1.58-7.72), p<0.01; ABC 0.65) y OR 2.26 (IC95% 1.01-5.01), p=0.04, ABC 0.62; respectivamente) y de mortalidad (OR 5.11 (IC95% 1.58-13.8), p<0.01 y OR 4.8 (IC95% 1.66-13.9), p<0.01; respectivamente). En la tabla se muestra el gradiente de eventos según la presencia de ningún factor, al menos un factor (Na<134 ó FC>110) y ambos factores (Na<134 y FC>110). Esta reclasificación presentó un ABC 0.69 (IC95% 0.62-0.75) y un índice de reclasificación neta de 35.5%, p=0.04 para el punto combinado y de 68.8% para mortalidad (p<0.001)

Conclusión: En esta población de pacientes con ICA clasificados inicialmente como bajo riesgo por el ADH, la presencia de hiponatremia (Na<134) y taquicardia (FC>110) permitió reclasificar un subgrupo de pacientes con mayor riesgo de eventos intrahospitalarios graves y de mortalidad.

0122 - UTILIDAD DEL SCORE ATRIA PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SANGRADO MAYOR EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Imágenes.20

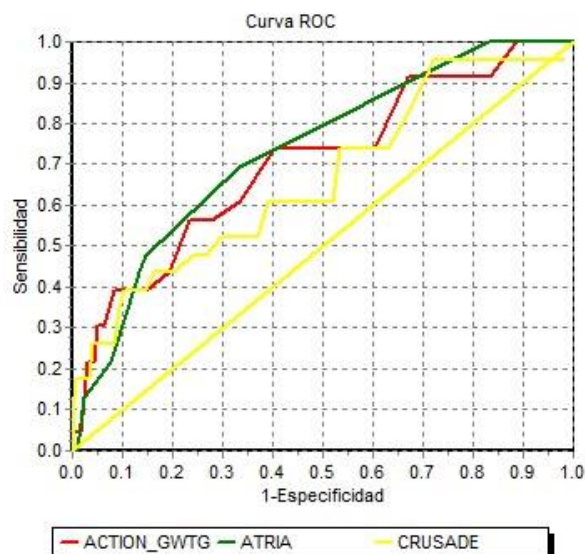
CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín(1) | **VECCHIO, Vanesa Giselle** (1) | LEONARDI, Mariela Susana(1) | TREJO, Graciela Susana(2) | RODRIGUEZ VAZQUEZ, Maria Luisa(2) | DIZEO, Claudio(2) | ESCOBAR CALDERÓN, José Gustavo(1)

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

Introducción: El efecto adverso más importante del tratamiento antitrombótico es el sangrado. En los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) se han desarrollado scores de riesgo de sangrado como el CRUSADE y ACTION-GWTG; los cuales tienen numerosas variables, presentan relativa complejidad para calcularlos y el poder de discriminación es modesto. Recientemente ha sido evaluado en pacientes con SCA, la utilidad del score HASBLED, desarrollado para predecir sangrado en pacientes anticoagulados con fibrilación auricular (FA), presentando similar rendimiento que el CRUSADE. El ATRIA es un score con pocas variables y fácil de calcular que predice riesgo de sangrado en pacientes con FA. Su utilidad en pacientes con SCA ha sido poco estudiada.

Objetivos: El objetivo es evaluar el score ATRIA como predictor de sangrado mayor en pacientes con SCA.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional donde se incluyeron pacientes con diagnóstico de SCA en dos unidades coronarias. Se calcularon los scores de riesgo de sangrado CRUSADE, ACTION-GWTG y ATRIA con los datos del ingreso. Se evaluó durante la internación el sangrado mayor, definido por la clasificación BARC 3 y 5. Para establecer el poder de discriminación de los scores se evaluó el área bajo la curva ROC (ABC) y la comparación entre las curvas se realizó mediante la prueba de homogeneidad de áreas Ji-cuadrado. Luego se realizó análisis multivariado por regresión logística.



Resultados: Se incluyeron 677 pacientes (520 con SCA sin elevación del ST y 157 con elevación del ST), con una edad de 68 ± 11 años, 35% mujeres. Como tratamiento antitrombótico recibió aspirina el 100%, el 96.3% recibió inhibidores del receptor P2Y12, el 77.1% recibió anticoagulación y el 10% recibió fibrinolíticos. El sangrado mayor se presentó en el 3.4% ($n=23$). Los 3 scores fueron predictores de sangrado en el análisis univariado: CRUSADE: OR 1.09 (IC95% 1.07-1.12), $p<0.001$ con un ABC 0.68 (IC95% 0.57-0.80); ACTION-GWTG: OR 1.14 (IC95% 1.07-1.21), $p<0.001$ con un ABC de 0.70 (IC95% 0.58-0.82); y ATRIA: OR 1.55 (IC95% 1.30-1.84), $p<0.001$ con un ABC de 0.74 (IC95% 0.65-0.83). Mientras que en el análisis multivariado, el ATRIA y el CRUSADE fueron predictores independientes de sangrado (OR 1.25 (IC95% 1.01-1.58), $p=0.04$ y OR 1.03 (IC95% 1.01-1.07), $p=0.03$; respectivamente). El score ATRIA presentó una mayor ABC que el CRUSADE ($p=0.04$), sin diferencias con el ACTION-GWTG ($p=0.2$). Se estableció un punto de corte de ATRIA >2 , presentando un OR ajustado de 3.36 (IC95% 1.17-9.36), $p=0.02$.

Conclusión: En nuestra población de pacientes con SCA, el score ATRIA y el CRUSADE fueron predictores independientes de sangrado mayor. EL ATRIA presentó similar capacidad de discriminación que el ACTION-GWTG y una mejor discriminación que el CRUSADE.

0126 - PATRÓN LIPÍDICO Y CONTROL DE LA GLUCEMIA EN PACIENTES DIABÉTICOS

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

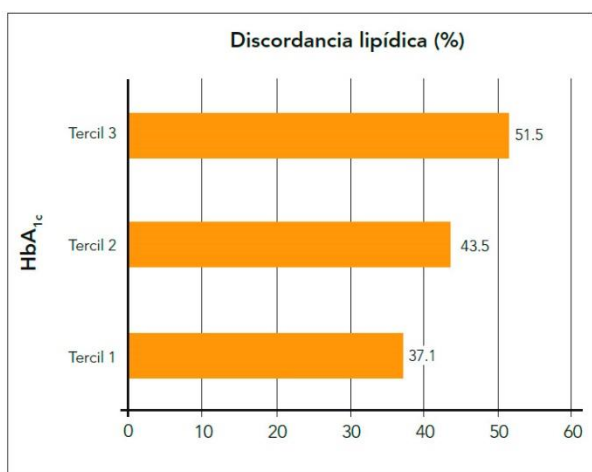
LOBO, Lorenzo(1) | MASSON JUÁREZ, Walter Mauricio(2) | HUERIN, Melina(3) | MOLINERO, Graciela Beatriz(3) | MASSON, Gerardo(3) | LAVALLE COBO, Augusto Maria(3) | BENINCASA, Fernando Diego(1) | **LOSADA, Pablo Ricardo** (1)

Hospital Militar Campo de Mayo (1); Hospital Italiano de Buenos Aires (2); Consejo de Epidemiología y Prevención Cardiovascular (3)

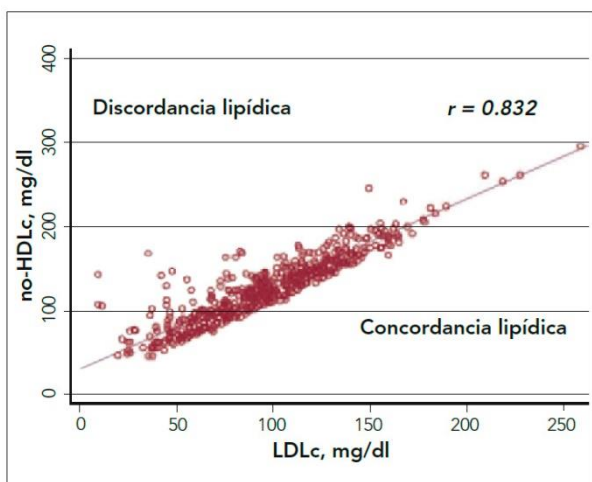
Introducción: el perfil lipídico en los pacientes con diabetes suele caracterizarse por un nivel elevado de triglicéridos(TG), valores bajos de colesterol asociado con lipoproteínas de alta densidad (C-HDL) y un mayor número de remanentes de colesterol y de partículas de colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad (C-LDL) pequeñas y densas. Además, el peor control glucémico, estimado mediante los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c), se asocia frecuentemente con hipertrigliceridemia, colesterol elevado (CT) o C-HDL bajo. Teniendo en cuenta lo anterior, planteamos la posibilidad de que los pacientes diabéticos con peor control glucémico presenten con mayor frecuencia niveles de C-noHDL 30 mg/dl por encima del valor de C-LDLc (discordancia lipídica).

Objetivos: 1- determinar la prevalencia de discordancia lipídica en una población de pacientes adultos con diagnóstico de diabetes tipo 2, estratificados como alto o muy alto riesgo según las últimas guías europeas, 2- investigar la asociación entre el control glucémico y la presencia de discordancia lipídica.

Materiales y Métodos: estudio descriptivo transversal, multicéntrico. Se seleccionaron pacientes > 18 años, con diabetes 2 estratificados como de alto o muy alto riesgo cardiovascular según las recientes guías europeas, en los que se evaluaron variables clínicas y de laboratorio (CT, C-HDL, TG y HbA1c). El C-LDL se calculó a partir de la fórmula de Friedewald. Independientemente del nivel de LDLc, se definió "discordancia lipídica" cuando el valor de C-noHDL superaba 30 mg/dl el valor de C-LDL. El control glucémico se determinó mediante el nivel de HbA1c. El análisis de los datos categóricos se realizó con la prueba de chi cuadrado. Los datos continuos entre dos grupos se analizaron con los test acorde a la distribución de los datos. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes, mientras que luego de evaluar la normalidad, las variables continuas se expresaron como media $\pm$ desviación estándar o como mediana (rango intercuartílico 25-75) según el caso. Se evaluó la correlación y se realizó una regresión logística multivariada para ver la asociación entre HbA1c y discordancia lipídica. Se definió estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$ a dos colas.



Resultados: Se incluyeron 515 pacientes (229 alto riesgo y 286 muy alto riesgo), 64% hombres con una edad media de 62.1 ± 12.6 años. La duración de la enfermedad fue de 5.5 (3.0-12.0) años. el 43.7% tuvo discordancia lipídica, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos (hombres: 44.4% y mujeres: 42.4%, $p = 0.66$). El grupo con discordancia lipídica mostró un nivel más elevado de HbA1c en comparación con el grupo sin discordancia ($7.3\% \pm 1.4\%$ frente a $6.9\% \pm 1.1\%$, $p < 0.001$). La proporción de sujetos con discordancia lipídica según el control glucémico (analizados por terciles de HbA1c, $p < 0.05$) se muestra en la Figura 1. En el análisis multivariado, luego de ajustar por la edad, el sexo, el índice de masa corporal y el uso de estatinas o fibratos, por cada 1% de incremento en la HbA1c, la posibilidad de presentar discordancia lipídica aumentó en promedio un 23% (OR: 1.23; IC 95%: 1.05-1.43; $p < 0.05$). En el análisis general, la correlación entre el C-noHDL y el C-LDL fue muy buena ($r = 0.832$).



Conclusión: En esta población la prevalencia de discordancia lipídica fue considerable, y más frecuente cuando peor fue el control glucémico.

0141 - HALLAZGOS ECOCARDIOGRÁFICOS EN DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE NADADORES, TRIATLONISTAS Y WATERPOLISTAS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología del Ejercicio

Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

VOZZI, Lara | MARIGO, Claudio | PEZZOTTO, Stella Maris | ARREGUI, Fernando | VOZZI, Carlos Ramon

Instituto Vozzi de Rosario

Tabla 1
Comparación de la frecuencia (%) de valores alterados en ecocardiografía, según deporte realizado

FRECUENCIA	TOTAL		NATACIÓN		TRIATLÓN		WATERPOL O		p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	
DDVI > 59 mm	3	30	0	0	0	0	3	30	0,030
SIVD > 11 mm	19	63	3	30	8	80	8	80	0,032
IMVI > 115 gr/ m ²	15	50	2	20	7	70	6	60	0,042
AI_área > 20 cm ²	18	60	2	20	6	60	10	100	<0,001
AI_Vol > 34 ml/m ²	12	40	1	10	3	30	8	80	0,005

*Prueba de la probabilidad exacta de Fisher

Introducción: Los deportes de alto rendimiento generan diferentes modificaciones morfológicas y funcionales en las cámaras cardíacas, las cuales pueden evaluarse mediante ecocardiografía.

Tabla 2
Comparación de los promedios de los valores ecocardiográficos entre los distintos grupos (ANOVA de un factor)

		n	MEDIA	DS	Intervalo de confianza para la media al 95%		MARR	MARR	p (ANOVA)
					Lim inf	Lim sup			
DDVI_SUP	WATERPOLO	10	39,6	2,2	29,0	39,1	24,2	31,7	0,012
	TRIATLÓN	10	29,7	2,4	25,0	34,4	25,0	32,7	
	NATACIÓN	10	27,9	1,8	26,6	29,2	25,4	32,3	
	TOTAL	30	28,7	2,5	27,1	29,0	24,2	32,7	
AI_AP	WATERPOLO	10	43,1	3,4	40,7	45,5	38,9	48,5	0,001
	TRIATLÓN	10	39,8	2,4	37,9	41,4	36,0	42,7	
	NATACIÓN	10	37,9	2,8	36,0	39,8	35,0	42,0	
	TOTAL	30	40,2	3,5	38,9	41,5	35,0	48,5	
AI_área	WATERPOLO	10	23,9	2,1	22,3	25,3	21,1	26,9	0,001
	TRIATLÓN	10	20,9	2,1	19,4	22,4	17,0	24,3	
	NATACIÓN	10	19,1	1,1	18,9	21,3	16,0	24,3	
	TOTAL	30	21,3	1,1	20,1	22,4	16,0	26,9	
AI_vol	WATERPOLO	10	36,3	5,8	32,3	40,3	22,6	40,8	0,049
	TRIATLÓN	10	34,8	5,2	31,0	38,5	26,5	43,0	
	NATACIÓN	10	30,6	4,2	27,7	33,6	24,2	39,0	
	TOTAL	30	33,9	5,4	31,9	35,9	22,6	43,0	

Objetivos: El objetivo fué determinar las adaptaciones cardíacas al ejercicio evaluada por ecocardiografía según deporte (waterpolo {W}, natación {N} y triatlón {T}).

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, realizado entre junio y septiembre de 2018. Se incluyeron deportistas varones , sanos entre 18 y 40 años (20 a 30hs de entrenamiento semanales) en los tres deportes . Se efectuó evaluación clínica y ecocardiográfica comparando variables cuantitativas de medición de las cámaras cardíacas izquierdas y derechas y parámetros de función sisto diastólica en los tres grupos. Las variables ecocardiográficas se consideraron de forma cualitativa (frecuencia de valores anormales expresados como porcentaje) y cuantitativas (medias aritméticas e intervalos de confianza 95% {IC}). En las comparaciones de frecuencias relativas se aplicaron pruebas de Fisher y en los promedios, ANOVA y pruebas post hoc de Bonferroni. Se consideró como diferencia estadísticamente significativa p <0.05.

Resultados: Se incluyeron 30 deportistas (10 por grupo), edad promedio 24 años. Waterpolistas presentaron mayor superficie corporal .En análisis cuantitativo de las dimensiones de cámaras, el valor promedio del diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI) indexado a la superficie corporal , fué normal en los tres grupos. Significativamente mayor(p=0,012) en el grupo T (29,7mm/m2, IC: 28-31,4) respecto de W (26,6 mm/m2 IC : 25-28,1) . Promedio del diámetro anteroposterior de la aurícula izquierda (AI) (43,1 mm IC :40,7-45,5) y área (23,8 cm2, IC : 22,3-

25,3) en W fueron mayores respecto de N (37,9 mm, IC : 36-39,8 y 19,1 cm²; IC 16,9-21,3 respectivamente) y T (39,6 mm, IC: 37,9-41,4 y 20,9 cm², IC : 19,4-22,4 respectivamente) ($p = 0,001$ en ambas variables). Volumen indexado de AI mayor en W (36,3 ml/m² , IC :32,3-40,3) respecto a N (30,6 ml/m² , IC :27,6-33,6)($p = 0,049$), sin diferencias con T. El análisis cualitativo evidenció diferencias significativas en frecuencia de observación de DDVI > 59 mm (30% en W , 0% N y T, $p = 0,03$) área AI > 20 cm² (100%, 60% y 20% respectivamente, $p < 0,001$) y volumen de AI > 34 ml/m² (80%, 30% y 10% respectivamente, $p = 0,005$). Aumento del espesor septal > 11mm más frecuente en W y T respecto de N(80%, 80% y 30% respectivamente, $p = 0,032$). Índice de masa del VI > 115 gramos/m² más frecuente en W y T que en N (60%, 70% y 20% respectivamente $p = 0,042$).

Conclusión: -Las modificaciones morfológicas son más frecuentes en W respecto a T y N. - W evidencia mayor impacto en el remodelado de la AI en comparación con N y T. - El W y T se asociaron a mayor espesor septal e índice de masa del VI.

0142 - VALIDACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE UNA APLICACIÓN DE TELÉFONO MÓVIL QUE USA UN ALGORITMO BASADO EN IMAGENES PARA EL RECONOCIMIENTO DE DISPOSITIVOS IMPLANTABLES

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

BUHEZO, Hugo | COSTA, Diego | **ESTEVEZ TRAVESI, Facundo Jair** | GARCIA ITURRALDE, Leonardo Fabricio | CATTANEO, Juan Pablo | SAGLIETTI, Luciano | MUZZIO, Maximiliano | CORONEL, Roberto

Sanatorio Sagrado Corazón

Introducción: La correcta identificación de un dispositivo implantable (DI) es pilar fundamental en distintas prácticas médicas. Varios algoritmos desarrollados para el reconocimiento de la marca del DI tienen alta eficacia con gran dispersión de acuerdo a la interpretación de resultados. Esta aplicación utiliza una guía de imágenes que deben ser interpretadas por el operador con un algoritmo dicotómico que lleva a un resultado o al siguiente paso con un máximo de 5 pasos. Toma en cuenta si el cable es regular o no, orientación de la batería y/o circuitos, algunas marcas típicas en los circuitos del dispositivo, etc.

Objetivos: Validar externa y clínicamente una aplicación móvil que utiliza un algoritmo basado en imágenes como guía en el reconocimiento de la marca del DI en un centro de alto volumen de pacientes.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico y retrospectivo donde se incluyeron consecutivamente todos los pacientes desde enero de 2017 a diciembre de 2019, en los que se hayan implantado o recambiado un DI (marcapasos, cardiodesfibriladores). Mediante la aplicación "PacemakerRx" se analizaron todas las radiografías del postoperatorio en una secuencia rápida que no permitía volver a analizar la misma imagen. Se registró el primer resultado que arrojó la aplicación usada únicamente por un operador con un sistema ciego. Para evaluar la concordancia con los creadores del método se utilizó el cálculo Kappa de Fleiss.

Resultados: Se incluyeron 169 pacientes entre enero de 2017 y diciembre de 2019, de los cuales 123 eran marcapasos (71% bicamerales y 29% unicamerales) y 46 eran cardiodesfibriladores implantables (67% bicamerales y 33% unicamerales). La precisión del método para identificar correctamente la marca del dispositivo fue de 79.88% (135 pacientes de 169), siendo más preciso en identificar dispositivos de Medtronic con 100% (11/11) seguido de Boston Scientific con 92.3% (36/39) y Abbott/St. Jude con 73.4% (88/119). No contamos con ningún dispositivo de la línea Biotronik. No hubo diferencias significativas entre el análisis de dispositivos uni o bicamerales ni tampoco entre marcapasos o cardiodesfibriladores. Para evaluar la concordancia entre lo observado y lo predicho se calculó un Kappa de Fleiss de 0.62 ($p < 0.01$) lo cual demuestra una concordancia estadística sustancial no debida al azar.

Conclusión: Conclusión: La precisión de este método para identificar dispositivos en la práctica real fue buena, alcanzando casi el 80% de los casos totales, fue muy sensible y específico para las marcas Medtronic y Boston Scientific, no tanto así para la marca Abbott/St. Jude, probablemente debido al n más grande de estos pacientes.

0144 - TERAPIAS DIRIGIDAS POR CATÉTER PARA TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN ARGENTINA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

Unidad Temática 2: Cardiología Intervencionista

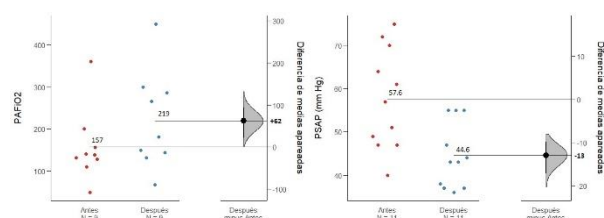
MUZZIO, Maximiliano | **GARCIA ITURRALDE, Leonardo Fabricio** | COSTA, Diego | SERO, Bernardo Javier | ROSSINI, Adrián Marcelo | SAGLIETTI, Luciano | NOTRICA, Marcelo Elías | CORONEL, Roberto

Sanatorio Sagrado Corazón

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) causa una gran cantidad de muertes a nivel global. El tratamiento de casos con riesgo elevado e intermedio se basa actualmente en la trombolisis sistémica, lo cual genera inconvenientes en pacientes con riesgo elevado de sangrado, y las terapias dirigidas por catéter (TDC) pueden ser una opción.

Objetivos: Demostrar el beneficio, factibilidad y seguridad de las terapias dirigidas por catéter para el tratamiento del tromboembolismo de pulmón en la Argentina.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo en pacientes con TEP de riesgo alto o intermedio-alto con contraindicaciones para la trombolisis sistémica. Se utilizaron técnicas de trombolisis reolítica o tromboaspiración dirigidas por catéter. Se evaluó su efectividad sobre variables clínicas, así como la ocurrencia de complicaciones.



Resultados: En 12 pacientes con TEP tratados con TDC se observó un aumento significativo de la PaFiO2 62 mm Hg ($p = 0.013$) así como una reducción significativa de la presión sistólica de la arteria pulmonar de 13 mm Hg ($p < 0.001$), como puede observarse en la figura 1. Como complicaciones hubo un caso de hemoptisis y dos de hemólisis, con una mortalidad total del 16.7%.

Conclusión: Las TDC en pacientes con TEP de riesgo alto o intermedio-alto pueden ser una opción factible en caso de estar contraindicada la trombolisis sistémica o ante el riesgo de sangrado elevado. Sin embargo, aún no se encuentran avaladas por evidencia de alta calidad.

0151 - RESULTADOS INICIALES EN LA VALORACIÓN DEL PACIENTE CON COVID-19 MEDIANTE ECOCARDIOGRAMA CONVENCIONAL

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

NAPOLI LLOBERA, Mariano Ezequiel | BONO, Leandro | DOPPLER, María Eugenia | VANNONI, Maria Victoria | ESTRELLA, Maria Laura | KAZELIAN, Lucía Raquel | SZARFER, Jorge | GAGLIARDI, Juan

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La Enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19) es un síndrome respiratorio agudo (SARS-COV-2), declarado en Marzo 2020 como una pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El síndrome coronario agudo, miocarditis y tromboembolismo pulmonar son algunas de las complicaciones cardiovasculares reportadas. La ecocardiografía convencional podría ser capaz de identificar alteraciones del miocardio en pacientes con esta enfermedad, donde aún su incidencia continúa siendo incierta.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes (p.) con SARS-COV2 y detección mediante ecocardiografía Doppler convencional de alteraciones de la función cardíaca. Evaluar la incidencia y mortalidad de complicaciones cardiovasculares.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, realizado en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de pacientes adultos con COVID-19 diagnosticados por prueba genómica viral de RT-PCR en tiempo real e ingresaron al servicio de clínica médica o terapia intensiva según evolución. A cada paciente se realizó un ecocardiograma Doppler convencional, evaluando diámetro, función sistólica, diastólica y motilidad biventricular. Se analizó: demografía, factores de riesgo cardiovasculares, incidencia de disfunción ventricular y mortalidad intrahospitalaria. Análisis estadístico: variables discretas expresadas en n y % y continuas expresadas en media/desvío standard o mediana/intervalo intercuartilo según corresponda.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes: 17 hombres (63%), edad 61 ± 13 años, y 10 mujeres (37%) edad 65 ± 11 años. Los factores de riesgo cardiovasculares más frecuentes fueron hipertensión arterial (52%), obesidad (37%) y diabetes mellitus (19%). El motivo de internación más frecuente fue insuficiencia respiratoria aguda (81%). El 52% de los pacientes presentaron distrés respiratorio y requerimiento de ventilación mecánica. El tratamiento más frecuentemente utilizado fue la anticoagulación parenteral (33%), seguido de corticoides (30%), azitromicina (22%) y plasma fresco congelado (7%). Se realizó ecocardiograma Doppler a los $10 \pm 6,5$ días desde el inicio de los síntomas, y su indicación fue la falta de mejoría de clínica. Presentaron: disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (VI) (11%), disfunción sistólica del ventrículo derecho (4%) y disfunción diastólica del VI (8%). Presentaron complicaciones cardiovasculares el 25% de los pacientes, y las reportadas más frecuentemente fueron: síndrome coronario agudo (29%), insuficiencia cardíaca descompensada (28,5%), fibrilación auricular (28,5%) y arritmia ventricular (14%). La mortalidad reportada fue del 67%, y las principales causas fueron: distrés (58%), sepsis (33%) y causa no aclarada (9%). No se detectaron muertes por causa cardiovascular.

Conclusión: Un cuarto de los pacientes con SARS-COV2 presentaron disfunción cardíaca por ecocardiograma y complicaciones cardiovasculares. A pesar de presentar una tasa elevada de mortalidad, no se detectaron muertes por causa cardiovascular. Los médicos tratantes deben ser conscientes de las complicaciones cardiovasculares al evaluar y manejar al paciente con COVID-19.

0154 - LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA SIN UTILIZACIÓN DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EVITA EL AUMENTO DE LA HIDRATACIÓN EN EL POSTOPERATORIO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

COSTA, Diego | CORSICO ZARATE, Luciana Ayelen | ESPERON, Guillermina | GARCIA ITURRALDE, Leonardo Fabricio | MUZZIO, Maximiliano | GREGORIETTI, Vanesa | SAGLIETTI, Luciano | CORONEL, Roberto

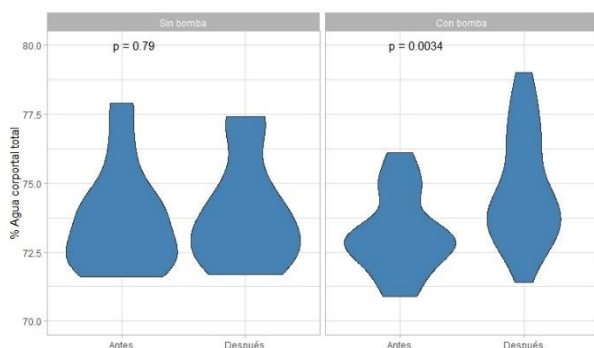
Sanatorio Sagrado Corazón

Introducción: La condición de un paciente sometido a cirugía de revascularización miocárdica (CRM) es fisiológicamente compleja debido a los efectos combinados de la anestesia, el trauma quirúrgico y la circulación extracorpórea (CEC). El estado de hidratación es difícil de evaluar, y es frecuentemente necesario utilizar medios de monitoreo invasivo. El análisis de la bioimpedancia (ABI) ha mostrado ser un método no invasivo confiable para estimar los cambios en la composición corporal en el tiempo, y su aplicación en pacientes críticos se encuentra siendo activamente investigado.

Característica (n = 68)	Sin CEC (n = 30)	Con CEC (n = 38)	Valor de p
Edad (años)	58.77 ± 6.91	59.84 ± 8.35	0.57
Varones (%)	28 (93.3%)	36 (94.7%)	1.0
Fracción de eyección (%)	53.38 ± 11.34	49.71 ± 14.07	0.25
Creatinina (mg/dl)	1.06 ± 0.34	1.18 ± 0.52	0.29
Tiempo de CEC (minutos)	64.9 ± 14.53	NA	NA
Electiva	24 (68%)	11 (31.4%)	0.001
Urgente	6 (18.8%)	26 (81.2%)	0.001
Emergente	0 (0%)	0 (0%)	NA
Salvataje	0 (0%)	0 (0%)	NA

Objetivos: Determinar los cambios en el agua corporal total (ACT) antes y después de CRM estimada con ABI, y comparar según la utilización de CEC.

Materiales y Métodos: Llevamos a cabo un estudio observacional en una unidad de cuidados intensivos cardiovasculares (UCC). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que se sometieron a CRM, y sólo fueron excluidos aquellos con edema, diálisis o que no dieron su consentimiento. La bioimpedancia se midió con un analizador tetrapolar de frecuencia única, una vez en las 12 horas antes de la cirugía y de nuevo a su llegada a la UCC. Las variables continuas se expresaron como medias y desviación estándar, y se compararon con la prueba de la t de Student. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y relativas, y se compararon con la prueba de chi al cuadrado. El nivel de significancia estadístico se fijó en $p < 0.05$. Todos los cálculos se realizaron con la versión 3.6.1 de R.



Resultados: Se incluyeron en total 68 pacientes. Sus características basales se pueden observar en la tabla 1. La mayoría fueron varones, con una media de edad de 59.5 ± 7.7 años, y el 55.9% de las cirugías se llevaron a cabo con CEC. Los procedimientos urgentes se realizaron de manera más frecuente con bomba (81.2%) al compararlos con los electivos (31.4%). La mortalidad global fue de 1.4%. Antes de la cirugía, el ACT media fue de $73.15 \pm 1.72\%$ en los pacientes con CEC. Luego de la cirugía, se incrementó a $74.57 \pm 2.0\%$ ($p = 0.0034$). Las mediciones respectivas para los pacientes sin CEC fueron $73.08 \pm 1.83\%$ y $73.77 \pm 1.84\%$, sin una diferencia significativa ($p = 0.14$), como puede observarse en la figura 1.

Conclusión: Se evidenció un incremento significativo del ACT en la cirugía con CEC. Estos hallazgos se condicen con investigaciones previas que evaluaron el estado de hidratación en cirugía torácica con otros métodos. Por el otro lado, no se encontró un aumento significativo del ACT en la cirugía sin CEC. Un aumento del ACT luego de la CEC podría explicarse por la infusión de líquidos y por el aumento de la permeabilidad capilar, aunque esto podría compensarse con la diuresis y hemofiltración. En este escenario, el ABI podría ser un método útil para monitorear el estado de hidratación.

0158 - TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL SINDROME DE MAY THURNER. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Medicina Vascular

Unidad Temática 2: Imágenes.20

GONZÁLEZ, Nicolás | PARODI, Martin | GÓMEZ SANTA MARÍA, Héctor Raúl | LAVALLE COBO, Augusto Maria | CRIPPA, Diego Agustin | DAMIANICH, Guido | SZTEJFMAN, Matías | GONZÁLEZ, Miguel Angel

Sanatorio Finochietto

Introducción: El síndrome de May Thurner (SMT) es un cuadro caracterizado por la compresión de la vena iliaca izquierda por la arteria iliaca derecha. Esto genera daño del endotelio venoso y fibrosis de la íntima, formando un estado propicio para la trombosis venosa profunda (TVP). La principal complicación a largo plazo es el síndrome posttrombótico (SPT), pudiendo ocasionar un detrimento de la calidad de vida de los pacientes. Las guías recomiendan el tratamiento con anticoagulantes, sin embargo en pacientes con bajo riesgo de sangrado y expectativa de vida mayor a un año, podría optarse por trombolíticos locales y posterior angioplastia con stent de la estenosis iliaca.

Objetivos: Evaluar la permeabilidad venosa a corto y mediano plazo, y la incidencia de complicaciones intrahospitalarias del tratamiento endovascular de los pacientes con SMT.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo en un centro de alta complejidad de pacientes internados por TVP con diagnóstico de SMT. Se evaluó la eficacia del tratamiento invasivo con la infusión de trombolíticos locales a través de la permeabilidad venosa a los 30 días y 6 meses por ecodoppler (repermeabilización de la luz mayor al 50% y cambios fásicos respiratorios del flujo venoso) y de la presencia de síndrome posttrombótico utilizando el score de Villalta a los 6 meses. Asimismo, se evaluó la seguridad del tratamiento a través de la incidencia de complicaciones asociadas al procedimiento durante la internación (sangrado mayor, sangrado intracerebral, sangrado que compromete la vida, insuficiencia renal, embolia pulmonar sintomática). El procedimiento consiste en colocar un catéter multifenestrado en el territorio venoso trombosado e infundir en forma local rTPA (Actilyse®) a una dosis de 0,01 mg/kg/hora (dosis máxima 20 mg/día) reevaluando el grado de permeabilidad cada 24 hs con un máximo de infusión de 72 hs. Una vez repermeabilizada la vena ilíaca y femoral, se continúa con el implante de un stent a nivel de la vena iliaca primitiva izquierda.

Características Basales	Total (n=10 pacientes)
Edad (IQ 25-75)	34 años (28-38)
Sexo femenino	100%
Peso (IQ 25-75)	63 kg (51-70)
Talla (IQ 25-75)	160 cm (157-165)
BMI (IQ 25-75)	23 (20-28)
Tabaquismo/ex tabaquismo	20%
Anticonceptivos (ACO)	50%
Embarazo (Emb)	20%
Puerperio (Pue)	20%
ACO + Emb + Pue	90%
Viaje Prolongado	10%
Cáncer	0%
Cirugía reciente	20%
Enfermedad Hematológica	0%
TVP previa	10%

Resultados: Desde el año 2014 se internaron 10 pacientes por TVP del miembro inferior izquierdo relacionado al SMT. El 100% fueron mujeres con una mediana de edad de 35 años (IQ25-75: 28-38). La presencia de un factor hormonal (uso de anticonceptivos, embarazo actual o reciente) se evidenció en el 90% de las pacientes. 2 pacientes cursaban el 3er trimestre de embarazo y otras 2 pacientes la 3ra y 4ta semana de puerperio. La TVP comprometió el territorio íleo femoropoplíteo en todas las pacientes. La mediana de duración de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 1 día (IQ25-75: 1-12). Solo una paciente presentó TEP sintomático leve. De las 10 pacientes, 7 fueron seleccionadas para el tratamiento endovascular por no presentar contraindicaciones relacionadas con embarazo o puerperio inmediato. La mediana de duración de la infusión de trombolíticos fue de 48 hs, con un tiempo de internación de 5,5 días (IQ25-75: 3-9). Por ecodoppler se constató repermeabilización venosa a los 30 días y 6 meses en el 100% de las pacientes, con trombosis residual menor al 50% en una de ellas. No se evidenciaron complicaciones relacionadas al procedimiento durante la internación. La mortalidad intrahospitalaria fue nula. A los 6 meses, ninguna de las pacientes presentaron criterios de SPT.

Conclusión: El tratamiento invasivo precoz con trombolíticos y angioplastia con stent de pacientes con SMT y TVP proximal extensa demostró ser eficaz en términos de permeabilidad a corto y mediano plazo, y ausencia de síndrome posttrombótico, y seguro por la ausencia de complicaciones durante la internación.

0159 - ELECTROCARDIOGRAMA EN PACIENTES POR NEUMONÍA POR COVID-19: RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DEL CUADRO CLÍNICO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: COVID-19

RUIZ, Graciela Aurora | MANGARIELLO, Brenda | GITEMAN, Patricia Carmen | DR. PAULIN, Francisco | DRA. HORMANSTORFER, Macarena | DRA KOVAC, Ana | DRA. PADILLA, Maria Jose | DR. CUARTZ, Daniel

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: Se ha descrito la asociación entre infección por COVID-19 y compromiso cardíaco. El ECG como método complementario básico en la evaluación, se ha indicado en pts internados por dicha infección. La prolongación del intervalo QTc se ha observado en pts con enfermedades inflamatorias relacionándolo con la presencia de citoquinas. Por otro lado, la gravedad de los pts con COVID-19 (infección principalmente respiratoria, pero con potencial compromiso multiorgánico), fue evaluada durante la internación en sala y UTI mediante distintos scores.

Objetivos: Observar la asociación entre las mediciones electrocardiográficas y la gravedad de la presentación de cuadro clínico en pacientes con neumonía grave por COVID-19

	News	CURB	qSOFA
FC	0.52 (0.23/0.72) **		
Delta PR		-0.48 (-.73/-.11)*	
QT	-0.41 (-.65/-.09)*		
QT d			0.39 (.00/.04)*
QTc d			0.40 (.04/.69)*

Materiales y Métodos: Se incluyeron aquellos pts mayores de 18 años internados en sala o UTI por infección por COVID-19 que recibieron dentro de su tratamiento antibióticos, hidroxiclороquina (HCQ) y lopinavir/ritonavir(LR). Se les realizó un ECG antes de recibir la primera dosis de HCQ (ECG 0) y un segundo ECG (ECG1) entre las 24 y 96 hs después de comenzar el tratamiento. Se observó la correlación (Coef de correlación de Pearson, CC) entre las mediciones electrocardiográficas (FC, intervalos PR, QT, QTc, dispersión del QT) y sus cambios entre ECG 0 y ECG 1 y los siguientes criterios de gravedad: scores de News, CURB 25 y qSOFA, la presencia de factores de riesgo pre-existentes y la necesidad de internación en UTI. Se compararon los valores del ECG en pts con y sin necesidad de internación en UTI (Test t de student). Luego se realizó un análisis de regresión logística para detectar variables electrocardiográficas asociadas a necesidad de internación en UTI.

	UTI SI	UTI NO	P
ECG 0			
FC (lpm)	84±6	95±3	.06
PR (ms)	166±7	152±4	.06
QT (ms)	370±55	340±35	.04
QTc (ms)	431±6	424±5	.45
QT d(ms)	32±3	44±4	.07
QTc d(ms)	37±7	57±5	.05
ECG 1			
FC	79±5	86±3	.28
PR (ms)	172±9	162±5	.30
QT (ms)	395±14	360±9	.04
QTc (ms)	456±13	420±6	.007
QTd (ms)	27±7	51±4	.04
QTc d (ms)	42±5	61±5	.11
Delta QTc ECG 0-1(ms)	26±13	-2.8±4.8	.01

Resultados: Se evaluaron 38 pts (edad 50±13 años, 27 hombres). El 31% presentaba algún factor de riesgo pre-existente. El promedio de días de síntomas previo a la consulta fue de 3.3±3 (mediana :3). Trece pts (34%) necesitaron ser internados en UTI. Se registraron 4 óbitos. Los pts con bloqueo de rama basal (n: 3) fueron dados de alta sin necesidad de UTI. La natremia (rango 127-142) y la kalemia (rango 3,2-4,8) no se asociaron con parámetros electrocardiográficos. El QTc y Delta QT resultaron ser variables independientes asociadas a necesidad de internación en UTI (OR 1.04(CI 1-1.09) p=0.03 y OR 1.05(CI 1-1.1) p= 0.04 respectivamente).

Conclusión: El tiempo de conducción aurículo-ventricular y el intervalo QT estuvieron relacionados con los scores que indican gravedad. El intervalo QTc y su prolongación durante la internación fueron variables independientes asociadas a necesidad de internación en UTI. Mas allá de su valor diagnóstico específico para cardiopatía, las mediciones del ECG muestran una correlación con la gravedad general del cuadro.

0160 - DETERMINANTES DE LOS INTERVALOS SISTÓLICOS Y TIEMPO DE TRANSMISIÓN DEL PULSO DURANTE EL TILT TEST.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síncope y Muerte Súbita

Unidad Temática 2: Imágenes.20

RUIZ, Graciela Aurora | CHIRIFE, Raúl | MANGARIELLO, Brenda | AVERSA, Eliana | GITELMAN, Patricia Carmen | TENTORI, Maria Cristina | SALZBERG, Simón Mario

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: Los intervalos sistólicos (IISS) (período eyectivo: PE, PE corregido a la frecuencia cardíaca (PEc), período pre-eyectivo(PPE), la relación entre ambos (índice sistólico: IS) y el tiempo de transmisión del impulso (PTT) han sido previamente investigados en los pacientes (pts) con síncope en aras de demostrar un particular comportamiento hemodinámico durante el tilt test (TT) en los pacientes con respuestas positivas. Así, se ha informado tanto una mayor prolongación inicial del PPE, como valores superiores de PTT precediendo al síncope. La población con síncope y sospecha de mecanismo vasovagal es muy heterogénea por lo que, además de la respuesta al TT, otros factores clínicos y hemodinámicos deberían considerarse.

Objetivos: Analizar determinantes clínicos y hemodinámicos de los valores absolutos y del comportamiento de los intervalos sistólicos(IISS) y del PTT durante el (TT) en pts con síncope

Materiales y Métodos: Se incluyeron de manera prospectiva pts con síncope en los que se realizó TT. Se consideraron variables clínicas (edad y sexo, altura, BMI, antecedentes patológicos, antecedentes cardiológicos, uso de hipotensores) y hemodinámicas basales y durante el TT (TA y FC). Los IISS durante el TT se midieron mediante un equipo (Systocor 62-Exxer ®) que permite registrar ECG, onda de pulso digital y fonocardiograma. Se midieron los siguientes intervalos: PE, PEc, PPE, PPE real (PPEr= PPE-PTT), IS y PTT. Los momentos analizados fueron: basal (B), inicial (I= dentro de los primeros 5 minutos del estudio) y final (F= dentro de los 5 minutos que preceden el fin del estudio). Se evaluaron los cambios absolutos (mseg) entre el momento basal e inicial (B-I) y entre inicial final (I-F). Se realizó primero un análisis univariado relacionando los IISS con variables clínicas y hemodinámicas. Luego se realizó una regresión lineal múltiple utilizando aquellas variables que hubieran resultado asociadas a IISS.

	TT(+)	TT(-)	TT(+)	TT(-)	Edad	Sexo	Altura	Ant. CV	Hipotensores	TA	FC
PPE B								U	8,8(7,5/16,9)*	-11,5(-15/-3) **	-42(-69/-15)**
PPE I			16(6/27) **					U		-12(-24/-9)*	-5(-77/-23)†
PPE F		25(14/36) †	24(14/34) †							-30(-45/-15) †	-5(-72/-27) †
PE B		-16(-25/-8) †	-16(-25/-8) †								-1(-1,3/-0,7) †
PE I		U		10(3/18) †				U	U		-1,1(-1,3/-0,7) †
PE F		U	-11(-19/-3) **	U							-1,1(-1,3/-0,7) †
PTT B				-13(-21/-4) **	12(22/-1,8)*	11(66/156) †	U	U	U		-8(-16/-001)*
PTT I	-6,6(-12/-1,3)*	U			11(5/17) †						
PTT F	15(5/24)**	13(4/21)**	-11(-18/-5) †								
PEc B		-16(-24/-7) †	-15(-23/-6)**								-34(-67/-63)*
PEc I			7,5(1,5/13)*	-6(-15/-3)**						U	
PEc F	-5(-12/-3)**		-13(-20/-6) †							12(1,7/23)*	-36(-2/-5) †
IS B		-9(-17/-01)*									
IS I		-15(-21/-9) †	-13(-21/-6) †	09(006/11)*	-1(-15/-04) †		U		U		U
IS F		-13(-19/-07) †	-15(-21/-1) †	U			U		18(09/26) †		U
PPEr B				15(4/26)**			27(10/44)**	U			U
PPEr I							30(5/36)*	U			-46(-86/-05)*
PPEr F											-47(-77/-18)**

Resultados: 149 pts= 79 con TT(-)(43±19, 23 hombres), 70 pts con TT(+) (42±19, 15 hombres) y 30 controles sanos (42±12, 14 hombres). A modo de resumen, en la tabla se sintetizan aquellas variables que se asocian con los valores absolutos de los IISS en un análisis univariado (U). Se indican además las variables con una asociación significativa en análisis multivariado (coeficiente (IC 95%). *p<.05; **p<.005; *** p<.0005; † p<.0001. Se dejaron en blanco aquellos casilleros en los que la variables y los IISS no muestran ninguna asociación.

Conclusión: La respuesta al TT se asocia de manera independiente con los cambios ocurridos en el PPE y el PTT. Los IISS se asociaron con características demográficas y hemodinámicas durante el estudio. Por el contrario, no estuvieron influenciadas por el status clínico a excepción del PPE y PPEr.

0162 - TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS Y REPARACIÓN QUIRÚRGICA CON SWITCH AURICULAR: SENNING O MUSTARD. SEGUIMIENTO EN CENTRO DE REFERENCIA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiopatías Congénitas Del Adulto

WECKESSER, Federico Ivan | RIZNYK, Laura Mariana | VIVAS, Martin | BANCO, Pamela | HENQUIN, Ruth | DIEZ, Mirta | BENJAMIN, Monica | ELIZARI, Amalia

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La transposición de grandes vasos (TGV) constituye una cardiopatía congénita compleja cianótica con alta mortalidad de no repararse en etapas tempranas. La técnica de switch auricular redirecciona el flujo de retorno venoso a nivel auricular, permaneciendo conectada la aorta con el ventrículo sistémico de morfología derecha. Si bien esta técnica fue abandonada por alta prevalencia de complicaciones, aún existe una población de pacientes que han sobrevivido.

Objetivos: Describir la evolución clínica, complicaciones arrítmicas e insuficiencia cardíaca de pacientes seguidos en un centro de referencia con variante dextroposición de TGV reparados mediante técnica de switch auricular (Senning-Mustard).

Materiales y Métodos: Se analizó una cohorte retrospectiva descriptiva de pacientes con diagnóstico de TGV reparados con técnica de Senning o Mustard seguidos durante el período 2000 al 2020. Se obtuvieron datos relacionados a la clase funcional, arritmias, insuficiencia cardíaca y necesidad de reintervención. Los estudios complementarios efectuados en la evolución incluyeron: ecocardiograma doppler cardíaco, Holter de frecuencia cardíaca y test de consumo de oxígeno.

Resultados: Se realizó seguimiento de 19 pacientes; 18 operados con técnica de Senning (94.7%) con edad quirúrgica de 7 meses, rango intercuartílico (RIC): 26.25 (2.25- 28.5) meses. Septostomía auricular previa en 2 de ellos. 11 pacientes de sexo femenino (58%). Edad actual: 38, RIC 8 (33-41) años. No se registraron muertes durante el período de seguimiento. Actualmente, 15 pacientes (84.2%) se encuentran en clase funcional I, todos ellos con test de consumo de oxígeno en la categoría Weber A. Una paciente requirió trasplante cardíaco a los 35 años. Los 3 restantes presentan clase funcional II; 2 de ellos fueron evaluados para trasplante cardíaco. Se registraron episodios de taquiarritmias en 10 pacientes (50.6%): taquicardia auricular/reentrada nodal en 6; aleteo auricular en 3; taquicardia ventricular (TV) en 1 con implante de cardiodesfibrilador en profilaxis secundaria. Mediana de edad al primer episodio: 35, RIC: 17(20-37.5) años. Se evidenció recurrencia en 44.4% de los pacientes. Procedimiento de ablación realizado en 3. Requieron implante de marcapasos por disfunción del nodo sinusal 6 pacientes sumado a otros 2 por bloqueo auriculoventricular. El 50% de los pacientes requirió recambio de generador durante el seguimiento. La valoración ecocardiográfica evidenció disfunción sistólica moderada a severa del ventrículo sistémico derecho en 13 de 18 pacientes (72.2%); 9 de estos se asociaron con reflujo tricuspídeo moderado a severo. Solo un paciente requirió reemplazo valvular tricuspídeo a los 14 años. Los pacientes que presentaron evento arrítmico tenían disfunción ventricular sistémica moderada a severa. Hubo 8 embarazos en 7 pacientes: 4 de ellas complicadas con insuficiencia cardíaca y 1 con arritmia, la cual requirió trasplante cardíaco 2 años después. No se halló evidencia de cardiopatía estructural en los recién nacidos (todos a término).

Conclusión: La técnica de switch auricular permite una mayor supervivencia no exenta de complicaciones a largo plazo. Los pacientes con eventos arrítmicos presentan con frecuencia disfunción ventricular sistémica. El embarazo es posible, pero constituye una condición de alto riesgo. Se recomienda el seguimiento de estos pacientes en centros de referencia bajo un equipo multidisciplinario.

0169 - DESCRIPCION DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN PACIENTES INTERNADOS POR NEUMONÍA GRAVE POR COVID 19 TRATADOS CON HIDROXICLOROQUINA Y/O LOPINAVIR/RITONAVIR Y ANTIBIOTICOS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: COVID-19

RUIZ, Graciela Aurora | GITEMAN, Patricia Carmen | MANGARIELLO, Brenda | DR. PAULIN, Francisco | DR. CUARTZ, Daniel | BORODOWSKI, Héctor | DRA. HORMANSTORFER, Macarena | SALZBERG, Simón Mario

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: En la primera etapa de la pandemia, los pacientes con neumonía grave por COVID-19 fueron tratados, de acuerdo a las normas vigentes, con antibióticos, hidroxiclороquina (HCQ) y lopinavir/ritonavir (LR). La administración de estos fármacos, principalmente de HCQ, se ha relacionado con la prolongación del intervalo QTc (eventualmente con taquicardia ventricular) o trastornos de la conducción. Por lo tanto, se recomendó la realización de un registro electrocardiográfico antes y luego de comenzar el tratamiento específico para monitorear la aparición de dichos eventos.

Objetivos: 1) Describir los ECG basales (ECG 0) y durante el tratamiento (ECG 1) de los pacientes (pts) a los que se les administró HCQ y LR. 2) Evaluar los cambios electrocardiográficos ocurridos entre el ECG 0 y el ECG 1. 3) Evaluar la prevalencia de cambios electrocardiográficos que justificaran la suspensión de las drogas administradas.

Materiales y Métodos: Fueron incluidos de manera consecutiva aquellos pacientes mayores de 18 años internados en sala o terapia intensiva con diagnóstico de neumonía grave por COVID-19 y que tuvieran indicación de iniciar tratamiento con HCQ- LR. Los registros fueron obtenidos a partir de ECG de 12 derivaciones o registros de monitor. El tiempo de obtención del registro durante el tratamiento se estableció entre las 24 y 96 hs después la primera dosis. Se analizaron: ritmo, frecuencia cardíaca (FC), intervalo PR, eje eléctrico, duración del QRS, trastornos de repolarización, intervalos QT y QT corregido por fórmula de Bazett (QTc), dispersión de intervalo QT (QT d= QT máximo - QT mínimo en un mismo registro electrocardiográfico), índice de variación del intervalo QT ((DS/QT promedio)*100) en un mismo registro electrocardiográfico).

	ECG 0	ECG 1	P (Test t apareado)
FC	91±18	84.5±18	0.0027
PR	155±23	166±24	0.039
QT	351±46	372±49	0.0007
QTc	426±28	432±42	0.27
QT D	41±20	47±22	0.49
Variación QT	4.3±2	4.9±2	0.53
% Variación QTc	4.6±2	5.8±4	0.34

Resultados: Cuarenta y tres pts (edad 51±14 años, 31 hombres) contaron con por lo menos 1 registro de ECG. El ECG 0 y ECG 1 fueron analizables en 37 pts. Todos los pts se encontraban en ritmo sinusal. La FC disminuye durante el tratamiento en el 82% de los pts. El intervalo PR, QT, QTc y QTd se prolongan respectivamente en el 43, 73, 43 y 43% de los pts. Ningún pte con trastorno de conducción basal empeoró su alteración inicial. La HCQ fue suspendida en 4 pts: en uno por extrasístoles ventriculares frecuentes, en 3 por prolongación del QTc > 60 ms, 2 de ellos con QTc > 500 ms.

Conclusión: 1) La mayor parte de los pacientes internados con neumonía grave por COVID 19, candidatos a recibir como tratamiento empírico HCQ/LR mostraron un ECG basal dentro de límites normales. 2) Luego de la administración de HCQ/LR, disminuyó la FC y se prolongaron los intervalos QT y PR. 3) La administración de HCQ/LR no deterioró la conducción intraventricular en pts con alteraciones pre-existentes. 4) La HCQ fue suspendida en aproximadamente el 10% de los pts debido a alteraciones electrocardiográficas, sin que se detectaran taqui o bradiarritmias durante el período de observación.

0172 - BLOQUEOS DE RAMA COMO PREDICTORES DE EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Imágenes.20

BORNER, Magali | MARPEGAN, Cecilia | VALLEJOS GÓMEZ, Yamila Alicia | GHIO, Maria Victoria | MANGARIELLO, Brenda | GONZALEZ COLASO, Patricia Del Carmen | GITELMAN, Patricia Carmen | SALZBERG, Simón Mario

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: Los bloqueos de rama (BR) son un hallazgo frecuente en pacientes (p) portadores de insuficiencia cardíaca, constituyendo un factor que se relaciona con una mala evolución. Los reportes bibliográficos evidencian importante variabilidad en su prevalencia y asociación con factores de riesgo cardiovascular y cardiopatías específicas.

Objetivos: Analizar las características clínicas y la evolución intrahospitalaria de p internados con diagnóstico de ICA, en relación a la presencia o no de bloqueo de rama en el electrocardiograma de ingreso.

Tabla 1: Aspectos demográficos, factores de riesgo, antecedentes cardiovasculares, características de ingreso y evolución en cada grupo.

	Sin BR (n: 630)	BRI (n: 209)	BRD (n: 139)	P
Edad (años)± Desvío Standard	67 ± 15	71 ± 13	67 ± 15	0,064
Sexo masculino (%)	376(59,6)	129 (61,7)	95 (68,3)	0,164
Diabetes (%)	143 (22,7)	45 (21,5)	26 (18,7)	0,582
Hipertensión arterial (%)	389 (61,7)	128 (61,2)	77 (55,4)	0,376
Dislipemia (%)	143 (22,7)	50 (23,9)	34 (24,4)	0,872
TBQ/ex-TBQ (%)	312 (49,5)	97 (46,4)	69 (49,6)	0,724
Insuficiencia renal crónica (%)	41 (6,5)	22 (10,5)	4 (2,8)	0,019
Historia conocida de IC (%)	286 (45,4)	129 (61,7)	87 (62,5)	<0,001
Enfermedad coronaria (%)	155 (24,6)	48 (22,9)	37 (26,6)	0,739
AVC/AIT (%)	42 (6,6)	12 (5,7)	7 (5)	0,730
Arteriopatía periférica (%)	15(2,3)	6 (2,8)	1 (0,7)	0,387
Ritmo ECG:				
• Sinusal (%)	371 (58,8)	117 (55,9)	66 (47,4)	0,048
• Otros (FA, AA, auricular) (%)	259 (41,2)	92 (44,1)	73 (52,6)	0,048
FEVl:				
• Normal (%)	196 (31,1)	14 (6,7)	35 (25,1)	<0,001
• Leve (%)	66 (10,5)	19 (9,2)	14 (10,2)	0,847
• Moderada (%)	108 (17,2)	29 (13,8)	12 (8,6)	0,034
• Severa (%)	260(41,2)	147 (70,3)	78 (56,1)	<0,001
Muertes (%)	52 (8,2)	27 (12,9)	18 (12,9)	0,064
Requerimiento de inotrópicos	110 (17,4)	65 (31,1)	49 (35,2)	<0,001
Requerimiento de soporte ventilatorio	78 (12,3)	36 (17,2)	21 (15,1)	0,190

Materiales y Métodos: Con un diseño retrospectivo se analizaron las epicrisis computadas de una cohorte prospectiva de 978 p que se internaron consecutivamente con diagnóstico de ICA en Unidad Coronaria o a sala de cardiología de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el periodo comprendido entre noviembre de 2006 y junio del 2020. Se incluyó la ICA de nueva aparición o reagudización de una forma crónica. Se excluyeron los p que ingresaron con ICA en contexto de un síndrome coronario agudo, endocarditis infecciosa y los admitidos luego de la realización de procedimientos quirúrgicos. Se establecieron 3 grupos para su comparación de acuerdo al electrocardiograma de ingreso: sin BR, con bloqueo de rama izquierda (BRI) y con bloqueo de rama derecha (BRD). Se analizó la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares, antecedentes y características de ingreso. Para la evolución se consideró el evento combinado de muerte o requerimiento de inotrópicos. Las variables cualitativas se describieron mediante porcentajes, y las variables cuantitativas como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartilo según su distribución. Las comparaciones de las variables categóricas se realizaron mediante test de Chi-cuadrado y las cuantitativas con test de ANOVA o Kruskal-Wallis. Se realizó un análisis univariado y multivariado mediante regresión logística simple o múltiple respectivamente relacionando las variables independientes con las variables de evolución. Se consideró como significativo un valor de $P < 0,05$.

Tabla 2: Regresión logística multivariada para el punto final combinado de mortalidad intrahospitalaria y requerimiento de inotrópicos.

Variable	OR	IC95%	P
BRI vs sin bloqueo	2,06	1,12-3,77	0,019
BRD vs sin bloqueo	2,51	1,30-4,84	0,006
Sexo masculino	1,37	0,77-2,41	0,273
Diabetes	0,47	0,23-0,94	0,034
Historia de insuficiencia cardíaca	1,42	1,04-1,95	0,026
Función ventricular severa	2,41	1,36-4,28	0,002
Edema agudo de pulmón	1,54	0,60-3,92	0,364
Shock cardiogénico	37,87	4,43-323,7	<0,001
Ritmo Sinusal	1,41	0,97-2,07	0,07
Ritmo Otros	1,4	0,83-2,36	0,197

Resultados: Se incluyeron 978 pacientes de 68 ± 15 años (61% hombres) con diagnóstico de ICA. Los grupos estaban formados por: 630 p sin BR; 209 p con BRI y 139 p con BRD. Se presentaron como IC progresiva el 81,8%, como edema agudo de pulmón el 15% y como shock cardiogénico el 3,2%, éste último en asociación significativa con la presencia de BRD ($P<0,001$). La mortalidad total fue de 9,9%, ascendiendo a 12,9% en los pacientes con BR. En la tabla 1 se muestran antecedentes, características de ingreso y de evolución en cada grupo. En la Tabla 2 se muestran los resultados de la regresión logística multivariada para el combinado de mortalidad intrahospitalaria y requerimiento de inotrópicos.

Conclusión: El patrón de BR resultó más frecuente en los p con insuficiencia renal crónica y en aquellos con antecedente conocido de IC. Especialmente el BRI fue encontrado en los p con deterioro severo de la función ventricular. El BRD resultó el predictor más importante de mala evolución intrahospitalaria junto con la función ventricular severa, seguidos del BRI. Se relacionó con el desarrollo de shock cardiogénico, mortalidad y uso de inotrópicos, mientras que llamativamente la diabetes se comportó como factor protector.

0173 - INSUFICIENCIA CARDIACA IZQUIERDA CON FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA PRESERVADA: IMPORTANCIA PRONÓSTICA DE LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA COMO PREDICTOR DE EVENTOS HOSPITALARIOS Y AL AÑO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Imágenes.20

DELFINO, Flavio Andres (1) | MAURO, Víctor Miguel(1) | HSU, Luisa(1) | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | FAIRMAN, Enrique(2) | CHARASK, Adrian(2) | CÁCERES, Leonardo Luis(1) | BARRERO, Carlos Manuel(2)

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

Introducción: La disfunción ventricular derecha (DVD) es un hallazgo frecuente en pacientes (p) con insuficiencia cardíaca (IC), siendo de mal pronóstico en aquellos con función ventricular izquierda (FEVI) deteriorada. Sin embargo su implicancia clínica en la IC con FEVI preservada es incierta.

Objetivos: En una población de p hospitalizados por IC con FEVI preservada: 1- Analizar prevalencia y predictores clínicos de DVD. 2- Evaluar a la DVD como predictor pronostico del evento combinado hospitalario y mortalidad al año.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional de p consecutivos hospitalizados por IC en 2 UCOS. Se incluyeron aquellos con FEVI preservada definida como $\geq 45\%$ por ecocardiograma. El seguimiento al año se realizó de forma presencial o telefónica. El evento hospitalario fue un combinado de muerte, hospitalización prolongada o uso de inotrópicos. DVD se definió como TAPSE < 18 mm, HTA pulmonar a una PSAP calculada por ecocardiograma > 35 mmHg e internación prolongada a ≥ 8 días. Se realizó un análisis multivariado para determinar predictores de DVD. Para determinar la implicancia pronostica de la DVD se realizó un propensity score (PS) con apareamiento 1:1 con las variables clínicamente relevantes.

	Total (544)%	DVD (99)%	s/DVD(445)%	p
Edad (RIC)	83 (77-88)	83 (76-89)	83 (77-88)	0,55
Hombres	38,6	45,2	37,6	0,08
Hipertension	80,9	71	83	0,005
Antialdosteronicos	14,5	28	11,2	<0,001
Sinusal al ingreso	44,3	28	47,6	<0,001
FA al ingreso	45,2	60,2	42,3	<0,001
Valvulopatía	24,8	36,5	21	0,001
Congestion	64,7	86	60,5	<0,001
Edema de pulmon	33,6	11,8	38,3	<0,001
PSAP (RIC)	45 (35-55)	54 (44-65)	42 (35-52)	<0,001
PSAP >35 mmHg	56,1	81,7	51,7	<0,001
TA ingreso (RIC)	150(130-180)	135(110-150)	150(130-180)	<0,001
FC ingreso (RIC)	90 (75-100)	80 (70-100)	90 (78-105)	0,006

Resultados: 1158 p internados por IC de Junio/2010-Diciembre/2018, 544 (47%) tenían FEVI preservada. Mediana de hospitalización 6 días (RIC:4-9), 6,8% (IC95 4,9-9,2) requirió inotrópicos. La mortalidad hospitalaria fue 5,9% (IC95 4,2-8,2), 35,1% (IC95 31,2-39,2) tuvo internación prolongada y la incidencia del evento combinado hospitalario fue de 39% (IC95 35-43,1). La mortalidad en el seguimiento al año fue 33,4% (IC95 29,3-37,8). La prevalencia de DVD fue 18,2% (IC95 15,1-21,8). En la tabla se observan las características basales y aquellas con diferencias significativas en análisis univariado de predictores de DVD. En el análisis multivariado la FA al ingreso (OR 1,85; IC95 1,1-3,1; p:0,02), congestión (OR 2,2; IC95 1,1-4,5; p:0,03), hipertensión pulmonar (OR 3,4; IC95 1,9-6,2; p<0,001) y uso previo de antialdosterónicos (OR 2: IC95 1,1-3,7; p:0,02) fueron predictores independientes de DVD. En la población del PS (170 p, 50% con DVD), realizado con 10 variables clínicas relevantes que presentaron diferencias entre los p con y sin DVD (HTA, valvulopatía, congestión, edema de pulmón, sinusal, FA, TA al ingreso, FC al ingreso, PSAP >35 mmHg, uso previo de antialdosterónicos), la DVD fue predictora del evento combinado hospitalario (54,1% vs 38,8%; p:0,023) pero no de mortalidad al año (36,7% vs 39,2%; p:0,38).

Conclusión: Uno de cada cinco p con IC y FEVI preservada presentaron DVD, siendo predictores la FA, congestión, hipertensión pulmonar y el uso previo de antialdosterónicos. Si bien la DVD fue predictora de eventos hospitalarios, no se asoció a mayor mortalidad al año en nuestra población.

0175 - VALOR PRONÓSTICO DE LA DISCORDANCIA ENTRE BIOMARCADORES DE SOBRECARGA DEL VENTRÍCULO DERECHO EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Tepapéutica

Unidad Temática 2: Imágenes.20

SEROPIAN, Ignacio Miguel | CHIABRANDO, Juan Guido | DAMONTE, Juan Ignacio | HALSBAND, Ana | **DUCKWEN, Florencia** | PIZARRO, Rodolfo | BERROCAL, Daniel H. | BLURO, Ignacio

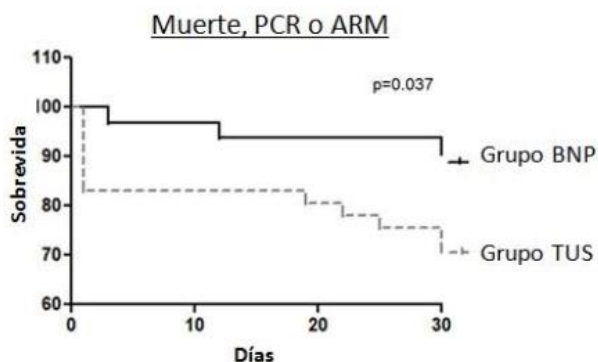
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La elevación de troponina ultrasensible (TUS) y NT pro-péptido natriurético (NTproBNP) aumentan el riesgo en pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo en forma independiente. Sin embargo, algunos pacientes presentan elevación de un solo biomarcador (discordancia), y no se conoce el pronóstico de estas discordancias.

	Grupo BNP	Grupo TUS	p
Edad	81.3 (77-84)	68.5 (59.5-73.3)	<0.001
Sexo Masculino	31% (10)	44% (18)	0.270
FC	96 (76-105)	107 (80-122)	0.035
TEP Bilateral	61%	89%	0.008
PESI 3-5	84%	68%	0.141
Disfunción VD	31%	44%	0.270
Dilatación VD	53%	49%	0.713

Objetivos: Evaluar el pronóstico de los pacientes con TEP agudo con discordancia en la elevación de los valores de TUS y NTproBNP

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva, de pacientes con TEP agudo de intermedio y alto riesgo entre 2016-2019, con elevación discordante de biomarcadores. Se definió discordancia como aumento de TUS sin aumento de NTproBNP (Grupo TUS); y aumento de NTproBNP sin aumento de TUS (Grupo BNP). Se consideró TUS elevada como ≥ 14 pg/mL (pacientes < 75 años) o ≥ 45 pg/mL (pacientes ≥ 75 años), y NTproBNP elevado como > 600 pg/mL, de acuerdo a otras publicaciones. Se evaluaron las características basales, forma de presentación y evolución. El punto final primario fue el compuesto de muerte, paro cardiorespiratorio (PCR) reanimado o requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) a 1 mes. Como punto final secundario se evaluaron los anteriores de manera individual, accidente cerebrovascular, recurrencia de TEP, requerimientos de inotrópicos, necesidad de transfusión y sangrado grave (definido como BARC 3-5). Las variables cuantitativas se expresaron como frecuencia, comparadas con X2, o test de Fisher. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana (rango intercuartil) y se compararon con test de Mann-Whitney. Se analizó el tiempo al punto final primario mediante curvas de Kaplan Meier y test de Log Rank. Se realizó análisis univariado y multivariado (ajustado por sexo, edad e índice de masa corporal). Se consideró estadísticamente significativo $p < 0.05$. Se utilizó software SPSS (IBM).



Resultados: Se incluyeron 73 pacientes (TUS 41 y BNP 32). Los pacientes del Grupo TUS fueron significativamente más jóvenes, con mayor frecuencia cardíaca, más TEP bilateral y mayor utilización de trombolíticos (14.6% vs 0%, $p=0.032$). A pesar de ser más jóvenes, el punto final primario fue significativamente más alto en el Grupo TUS (29.3% vs 9.4%, $p=0.045$) sin diferencias significativas en muerte (6.3% vs 14.6%), PCR (6.3% vs 12.2%) o ARM (3.1% vs 14.6%). No hubo diferencias significativas en inotrópicos, transfusiones, TEP recurrente o sangrados entre grupos. El Grupo TUS se asoció con el punto final primario independientemente de la edad, sexo e índice de masa corporal. (OR 4.95 IC 95 1.04-23.6, $p=0.045$)

Conclusión: La elevación discordante de TUS sin elevación de NTpro-BNP se asoció con peor evolución y mayor tasa de eventos en pacientes con TEP agudo, y fue un predictor de mala evolución independientemente de la edad, el sexo y el índice de masa corporal.

0176 - FRAGILIDAD EN INSUFICIENCIA CARDÍACA: PEOR PRONÓSTICO MÁS ALLÁ DEL TRATAMIENTO MÉDICO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

GONZALEZ, Carlos Luis (1) | **COSTA, Diego**(2) | **DI GIORNO, Gaston**(1) | **CATENA, Enzo**(1) | **ALADIO, José** Martín(2) | **GIRADO, Camilo**(2) | **PÉREZ DE LA HOZ, Ricardo** Alfredo(2) | **CORONEL, Roberto**(1)

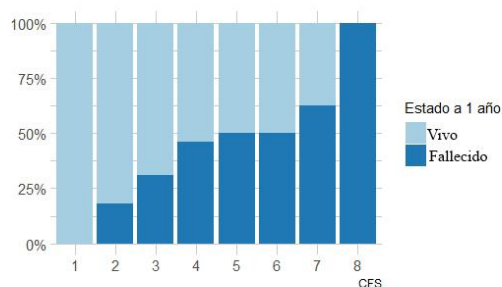
Sanatorio Sagrado Corazón (1); Hospital de Clínicas UBA (2)

Introducción: La fragilidad del paciente es una situación compleja que resulta luego de la pérdida de la reserva fisiológica del organismo a través de múltiples sistemas. Su presencia debe considerarse en el envejecimiento de la población con insuficiencia cardíaca ya que es un predictor importante de supervivencia en el adulto mayor.

Objetivos: Evaluar si la fragilidad del paciente se distingue como predictor per se de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca a 1 año de seguimiento.

Características (n 80)	Desvío standard o media (%)
Edad	73.15 (14.24)
Sexo	44 (55.0)
Hipertensión	65 (81.2)
Diabetes	31 (38.8)
Tabaquismo	23 (28.7)
Insuficiencia renal	16 (20.0)
Fracción de eyección	41.17 (16.95)
Fragilidad	25 (31.2)
Mortalidad	30 (37.5)

Materiales y Métodos: Estudio observacional y analítico en dos centros de la ciudad de Buenos Aires; 80 pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca aguda (ver tabla). Se evaluó fragilidad con la Escala de Fragilidad Clínica (CFS). Para la comparación estadística se utilizó test de Chi – cuadrado.



Resultados: Encontramos una asociación significativa entre fragilidad y mortalidad a 1 año ($p=0.02$). Posteriormente se analizó el tratamiento médico al momento del egreso hospitalario como posible explicación para los hallazgos (incapacidad de tratamiento médico óptimo, dosis mínimas no toleradas) pero no hubo asociación. Tanto los pacientes frágiles como aquellos que no lo eran fueron tratados de la misma manera: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina ($p= 0.44$), beta bloqueantes ($p=0.33$) o espironolactona ($p=0.93$).

Conclusión: La fragilidad del paciente puede ser obtenida sencillamente con una escala que se realiza al pie de la cama y ofrece un predictor de mortalidad en nuestra población. Así también estos hallazgos nos inducen a pensar que existen más factores aún no dilucidados en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca; tal vez un enfoque más específico e integral para los pacientes frágiles luego del egreso hospitalario sea necesario.

0177 - EL HIPERALDOSTERONISMO SE ENCUENTRA RELACIONADO CON FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR EN BUENA CLASE FUNCIONAL

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Tepapéutica

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

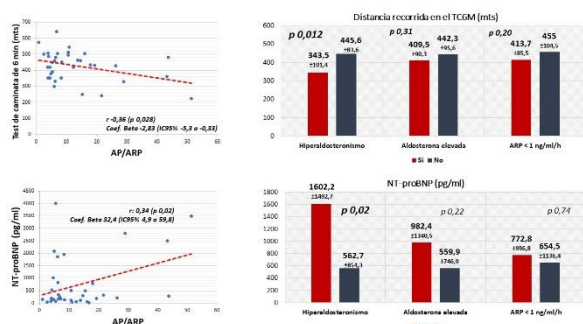
ATAMAÑUK, Andrés Nicolás(1) | ZAMBRANO ZAMBRANO, Jorge(1) | GANDINO, Ignacio Javier(1) | **HOFFMANN, Diego Andres** (1) | ZAUGG NADUR, Rafael Omar(1) | OBREGON, Sebastian(2) | GOMEZ, Luis(1) | LITEWKA, Diego Fabián(1)

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández (1); Hospital Universitario Austral (2)

Introducción: La activación del sistema Renina-Aldosterona en Hipertensión Pulmonar (HP) podría tener implicancias pronósticas. El tratamiento con antialdosterónicos es controversial y sujeto a un debate permanente. En la escasa literatura existente no está claramente establecido el valor pronóstico de la Aldosterona plasmática (AP) y Actividad de Renina Plasmática (ARP) en esta patología, y no hay descripciones respecto a la prevalencia de Hiperaldosteronismo (HA) en esta población y su implicancia pronóstica.

Objetivos: Evaluar la activación del eje renina-aldosterona y la prevalencia de HA en HP. Establecer su valor pronóstico.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, aprobado por el C. de ética. Se midió ARP, AP y se estableció el índice AP/ARP en p consecutivos seguidos en consultorio con diagnóstico de HP precapilar. Criterios de inclusión: diagnóstico por cateterismo cardíaco derecho, estables en CF I o II en últimos 3 meses y no estar recibiendo fármacos que interfirieran con las mediciones de las hormonas. Se definió; HA como $ARP < 1 \text{ ng/ml/h}$ y $AP/ARP > 20$; AP elevada $\geq 90 \text{ pg/ml}$; y ARP baja $< 1 \text{ ng/ml/h}$. Se compararon los grupos entre sí para; HA vs no; AP elevada vs no; ARP baja vs no. Los valores se relacionaron con distancia recorrida en TC6M, NT-proBNP y CF.



Resultados: De 137 p con HP precapilar, 99 p fueron desestimados (falta de criterios). Se incluyeron 38 p (36 mujeres, 2 hombres). Los subtipos de HP fueron; 23,7% idiopáticas, 28,9% enfermedad del tejido conectivo, 21,1% congénitas, 10,5% VIH y 15,8% tromboembólica crónica. Los resultados fueron; AP $93,9 \pm 78 \text{ pg/ml}$; ARP $1,12 \pm 1,1 \text{ ng/ml/h}$ e índice de AP/ARP $13,2 \pm 11,8$. La prevalencia de HA fue 15,8% (6p), AP elevada 42,1% (16p) y ARP < 1 65,8% (25 p). 34% (13p) presentaban AP con valores de 1 DS por debajo de lo normal. Se halló una diferencia significativa en grupo HA vs no, para; TC6M $343,5 \pm 101,4$ vs $445,6 \pm 83,6 \text{ mts}$ ($p = 0,012$) y NT-proBNP; $1602,2 \pm 1492,7$ vs $562,7 \pm 854,3 \text{ pg/ml}$ ($p = 0,022$) respectivamente. Hubo una tendencia a favor de mayor prevalencia de CF II en HA y CF I en grupo no HA ($p = 0,07$). No se hallaron diferencias en TC6M, NT-proBNP o CF entre los grupos AP elevada y no, o ARP baja y no. Hubo una correlación lineal para el índice AP/ARP con TC6M; $r = -0,36$ ($p = 0,028$; coef beta $-2,83$ (IC95% $-5,3$ a $-0,33$)) y con NT-proBNP; $r = 0,34$ ($p = 0,02$; coef beta $32,4$ (IC95% $4,9$ a $59,8$)). Las correlaciones para AP y APR con TC6M y NT-proBNP no fueron significativas. Hubo mayor prevalencia de pacientes añosos en el grupo HA vs no. Se hallaron diferencias significativas en el cateterismo en el grupo HA en TAD, TAM, RVS y una tendencia a mayor RVP. También se halló mayor TAD y PVC en el grupo ARP < 1 . No se encontraron diferencias hemodinámicas en el grupo AP. Los valores antropométricos, de laboratorios y ecocardiográficos entre los distintos grupos no presentaron diferencias.

Conclusión: Una proporción de p con HP en CF I-II presentan HA. La presencia del mismo se asoció significativamente con distintos factores de valor pronóstico probado y ampliamente utilizados. Se debe destacar que la AP elevada o la alteración de ARP no parecen tener valor pronóstico, e interesadamente un tercio de los pacientes mostraron valores anormalmente bajos de AP. Desconocemos la implicancia diagnóstica y terapéutica del HA en HP, ya que hasta la fecha y en nuestro conocimiento no ha sido descripta ni evaluada en la literatura.

0178 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS: ANÁLISIS COMPARATIVO DEL REGISTRO EIRA-2 Y EIRA-3.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Endocarditis Infecciosa

IRIBARREN, Ana Carolina(1) | **WECKESSER, Federico Ivan** (1) | FERNANDEZ OSES, Pablo Andres(1) | CASABÉ, Horacio(2) | AVELLANA, Patricia Mabel(3) | GARCIA AURELIO, Mauro Javier(4) | SPENNATO, Mario Cesar(5) | NACINOVICH, Francisco(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Fundación Favalaro (2); Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (3); Area de Investigación SAC (4); Area de Consensos y Normas SAC (5)

Introducción: A pesar de los avances en los tratamientos y métodos diagnósticos, la endocarditis infecciosa por Staphylococcus Aureus (EISA) continúa siendo una entidad con elevada morbimortalidad, significativamente mayor que la causada por otros agentes infecciosos.

Objetivos: Analizar características clínicas, complicaciones y mortalidad entre la población con EISA de los registros "Endocarditis infecciosa en la República Argentina-3" (EIRA-3) y EIRA-2.

Materiales y Métodos: Estudio comparativo de la subpoblación con EISA definida según criterios de Duke modificados en EIRA-3 y EIRA-2. Se realizó un análisis univariado entre ambos grupos mediante el test de Student para variables cuantitativas y el test de chi cuadrado o test exacto de Fisher para variables cualitativas, según correspondiera. Se consideró como significativo un error alfa de hasta 5%.

Resultados: Se compararon 139 pacientes con EISA en EIRA-3 (EISA-3) y 108 pacientes con EISA en EIRA-2 (EISA-2). La edad media de la población en EISA-3 fue de $60 \pm 19,2$ y en EISA-2 de $58,5 \pm 17,3$ años ($p=0,52$). Sexo masculino: 65,5% vs 70%, $p=0,41$. Prótesis valvular: 10,1% vs 14,3 %, $p=0,58$. Valvulopatía reumática: 4,3% vs 0,9%, $p=0,14$. Endocarditis infecciosa protésica precoz: 0 vs 4,6%, $p=0,06$. Antecedentes de drogas endovenosas: 1,4% vs 4,6%, $p=0,15$. Diabetes: 33,1% vs 17,6%, $p<0,005$. Hemodiálisis: 16,5% vs 21,3%, $p=0,34$. Procedimientos invasivos previos: 39,6% vs 33,1%, $p=0,31$. Fiebre: 92,8 vs 82,4%, $p=0,01$. Esplenomegalia: 11,5% vs 26,9%, $p=0,006$. Petequias: 20,9% vs 26,9%, $p=0,44$. Insuficiencia cardíaca (IC) en la evolución (definida como IC al ingreso y/o empeoramiento de IC): 45,2% vs 34,3%, $p=0,07$. Insuficiencia renal aguda: 27% ambos grupos. Embolias periféricas: 40,3% vs 8,3%, $p<0,005$. Shock séptico: 16,5% vs 25%, $p=0,10$. Accidente cerebrovascular: 17,5% en ambos grupos. Aneurisma micótico: 1,4% vs 0,9%, $p=0,71$. Cirugía valvular: 36% vs 20,4%, $p=0,008$. Mortalidad en el período de seguimiento: 37,9% vs 34,3%, $p=0,41$

Conclusión: El perfil clínico de los pacientes con EISA ha cambiado en la Argentina. En el EIRA 3, se registró una mayor prevalencia de pacientes diabéticos y menor de adictos endovenosos. La fiebre y las embolias periféricas fueron más frecuentes en el EIRA 3; Aunque no significativa, la presencia o desarrollo de IC fue más frecuente en el EIRA 3. Si bien aumentó el tratamiento quirúrgico, no se ha logrado reducir la mortalidad por EISA en la República Argentina entre el período comprendido entre ambos registros (2002-2016). La mortalidad por EISA continúa siendo elevada y superior a la reportada en otros países.

0185 - "PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL MAL CONTROLADA EVALUADA POR MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA"

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Arterial

GUARAGLIA, Walter Gerardo | **MARPEGAN, Cecilia** | CIANFAGNA, Ana Daniela | BOTVINIK, Graciela Rosa | AGUSTINI, Miguel Angel | MANGARIELLO, Brenda | GITELMAN, Patricia Carmen | SALZBERG, Simón Mario

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. Su prevalencia continua en aumento y constituye un verdadero problema sanitario por su escaso control. El mejor método para su evaluación es el monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA), que ha demostrado ser superior a la medición de la presión arterial (PA) en consulta para determinar riesgo de daño orgánico, eventos cardiovasculares y mortalidad cardiovascular.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y tratamiento de pacientes (P) hipertensos conocidos que fueron evaluados a través del MAPA. Determinar si existen diferencias entre grupos de acuerdo al control o no de la PA. .

Materiales y Métodos: Con un diseño retrospectivo, se analizaron las historias clínicas de P hipertensos bajo tratamiento, seguidos en los consultorios externos de cardiología, a los que se realizó un MAPA entre 01 de abril al 31 de diciembre de 2019. Se utilizó equipo Microlife, watch bp 03. Se confeccionó una base de datos, y los mismos fueron procesados con STATA versión 13. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y las continuas como media y desvío estándar. Se compararon los P con PA mal controlada con aquellos con buen control de la misma. Para ello se utilizó el test de Chi cuadrado y el test de Student, de acuerdo al tipo de variable analizada. Se consideró una $p < 0.05$. Se definió grupo de HTA mal controlada: P con valores de PA igual o mayor a 135/85 en 24hs, PA igual o mayor de 130/80 de día, PA igual o mayor de 120/70 de noche. Se excluyeron aquellos P que presentaron HTA nocturna asociada a un mal dormir (según descripción del diario).

Resultados: Se evaluaron 295 MAPAs pertenecientes a P hipertensos bajo tratamiento farmacológico. La edad promedio fue de 63 años (+/-13), el 40% de la población presentó HTA mal controlada. Comparando el grupo mal controlado con el grupo controlado: el género femenino fue menos prevalente (57,7% vs 69.4% p 0.04), hubo más cantidad de diabéticos (21.7% vs 12, 4%, p 0.03). El ritmo circadiano alterado fue mayor (74.8% vs 49.8%. $p < 0.001$) En cuanto al tratamiento, no hubo diferencia entre la cantidad de drogas antihipertensivas en cada grupo, ni en el tipo de medicación. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o de los receptores de angiotensina II, fueron los más utilizados (81, 7% vs 79,1% p 0.55), seguido por los betabloqueantes (36.5 vs 39% p 0.63) y bloqueantes cálcicos (35,6 vs 32,8% p 0.64), dejando en el cuarto lugar a los diuréticos (16.5% vs 23.3% p 0.15). (Ver tabla 1)

HTA en tto (n 293)	Mal controlados (40%, n=116)	Controlados (60%, n 177)	p
Edad (media±DS)	64.3±14	63.12±13.8	0.48
Mujeres	41.7%	30.5%	0.04
BMI	29.1± 5.2	28.3± 5	0.19
TBQ	11.3%	10.7%	0.9
DBT	21.7%	12.4%	0.03
Antec. Coronarios	7%	5.6%	0.66
PAS 24 hs	134.8 ± 13.3	114.4± 8.5	< 0.001
PAD 24 hs	78± 9.9	67 ± 6.5	< 0.001
PAS diurno	136.8 ± 14.7	118.2 ± 8.9	< 0.001
PAD diurno	80.2 ± 10.8	70.2± 7.2	< 0.001
PAS nocturno	130± 14.9	105.4± 12.2	< 0.001
PAD nocturno	72.3± 10.6	59.7± 6	< 0.001
PAS matutina	148.9± 10.7	131.8± 15.1	< 0.001
PAD matutina	89.4 ± 13	80.9± 9.9	< 0.001
Dipper conservado	25.2%	50.2%	< 0.001
IECA/ARA II	81.7%	79.1%	0.55
Beta bloqueantes	36.5%	39%	0.63
Bloqueantes cálcicos	35.6%	32.8%	0.64
Diuréticos	16.5%	23.2%	0.15
Alfa-bloqueantes	-	0.5% (n 1)	0.41
Monodroga	40%	39.5%	0.93
2 drogas	32.2%	33.3%	0.83
3 drogas	21.7%	20.9%	0.89

Conclusión: Mas de la mitad de los P presentaron buen control de la PA. En la población total predominaron las mujeres, siendo ellas y los p diabéticos los que peor control tuvieron. Si bien la mayoría de los hipertensos no controlados tuvieron un ritmo circadiano alterado, solo la mitad de los P con la PA controlada mostraron un ritmo circadiano normal. Solo 60% de los P fue tratado con 2 o más drogas, sin diferencias entre los grupos.

0186 - ¿TODOS LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEBEN RECIBIR ESTATINAS? ANÁLISIS SEGÚN DIFERENTES ESTRATEGIAS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

Unidad Temática 2: Imágenes.20

MORA CRESPO, Lorena Mishel | MASSON JUÁREZ, Walter Mauricio | CORNEJO, Guillermo | DAMONTE, Juan Ignacio | FIORINI, Norberto | SCOLNIK, Marina | ALVARADO, Nicolas | ROSSI, Emiliano

Hospital Italiano de Buenos Aires

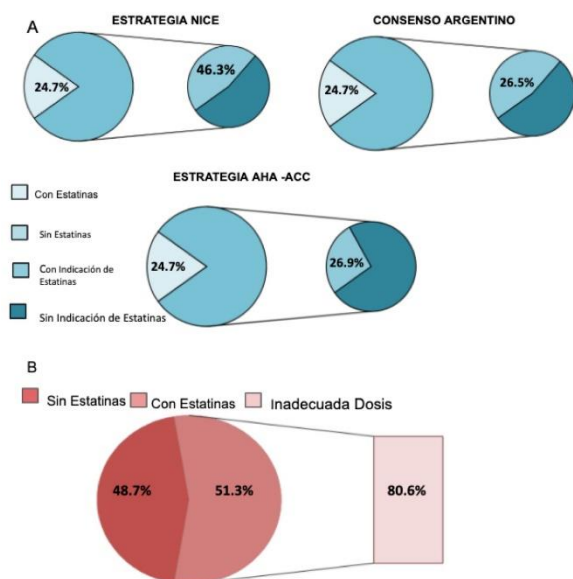


Figura 1. Diferencias entre la indicación de estatinas recomendada por distintas estrategias y la realidad observada en la población. **A:** Prevención primaria, **B:** Prevención secundaria

Introducción: Diferentes estrategias se han propuesto para el manejo del riesgo cardiovascular y la indicación de estatinas en los pacientes con artritis reumatoidea (AR).

Objetivos: Estimar el riesgo cardiovascular por diferentes estrategias analizando qué proporción de pacientes serían candidatos a recibir estatinas.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal a partir de una base de datos secundaria. Los puntajes QRISK-3, Framingham (ajustado por un factor multiplicador $\times 1.5$), y el Riesgo de Enfermedad Aterosclerótica Cardiovascular (ASCVD) fueron estimados. La indicación de estatinas según las recomendaciones del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), el Consenso Argentino de Enfermedades Inflamatorias Crónicas y las guías de la American Heart Association (ACC/AHA) 2018 fueron analizadas.

Resultados: Se incluyeron 420 pacientes (edad $69,7 \pm 13,8$ años, 85,5% mujeres). Según el Consenso Argentino, 22,1%, 23,7%, y 54,2% de la población se clasificó como bajo, moderado o alto riesgo, respectivamente. Considerando las guías Americanas, el 20,6%, 6,9%, 27,0% y 45,5 de los pacientes se clasificó como riesgo bajo, límite, moderado o alto, respectivamente. El 79,2% de los sujetos se clasificó "en riesgo" según las recomendaciones NICE. El 24,7% y el 48,7% de los pacientes en prevención primaria y secundaria recibían estatinas. Sólo 19,4% de los pacientes con antecedentes cardiovasculares recibían estatinas de alta intensidad. En los sujetos sin tratamiento previo, aplicando las guías ACC/AHA (basadas en el puntaje ASCVD), el Consenso Argentino (basado en el puntaje ajustado Framingham), las guías NICE (basadas en el QRISK-3), 26,9%, 26,5% y 41,1% de la población fue elegible para recibir estatinas. figura 1

Conclusión: Aplicando tres estrategias para el manejo lipídico en esta población, la estratificación del riesgo cardiovascular y la indicación de estatinas fue diferente. Se observó una brecha entre la indicación de estatinas esperada y el uso observado.

0187 - PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN VALVULAR PROTÉSICA EN POSICIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA Y REEMPLAZO VALVULAR PULMONAR: UNA COHORTE RETROSPECTIVA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Valvulopatías

Unidad Temática 2: Cardiopatías Cónicas Del Adulto

SRUR, Sebastián | POLITI, Maria Teresa | BANCO AVILA, Pamela Alejandra | RIZNYK, Laura Mariana | SPALETRA, Pablo Marcelo | CAMPOROTONDO, Mariano | RONDEROS, Ricardo | ELIZARI, Amalia

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: El remplazo valvular pulmonar (RVP) es una indicación relativamente frecuente en pacientes con cardiopatías congénitas (CC), utilizando homoinjerto criopreservado o válvula biológica en la mayoría de los pacientes. En el seguimiento, algunos de ellos presentan disfunción valvular protésica pulmonar (DVPP), pudiendo requerir una reintervención.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es establecer la prevalencia de DVPP en pacientes adultos seguidos en un centro de alta complejidad e identificar los potenciales factores predisponentes.

Materiales y Métodos: Esta es una cohorte retrospectiva que incluyó a pacientes mayores de 18 años de edad con CC y antecedente de RVP, con seguimiento en un centro de alta complejidad. Se excluyeron aquellos pacientes con CC complejas (e.g., transposición de grandes vasos, doble salida del ventrículo derecho, ventrículo único, tronco arterioso y atresia pulmonar con septum intacto) y a pacientes con seguimiento menor a 1 año. El desenlace primario fue la prevalencia conjunta de DVPP (gradiente máximo ≥ 40 mmHg o insuficiencia valvular al menos moderada) y/o falla valvular protésica (definida como necesidad de RVP quirúrgico o intervención percutánea) -ambas definidas por Lee 2011. De manera exploratoria, se analizó la prevalencia de sospecha de estenosis protésica pulmonar (definida por Lancellotti 2016 como gradiente medio ≥ 20 mmHg para bioprotésis o ≥ 15 mmHg para homoinjertos) y se describieron las características clínicas/quirúrgicas más prevalentes en pacientes con disfunción/falla protésica, en búsqueda de identificar candidatos a potenciales factores de riesgo. La estimación del tamaño muestral se hizo en base a una prevalencia esperada del desenlace primario de 7,8% (Lee 2011). Aceptando límites de confianza de 8% e intervalos confianza del 95%, se calculó un tamaño muestral de 44 pacientes (OpenEpi).

Resultados: Se evaluaron 48 pacientes, de los cuales se excluyeron a 4 por presentar un seguimiento menor a 1 año, quedando 44 pacientes incluidos. De ellos, 54,5% eran mujeres con una media de edad al primer RVP de $29,2 \pm 14,8$ años. Luego de una mediana de 7 [2,2-15,1] años de seguimiento, hubo una prevalencia conjunta de disfunción y/o falla valvular protésica del 34,1% (15 pacientes con disfunción, de los cuales 9 presentaron, a su vez, falla). De la cohorte inicial, 20,5% (9 pacientes) requirió un segundo RVP y 2,3% (1 paciente) requirió un tercero. Durante ese período, 38,6% (17 pacientes) de la cohorte cumplió criterios de sospecha de estenosis protésica, de los cuales 70,6% (12 pacientes) desarrollaron disfunción o falla. Los pacientes que desarrollaron disfunción/falla tendían a ser más jóvenes en el momento del primer RVP ($19,7 \pm 17,0$ vs $34,1 \pm 10,8$ años) y presentar atresia pulmonar en el cuadro clínico original (40% vs 0%). Asimismo, la válvula protésica originalmente implantada tendió a ser más pequeña (22 [20-23] vs 26 [24-27]) y del tipo homoinjerto (87% vs 41%) en estos pacientes.

Conclusión: En una mediana de 7 años, más de un tercio de los pacientes con RVP desarrollaron disfunción o falla protésica, requiriendo re-intervención en casi dos tercios de estos casos. La atresia pulmonar, la edad temprana al primer RVP, el uso de homoinjerto y el menor tamaño valvular protésico son potenciales factores de riesgo.

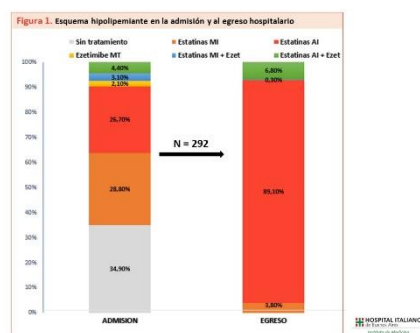
0192 - APLICACIÓN SISTEMÁTICA DE UN ALGORITMO PARA EL MANEJO LIPÍDICO EN PACIENTES DE MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR: IMPACTO EN LOS OBJETIVOS LIPÍDICOS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

Unidad Temática 2: Educación Médica

Hospital Italiano de Buenos Aires



Introducción: Teniendo en cuenta la evidencia generada durante las últimas dos décadas, diferentes guías sobre el manejo lipídico han sido publicadas. En los pacientes internados por un evento cardiovascular aterosclerótico, la mayoría de las recomendaciones actuales sugieren evaluar el perfil lipídico al ingreso y administrar precozmente estatinas de alta intensidad. Asimismo, luego de la externación, el monitoreo lipídico precoz para comprobar la adherencia y ajustar el tratamiento es crucial para lograr los objetivos lipídicos recomendados

VARIABLE	C-LDL <70 mg/dl	C-LDL ̥70mg/dl	p
Edad, años [media(DS)]	69,2 (11,2)	72,0 (10,7)	0,04
LDL-C basal, mg/dl [media(DS)]	91,5 (32,4)	122,9 (37,8)	< 0,0001
Sexo masculino, %	84,8	74,8	0,04
Diabetes mellitus, %	28,7	16,8	0,02
Hipertensión arterial, %	75,3	57,9	0,002
Tabaquismo activo, %	16,3	26,2	0,13
Enfermedad cardiovascular previa, %	55,1	52,3	0,65
Insuficiencia renal crónica, %	11,8	12,2	0,93
Uso previo de estatinas, %	64,5	62,9	0,79
Uso previo de estatinas de alta intensidad, %	58,9	33,3	0,001
Uso previo de ezetimibe, %	7,9	12,2	0,23

Objetivos: Analizar el tratamiento hipolipemiante indicado y verificar el cumplimiento de las metas lipídicas recomendadas, durante la internación y en el seguimiento precoz, luego de aplicar en forma sistemática un algoritmo para el manejo lipídico basado en las recomendaciones actuales.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, unicéntrico y prospectivo, que incluyó pacientes en forma consecutiva internados en la Unidad Coronaria con diagnóstico de síndrome coronario agudo con o sin elevación del segmento ST o revascularización coronaria/periférica programada (quirúrgica o mediante angioplastia), entre el 15 de agosto de 2019 y el 15 de enero de 2020.

Resultados: Se incluyeron 292 pacientes. El nivel basal de C-LDL observado en la población fue $103,0 \pm 37,6$ mg/dl. 63% de los pacientes incluidos estaban tratados previamente con estatinas. Se indicaron estatinas de alta intensidad en el 95,9% de los casos al alta. En el control a las 6 semanas, el 62,5% de los pacientes alcanzó la meta de C-LDL < 70 mg/dl. En el control a las 12 semanas, realizado en el subgrupo de pacientes que no alcanzó la meta lipídica a las 6 semanas, el 69,1% de los sujetos alcanzó el objetivo de C-LDL y se indicó un iPCSK9 en 7 pacientes. Globalmente, a las 12 semanas, el 88,4% de toda la población alcanzó la meta de C-LDL (85,9% > 50% de reducción).

Conclusión: La aplicación de un algoritmo basado en las guías actuales, logró que una gran proporción de sujetos de alto riesgo cardiovascular alcancen las metas de C-LDL durante el seguimiento precoz. La indicación de iPCSK9 quedaría reservada para un grupo muy selecto de pacientes.

0195 - PREDICTORES DE MORTALIDAD DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE TERCER NIVEL

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular

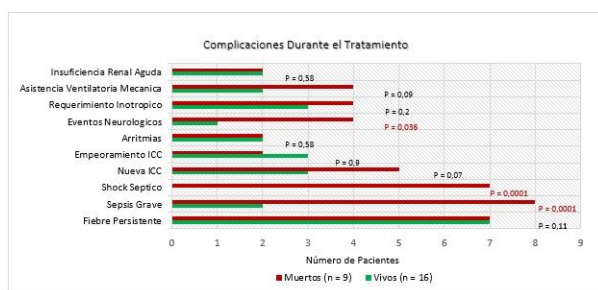
MIRAGAYA, Nicolas | DUVAL, Javier Andrés | CHRISTEN, Alejandra Inés | TRAININI, Alejandro | PÉREZ, Marcelo Daniel | STAZZONE, Pablo Matías | BARISANI, José Luis | CRESPO, Fabian

Hospital Interzonal de Agudos Presidente Perón

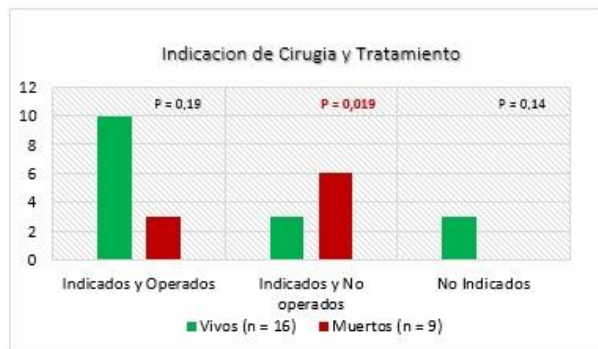
Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una patología con alta morbimortalidad en la cual influyen distintos factores pronósticos.

Objetivos: Los objetivos fueron analizar las características clínicas, microbiológicas y pronósticas de los pacientes con EI de nuestra población hospitalaria y aislar los factores que fueron influyentes en la mortalidad de la misma.

Materiales y Métodos: Se observaron en forma retrospectiva las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico definitivo de EI (según criterio de Duke modificado) en nuestra Institución entre Enero 2015 y Mayo 2020. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v24, aplicando test de Student y Chi-Cuadrado, para determinar las variables independientes relacionadas a mortalidad hospitalaria.



Resultados: Ingresaron a nuestra Institución 25 pacientes (56% hombres) (P) con diagnóstico definitivo de EI, edad $45,7 \pm 18$ años. La mortalidad hospitalaria fue del 36% (9P). La diabetes mellitus no fue un predictor de mortalidad (2/16 vs. 4/9 P, $p = 0.072$), al igual que la insuficiencia renal crónica, el antecedente de EI previa, la presencia de cardiopatía congénita, o la edad ≥ 65 años. El síntoma de inicio que tuvo peor pronóstico fue la sepsis (1/16 vs. 5/9 P, $p = 0.005$), mientras que la presencia de insuficiencia cardíaca, manifestaciones embólicas, inmunológicas, y las distintas afecciones valvulares no se asociaron a mayor mortalidad. Tampoco se encontraron diferencias respecto del germen hallado y hemocultivos negativos. Las complicaciones durante el tratamiento que se vincularon a mortalidad fueron la presencia de sepsis grave (2/16 vs. 8/9 P, $p = 0.0001$), shock séptico (0/16 vs. 7/9 P, $p = 0.00003$) y eventos neurológicos (1/13 vs. 4/8 P, $p = 0.02$). La demora en el tiempo hasta el diagnóstico (5.5 vs. 12.5 días, $p = 0.06$) y el Euroscore II (6.14% vs 11.95%, $p = 0.23$) no presentaron diferencias significativas en relación con la mortalidad. El 67% de los pacientes que fallecieron, presentaban indicación quirúrgica, pero no lograron operarse, siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p = 0.019$).



Conclusión: En los pacientes con diagnóstico de EI en un Hospital Público de tercer nivel los factores predictivos de mortalidad hallados son: sepsis al inicio o durante su tratamiento y complicaciones neurológicas. Por el contrario, la edad, la diabetes mellitus, la afección valvular, la insuficiencia renal, la insuficiencia cardíaca o el germen causal no se asociaron a mortalidad en nuestra población. El subgrupo de pacientes que tenían indicación quirúrgica y no fueron operados presentaron una menor sobrevida.

0197 - EVALUACION ECOCARDIOGRAFICA Y HEMODINAMICA EN DEPORTISTAS AMATEURS EN RELACION CON UN GRUPO CONTROL

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

Unidad Temática 2: Cardiología del Ejercicio

IBARROLA, Martin

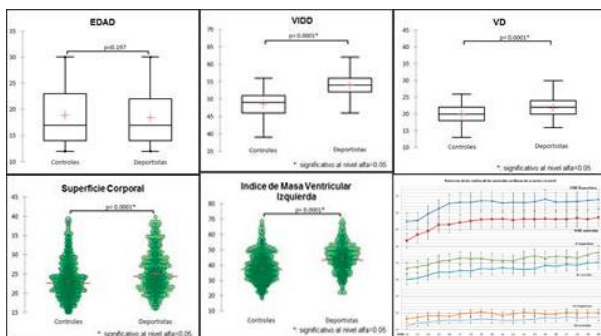
Actividad Clínica Privada

Introducción: La adaptación cardíaca y hemodinámica valorada por ecocardiografía se presenta desde edades tempranas en deportistas . Su análisis permite identificar la adaptación fisiológica en deportistas amateurs.

	Controles (n: 3226)	Desv. típica	Deportistas (n: 1448)	Desv. típica	p
EDAD	18.89	5.50	18.47	4.97	0.197
VIDD	48.53	3.31	53.92	3.13	<0.0001
VIDS	29.95	3.43	33.62	3.67	<0.0001
VDDD	19.70	2.60	21.60	2.56	<0.0001
SIVD	9.79	1.36	10.51	1.29	<0.0001
PPD	8.79	1.19	9.27	2.27	<0.0001
AI	34.87	3.53	37.97	3.48	<0.0001
RAO	28.17	3.04	29.45	2.74	<0.0001
FEY	70,86	5.12	67,39	4.86	<0.0001
FAC	38.31%	0.048	37.68%	0.050	<0.0001
IMC	23.01	4.02	24.99	4.34	<0.0001
FC	73.81	9.80	66.43	10.80	<0.0001
TAS	112.70	18.11	113.55	11.27	0.047
TAD	69.70	9.35	69.78	9.13	0.735
MasaVI	160.65	40.67	203.59	42.75	<0.0001
IMVI	37.59	7.56	43.95	7.90	<0.0001
ER	0.38	0.04	0.36	0.03	<0.0001
VMC	5,42	0.58	6,11	0.76	<0.0001
IC	3,1	0.38	3,23	0.56	<0.0001
RPT	1214,75	20.12	1073	26.78	<0.0001
ICA	1	0.13	1.07	0.18	0.124
Relación E/A	0.91	0.23	0.82	0.27	<0.0001

Objetivos: Evaluar por ecocardiografía las cavidades cardíacas, músculo cardíaco, índice de masa corporal, relación E/A. Incluyendo valores hemodinámicos y antropométricos . Estimar la adaptación cardiovascular en deportistas amateurs con un grupo control de la misma edad y sexo.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, de corte prospectivo. Se incluyeron ecocardiogramas de pacientes masculinos de 12 a 30 años de edad, en el periodo enero 2010 a marzo del 2020 . Se incluyeron 1.446 deportistas y 3.227 controles. Incluyendo medidas antropométricas, frecuencia cardíaca y presión arterial. Se excluyeron ecocardiogramas anormales. Se realizó el análisis estadístico de los parámetros ecocardiográficos, relación E/A, hemodinámicos, superficie corporal, frecuencia cardíaca y presión arterial entre ambos grupos.Tabla



Resultados: la edad media resulto similar en ambos grupos (18 años). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en todos los parámetros ecocardiográficos valorados ($p < 0.0001$). Sin significancia estadística en presión arterial sistólica, diastólica e índice de complacencia arterial. Las evaluación por edad presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.0001$) en deportistas amateurs vs controles.

Conclusión: La actividad deportiva amateur promueve cambios en los valores ecocardiográficos, espesores parietales, índice de masa ventricular izquierda, relación E/A y valores hemodinámicos. A menores frecuencias cardíacas presentan un mayor volumen cardíaco minuto y disminución de las resistencias periféricas totales. Esta adaptación Se evidencia desde edades tempranas, persisten en su desarrollo con la continuidad de la practica deportiva.

0198 - PRONOSTICO DE LA REVASCULARIZACIÓN DE ENFERMEDAD VASCULAR INFRAPATELAR A LARGO PLAZO.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Enfermedad Vascular Periférica

CHIABRANDO, Juan Guido | GARAGOLI, Fernando Damián | **FLEITAS, María de Los Milagros** | ABRAHAM FÓSCOLO, María Marta | VALLE RALEIGH, Juan | BLURO, Ignacio | RABELLINO, Jose Martin | ROJAS MATAS, Carlos Alberto

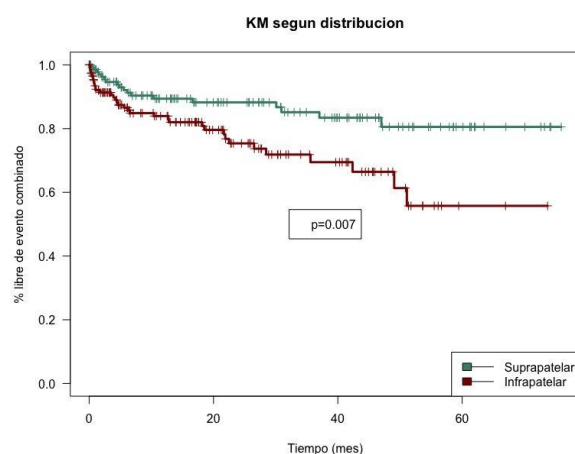
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Los pacientes con enfermedad vascular arterial periférica presentan mayor riesgo de eventos cardiovasculares. La revascularización de los lechos infrapatelares (IP) presenta escasos datos de seguridad y permeabilidad a largo plazo comparado con la revascularización de lechos supratelares (SP).

Objetivos: Determinar el pronostico de la presencia de enfermedad IP a largo plazo.

	Supratelar n=151	Infrapatelar n=158	p-valor
Edad (años)	70.86 ± 11.26	72.76 ± 11	0.134
Masculino	97 (64.2)	103 (65.2)	0.955
Hipertension arterial	123 (81.5)	134 (84.8)	0.525
Diabetes Mellitus	34 (22.5)	60 (38.2)	0.004
Tabaquismo activo	46 (30.5)	22 (13.9)	<0.001
Insuficiencia renal cronica	28 (18.8)	32 (20.4)	0.837
Revascularizacion periferica previa	53 (35.1)	34 (21.8)	0.014
Hemoglobina (mg/dl)	12.70 [11.00, 14.00]	12.40 [10.90, 13.67]	0.128
Creatininemia (mg/dl)	0.96 [0.75, 1.18]	1.00 [0.78, 1.29]	0.349
Eventos			
Muerte	23 (15.2)	25 (15.8)	1
MACE (Muerte + Infarto + ACV)	30 (19.9)	36 (22.8)	0.627
Hosp. Isquemia Critica (HIC)	14 (9.3)	26 (16.5)	0.087
Amputacion mayor	5 (3.3)	16 (10.1)	0.031
Combinado (HIC + Amp. mayor)	18 (11.9)	34 (22.1)	0.025

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, unicéntrico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que presentaron enfermedad vascular periférica sintomática en miembros inferiores con requerimiento de revascularización desde el 01/01/2014 hasta el 01/06/2020. Los pacientes con enfermedad IP se definieron como aquellos con enfermedad aislada sin lesiones suprapatelares hemodinámicamente significativas. Aquellas variables que presentaron diferencia significativa en la regresión logística univariada (con un valor de $p < 0.1$) se incluyeron en un modelo de regresión logística multivariado con el método Stepwise. El evento principal fue el combinado de hospitalización por isquemia crítica y amputación. Como eventos secundarios se analizó muerte de todas las causas, MACE (combinado de muerte, infarto no fatal y accidente cerebrovascular no fatal) y los eventos individuales del evento primario. La supervivencia libre de evento combinado se analizó mediante curva de Kaplan Meier y análisis Log-Rank. Se pudo estimar el hazard ratio del evento combinado mediante regresión de Cox. Todos los análisis se realizaron con R versión 3.5.1 (R Foundation for Statistical Computing, Viena, Austria).



Resultados: Se incluyeron 309 pacientes con una mediana de seguimiento de 2.24 años, de los cuales 158 (51.13%) presentaron distribución IP (Tabla 1). La edad promedio en este grupo fue de 71.76 ± 11 años, de los cuales 103 (65.2%) eran hombres. Comparados con los pacientes SP, los IP presentaron mayor prevalencia de diabetes (38.2% vs 22.5%, $p=0.004$) y menor prevalencia de antecedente de revascularización percutánea periférica (21.8% vs 35.1%, $p=0.014$). El grupo IP presentó mayor incidencia en el evento principal (HR=2.11 IC95% [1.15-3.85] $p=0.014$), a expensas de un aumento en la amputación mayor (HR=3.54 IC95% [1.23-10.18] $p=0.019$). La mortalidad total fue similar en ambos grupos (15.8% vs 15.2%, $p=1$), así como el combinado MACE (22.8% vs 19.9% $p=0.627$). En el modelo de regresión multivariado, IP estuvo asociado al evento combinado independientemente de diabetes, tabaquismo, edad y sexo ($\beta=0.82$, OR=2.27 IC95% [1.18-4.54] $p=0.009$). En las curvas de Kaplan Meier, el grupo IP presentó un menor % libre de evento ($p=0.003$) (Figura 1).

Conclusión: La localización IP de patología vascular arterial estuvo asociada a mayor incidencia de presentar el evento combinado de hospitalización por isquemia crítica y amputación.

0200 - PRECONDICIONAMIENTO ISQUÉMICO REMOTO EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA: METAANÁLISIS ACTUALIZADO DE DESENLACES CLÍNICOS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

AMREIN, María Eugenia | HIGA, Claudio | PASTORINO, Ana | DEFELITTO, Octavio | WIRTH, Rodrigo | SERRA LYNCH, Alejandro Gabriel | CRETA, Victoria | TUPAYACHI VILLAGOMEZ, Omar Dario

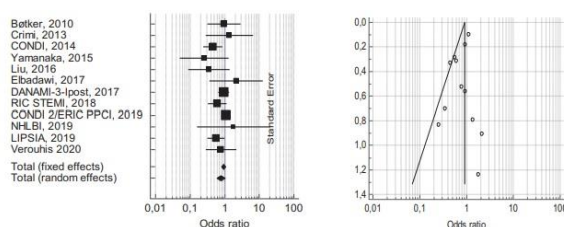
Hospital Alemán

Introducción: El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad global a pesar de las mejoras en las estrategias de revascularización y tratamiento médico. Es por eso que se han estudiado diversas estrategias para disminuir el riesgo de eventos cardiovasculares mayores (ECV). En 1986 Murry y col. diseñaron un experimento que demostró que la inducción de isquemias breves separadas por períodos de perfusión, reducía el tamaño de la necrosis ocasionada por una isquemia posterior sostenida, conocido posteriormente como Precondicionamiento Isquémico Remoto (PIR). Si bien

la utilidad experimental demostró grandes beneficios, sigue siendo discutible su utilidad clínica al día de la fecha. Hasta el 2019 los metanálisis que evaluaron desenlaces clínicos incluyendo pacientes con IAMCEST sometidos a angioplastia coronaria percutánea (ATC), a los que se les realizó PIR, demostraron que dicha intervención redujo de manera significativa la mortalidad por todas las causas y los ECV. Posteriormente a estas revisiones sistemáticas se publicaron tres ensayos clínicos randomizados que incluyeron 5712 pacientes.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue realizar un metaanálisis actualizado sobre la efectividad del PIR para reducir la incidencia de ECV en pacientes con IAMCEST sometidos a ATC.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión sistemática de ensayos clínicos randomizados (ECR) que incluían el uso de PIR en ATC por IAMCEST. La búsqueda se realizó en MEDLINE, Embase, SCOPUS y Cochrane hasta febrero de 2020 incluido. La calidad de los estudios fue evaluada con PRISMA y el score de Jadad. Los ECV mayores analizados fueron mortalidad cardiovascular y de todas las causas, reinfarto, hospitalización por insuficiencia cardíaca, revascularización del vaso culpable o stroke.



Resultados: Se incluyeron 12 ECR en el análisis ($Q=18.8$, $p=0.065$, $I^2=41.5\%$, IC95% 0.0-70.3), con un total de 8239 pacientes con IAMCEST en los cuales se reportaron 816 ECV con un seguimiento de hasta 45 meses. Según el modelo de efectos aleatorizados no se observaron diferencias significativas a favor del PIR en los desenlaces compuestos estudiados ($OR=0.77$, IC95% 0.59-1.01, $p=0.105$). Sin embargo, el análisis de sensibilidad posterior demostró que la exclusión del estudio CONDI-2/ERIC PPCI modificó por sí sólo el efecto global, a favor del PIR ($OR=0.66$, IC95% 0.47-0.93).

Conclusión: Este metaanálisis demostró que el PIR en pacientes con IAMCEST sometidos a ATC no aportó un beneficio clínico significativo, en contraste con lo reportado en metaanálisis previos.

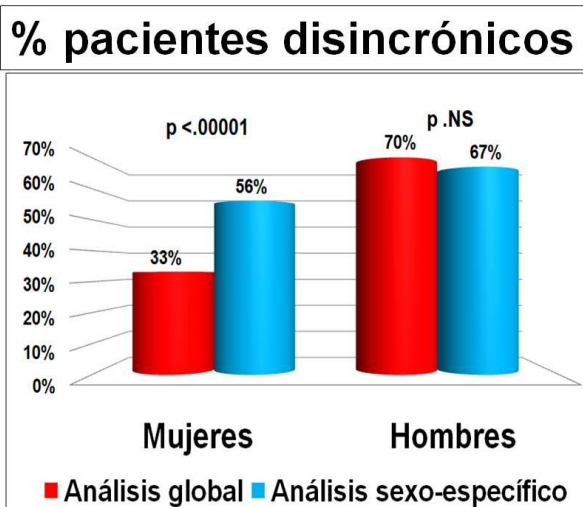
0203 - DIFERENCIAS GÉNERO-ESPECÍFICAS EN LA EVALUACIÓN DE LA DISINCRONÍA MECÁNICA EN PACIENTES CON BCRI EN ESTUDIOS DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA SPECT GATILLADO

Modalidad: Temas Libres

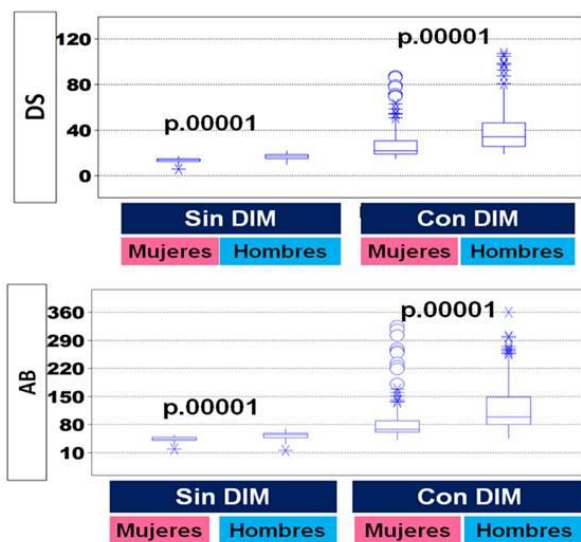
Unidad Temática: Cardiología Nuclear

BARBOZA, Paula | ARAMAYO G, Ema Natalia | CORTÉS, Claudia Mariana | EMBON, Mario

Hospital Universitario Fundacion Favaloro



Introducción: La presencia de BCRI no implica la disincronía intraventricular mecánica (DIM). Estudios previos con perfusión miocárdica SPECT gatillado han descrito valores de corte de índices de sincronía ventricular diferentes para hombres y mujeres normales.



Objetivos: Determinar la prevalencia de DIM en pacientes con BCRI y su distribución en relación al sexo.

Materiales y Métodos: De 8/2011 a 6/2019, 622 pacientes con BRI se realizaron en forma consecutiva estudios de perfusión miocárdica SPECT gatillado obteniéndose los índices de análisis de fase: ancho de banda (AB) y desvío standard (DS). De nuestra base de datos de 118 sujetos normales se calcularon valores de corte de sincronía ventricular para los índices AB y DS globales y otros discriminados para hombres (H) y mujeres (M) definiéndose DIM como un AB y/o DS igual o mayor a la media + 2 DS. Se comparó la prevalencia de DIM en BCRI global y diferenciada en H y M. Se excluyeron pacientes con marcapasos y fibrilación auricular.

Resultados: De los 622 pacientes con BCRI 343 (55%) fueron H. Comparado con las M, los H tenían significativamente más edad 67 (60-74) vs. 69 (62-76), dislipemia 54,5 vs 45,4%, diabetes 21 vs 13%, ex-tabaquismo 33 vs. 20%, enfermedad coronaria conocida 36 vs. 20%, menor fracción de eyección 56 (43-62) vs. 68 (58.5-74) y mayor volumen de fin de sístole 50 (34-86.5) vs. 22 (15-35) (todas p<0.5). No hubo diferencias en el score de reposo. Los valores de corte globales de AB y DS fueron 67° y 21° respectivamente y los sexo-específicos para H fueron 70° y 22° y para M 54°y 17°.En el análisis global la prevalencia de DIM fue 53% (H:70% y M: 33%). Cuando se aplicó el análisis sexo-especifico la prevalencia se mantuvo sin cambios en H (67%) y aumentó significativamente en M (56%; p<.001) (Figura 1).En los H la DIM se asoció a diabetes (25 vs.14% p<.001) y enfermedad coronaria conocida (44 vs. 22% p<.001). Al comparar BCRI con y sin DIM, en ambos grupos de H y M,

la DIM se asoció a menor fracción de eyección (H: 48 (36-57) vs.63 (58-69), M: 61.5 (50-70.2) vs.72 (67-78); $p<.001$) y mayores volúmenes ventriculares de reposo (H: 70 (44-111) vs. 33 (24-42) M: 29 (20-50) vs. 17 (12-22); $p<.001$) Utilizando los valores de corte sexo- específico los H presentan parámetros de disincronía significativamente mayores independientemente de la presencia de DIM. DS sin DIM (H: 17° (15-19) vs M 14° (12-15); DS con DIM H: 34° (25-45) vs. M: 22° (19-31); AB sin DIM H: 55° (47-60) vs. M: 44° (40-49); AB con DIM H: 99° (79-150) vs. M: 68° (60- 91); todas $p<.001$). (Figura 2)

Conclusión: En nuestra población aproximadamente la mitad de los pacientes con BCRI presentaron DIM, requiriendo para su evaluación valores de corte sexo-específicos ya que si no se subestima su prevalencia en M. Los H con BCRI presentan índices de sincronía mayores que las M aun en ausencia de DIM.

0206 - REGISTRO MULTICENTRICO ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA DE LOS MIEMBROS, LA EMERGENCIA OLVIDADA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Medicina Vascular

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

BLURO, Ignacio(1) | CHAS, José Gaspar(1) | **GARAGOLI, Fernando Damián** (1) | VALLE RALEIGH, Juan(1) | CHIABRANDO, Juan Guido(1) | ROJAS MATAS, Carlos Alberto(1) | GONZÁLEZ, Nicolás(2) | RABELLINO, Martin(1)

Hospital Italiano de Buenos Aires (1); Sanatorio Finochietto (2)

Introducción: La isquemia arterial aguda (IAA) es una causa de muerte y amputación de miembros inferiores. A pesar de estas consecuencias clínicas el conocimiento acerca de la epidemiología, presentación y tratamiento de esta entidad es limitada en el mundo y prácticamente nula en nuestro país.

Característica		n (%)
Sexo masculino n(%)		30 (48)
Edad años (IQ ₂₅₋₇₅)		79 (66-88)
HTA n(%)		49 (79)
DLP n(%)		31 (51)
Diabetes n(%)		8 (13)
Tabaquismo n(%)	No	32 (52)
	Ex	15 (24)
	Actual	15 (24)
Claud. Itte. n(%)		10 (16)
Ant. Isq. crítica n(%)		4 (6)
F.A n(%)		22 (35)
ATP previa n(%)		5 (8)
By pass perif. n(%)		7 (11)
Enf. Coronaria n(%)		6 (10)
Vitalidad n(%)	Sin amenaza	22 (35,5)
	Amenaza incipiente	17 (27)
	Amenaza inminente	19 (31)
	Sin vitalidad	4 (6,5)
Etiología n(%)	Embolica	31 (50)
	Trombosis arterial	12 (19)
	Trombosis by pass	6 (10)
	Trombosis stent	4 (6)
	Aneurisma popliteo	4 (6)
	No aclarada	5 (8)

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es relevar las características de los pacientes, estrategias de diagnóstico utilizadas, formas de presentación y eventos clínicos en pacientes con isquemia arterial aguda de los miembros.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva todos los pacientes que consultaron por isquemia arterial aguda de los miembros entre Agosto de 2015 y Junio 2020. Se excluyeron los pacientes con isquemia iatrogénica o que la desarrollaran estando internados. Se realizó un análisis descriptivo de las características poblacionales, estrategias diagnósticas y eventos clínicos

Resultados: Se registraron 62 casos consecutivos de isquemia arterial aguda de los miembros. Las características basales se describen en la Tabla 1. La mediana de tiempo entre el inicio del cuadro clínico a la primera consulta médica fueron 33hs (IQ25-75: 4-96 hs) Los pacientes con amenaza a la vitalidad del miembro tendieron a consultar en forma más precoz que aquellos sin amenaza (mediana 12 vs 90 hs, $p=0.002$). Mientras que el tiempo de la consulta al diagnóstico fue de una mediana de 2,1hs (IQ25-75: 1-12 hs) El tiempo del diagnóstico al tratamiento de revascularización definitivo fue de 12 hs (IQ25-75: 4-44 hs) El 92% de los pacientes recibió un tratamiento de reperfusión, mientras que 3 pacientes se amputaron en forma directa y en 2 casos se adoptó una conducta conservadora de anticoagulación. El 21% ($n=13$) de los pacientes murieron o sufrieron una amputación (3 supratelar, 2 infratelar y 1 digital). El 27% de los pacientes presentaron al menos una complicación clínica, siendo la más frecuente la falla renal aguda en el 18% de los casos. La edad, la etiología embólica, presencia de amenaza del miembro al momento del diagnóstico y la elevación de ácido láctico se asociaron con la ocurrencia de muerte y amputación, siendo la lactacidemia la única variable que se asoció en forma independiente a la ocurrencia de estos eventos clínicos mayores OR 3,89 (IC95 1,33-11,3; $p=0,01$).

Conclusión: La isquemia arterial aguda de los miembros es una patología que implica importante morbi-mortalidad la cual es comparable al síndrome coronario agudo con supradesnivel del segmento ST, sin embargo los tiempos a la consulta son muy prolongados demostrando la falta de alerta por parte de los pacientes. Mientras que los tiempos de la consulta al diagnóstico y de este a la implementación de medidas terapéuticas refleja una oportunidad de mejora en el seno de la comunidad médica.

0207 - ACTITUD Y ACCESO AL SISTEMA DE SALUD DE LA POBLACIÓN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

Unidad Temática 2: Salud Pública y Políticas de Salud

BLURO, Ignacio | FALCONI, Mariano Luis | GARAGOLI, Fernando Damián | BAGNATI, Rodrigo P. | MASSON JUÁREZ, Walter Mauricio | PÉREZ DE ARENAZA, Diego | KRAUSS, Juan G. | PIZARRO, Rodolfo

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Durante la pandemia de COVID-19 se observó una importante caída en la demanda de servicios médicos, incluso ante situaciones de emergencia. No está claro cuales fueron las causas que motivaron esta caída en la demanda de atención médica.

Objetivos: El objetivo de este estudio es determinar el impacto de la pandemia en el control de la salud en general y en los factores de riesgo cardiovascular en particular y comprender las razones que llevaron al cambio en el comportamiento social.

Tabla 1: Datos demográficos n=6176	n(%)
Edad (años ± DS)	51±16
Sexo Masculino	4115 (66.6)
Lugar de residencia	
Ciudad de Buenos Aires	2,127 (34.4)
Gran Buenos Aires	1,179 (19.1)
Argentina no AMBA	2,789 (45.2)
Otro país	81 (1.3)
Nivel educativo	
Primario incompleto	42 (0.7)
Primario completo	125 (2.0)
Secundario incompleto	311 (5.0)
Secundario completo	1,183 (19.2)
Terciario	1,482 (24.0)
Universitario	3,032 (49.1)
Cobertura médica	
Público	457 (7.4)
Obra Social	2,488 (40.28)
Prepaga	3,231 (52.32)
Situación laboral	
Desempleado	287 (4.6)
Estudiante	381 (6.2)
Activo	3,742 (60.6)
Jubilado	1,500 (24.3)
No trabaja	266 (4.3)
Cómo se siente frente a la necesidad de hacer una consulta médica	
No temo en consultar	1797 (29.1)
Tomo contagiarme pero no dejaría hacer mis controles.	578 (9.4)
Temo contagiarme, solo consultaría si me sintiese mal.	1648 (26.7)
Temo contagiarme, solo consultaría si estuviese grave.	1589 (25.7)
No iría al médico bajo ningún motivo.	561 (9.1)
Se considera de riesgo de padecer formas graves de COVID-19 (sí)	1,731 (28.03)
Padecer alguna enfermedad crónica	2,139 (34.63)
Cantidad de factores de riesgo cardiovascular conocidos	
0	3,143 (50.9)
1	1,905 (30.8)
2	843 (13.6)
3	262 (4.2)
4	23 (0.4)
Enfermedad cardiovascular conocida	675 (10.93)
Medicación crónica	3,141 (50.9)

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal, utilizando Google Forms y distribuido mediante Whats App entre el 9 y el 17 de mayo de 2020. Se incluyeron personas mayores de 16 años que no trabajaran en el sistema de salud.

Resultados: La encuesta fue contestada por 6176 personas. Las características de la población se describen en la tabla 1. Un tercio de los encuestados manifestó necesidad de consultar al médico, de estos el 48% evitó la consulta a pesar de su deseo. Las principales causas para evitar la consulta fueron: 1) recomendación de quedarse en casa (40%); 2) no poder acceder al médico (35%) y 3) miedo al contagio (26%). El 21% de quienes evitaron la consulta considera que el no haber consultado perjudicó su salud. De las 1085 personas que intentaron consultar a 20% le resultó más difícil acceder al sistema y a 3% les resultó imposible. La forma de consulta más frecuente fue a través de un e-mail, teléfono o whats app en el 41% de los casos. El 20% de las personas tuvo dificultad para conseguir recetas y 5% abandonó la medicación. El 62% de las personas manifestó realizar menos actividad física y 16% aumentó el consumo de sal. El 50% de los hipertensos no controló su presión y el 15% de quienes se controlaron tuvieron valores de presión más elevados. El 10% de los encuestados aumentó el consumo de alcohol y el 38% refirió haber subido de peso. Se observó un aumento interanual de 18% en la tasa de vacunación antigripal (58% vs. 69%: $p < 0.0001$).

Conclusión: En tiempos de la pandemia de COVID-19, la amenaza para la salud pública surge no solo del daño derivado del virus sino también de la pérdida de la continuidad de la atención de muchas otras patologías. Se observó una importante pérdida en el control de factores de riesgo cardiovasculares y disminución de hábitos saludables.

0208 - ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTO DE ENFERMEDAD TROMBO EMBÓLICA CRÓNICA EN LA COMUNIDAD MÉDICA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Tepapéutica

Unidad Temática 2: Educación Médica

BLURO, Ignacio | SEROPIAN, Ignacio Miguel | GARAGOLI, Fernando Damián | VULCANO, Norberto O. | SVETLIZA, Graciela | CORNA, Giuliana | MARENCHINO, Ricardo Gustavo | PIZARRO, Rodolfo

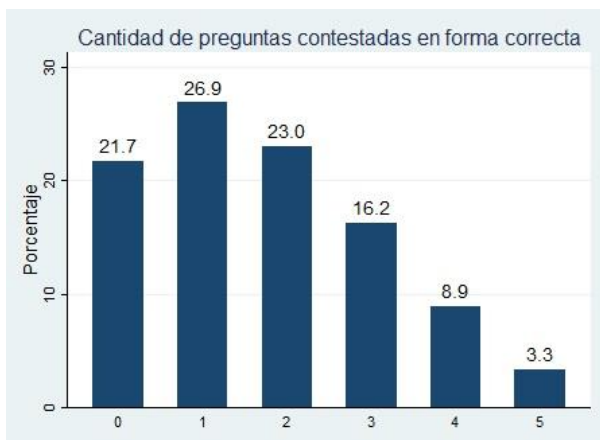
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La enfermedad tromboembólica crónica (ETEC) es una causa considerable de hipertensión pulmonar (HP). Su importancia radica en el hecho de que es el único subtipo de HP potencialmente curable mediante la endarterectomía pulmonar (EP). Sin embargo, la hipertensión pulmonar trombo embólica crónica (HPTEC) permanece subdiagnosticada, lo que evita que los pacientes accedan a esta terapia potencialmente curativa.

Tabla 1: Características de la población	n(%)
Edad (años ± DS)	42±11
Atiende pacientes con disnea	764 (80.6)
País de residencia	
Argentina	754 (79.5)
Otro país	194 (20.5)
Región	
CABA	393 (41.5)
Cuyo	40 (4.2)
GBA	78 (8.2)
Mesopotamia	16 (1.7)
NEA	25 (2.6)
NOA	46 (4.9)
Patagonia	35 (3.7)
PBA	90 (9.5)
Reg. pampeana	29 (3.1)
Especialidad	
Cardiología	318 (33.5%)
Cirugía	14 (1.5%)
Clínica médica	240 (25.3%)
Hematología	81 (8.5%)
Medicina familiar	22 (2.3%)
Neumonología	33 (3.5%)
Otra	240 (25.3%)
¿En un paciente con disnea considera la HPTEC como un diagnóstico diferencial?	
Nunca	26 (2.7)
Habitualmente no	148 (15.6)
Ocasionalmente	291 (30.7)
Frecuentemente	165 (17.4)
Habitualmente	183 (19.3)
Siempre	135 (14.2)

Objetivos: Evaluar el conocimiento de la comunidad médica acerca de HPTEC

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal realizado entre el 23 de agosto y 19 de septiembre de 2019 que incluyó médicos latinoamericano. Se impartió un cuestionario anónimo y voluntario desarrollado con Google Forms y distribuido mediante Whats App consistente en 5 preguntas evaluando 3 dimensiones: prevalencia, diagnóstico y tratamiento de HPTEC. Las preguntas fueron validadas contra un panel de expertos. Contestar las 5 preguntas en forma correcta se consideró tener un conocimiento acabado del tema. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados.



Resultados: La encuesta fue contestada por 948 médicos, las características de la población se resumen en la tabla 1. Solo 1/3 de los encuestados considera habitualmente la ETEC entre los diagnósticos diferenciales en un paciente con disnea. El 46% de los encuestados desconoce la definición de HP; el 63% desconoce cuál es la variable ecocardiográfica que permite sospechar la presencia de HP; el 67% no reconoce el centellograma ventilación perfusión como un estudio de importancia en la evaluación de pacientes con sospecha de HPTEC. Tan solo el 14% supo que se puede considerar que un paciente tiene HPTEC luego de 3 meses de anticoagulación efectiva y solo el 35% eligió la endarterectomía pulmonar como el tratamiento de elección en un paciente con HPTEC con compromiso de ramos principales y lobares. El 28,4 de contestó al correctamente al menos 3 preguntas y tan solo el 3,3% (n=31) contestó bien las 5 preguntas, este valor apenas subió al 4,4% entre los 318 cardiólogos que contestaron la encuesta (p=0,16).

Conclusión: Existe un importante desconocimiento a nivel de la comunidad médica en general y entre aquellos que atienden pacientes con disnea en particular acerca de la hipertensión pulmonar trombo embólica crónica. Este desconocimiento resalta la importancia de implementar medidas educativas tendientes a incrementar el conocimiento y alerta de los médicos sobre esta patología.

0209 - PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES INTERNADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Medicina Vascular

Unidad Temática 2: Enfermedad Vascular Periférica

BLURO, Ignacio | LILLO, Ezequiel | **HERZKOVICH, Nicole** | PÉREZ PONSA, Mercedes | GARAGOLI, Fernando
Damián | FLEITAS, María de Los Milagros | ARIAS, Aníbal Martín | PIZARRO, Rodolfo

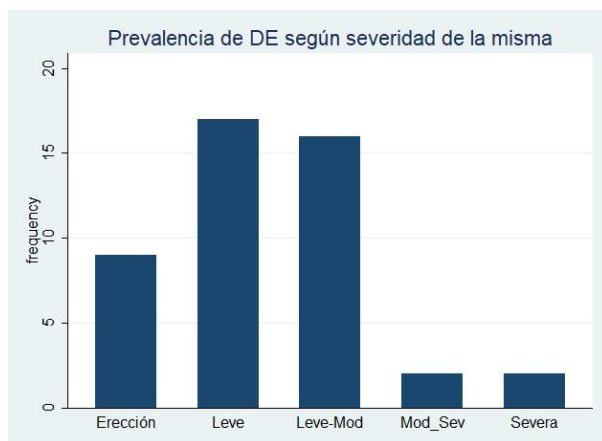
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Existe una estrecha asociación entre la enfermedad cardiovascular y la disfunción eréctil (DE) y se sabe que la DE precede a la aparición de la enfermedad coronaria coronaria sintomática. Sin embargo, esta problemática no es investigada por los médicos ni manifestada por los pacientes.

Objetivos: Determinar la prevalencia de DE en pacientes internados por síndrome coronario agudo.

Características	Sin D.E. (n= 9)	D.E. (n= 37)	p
Edad (mediana, I _Q ₂₅₋₇₅)	55 (47,57)	65 (61,68)	0.007
Pareja estable (%)	7 (78)	24 (65)	0.46
Diabetes (%)	0 (0)	10 (27)	0.078
Tabaquismo activo (%)	2 (22)	9 (24)	0.89
Hipertensión arterial (%)	4 (44)	25 (68)	0.20
Dislipemia (%)	4 (44)	31 (84)	0.013
Minutos de ejercicio (mediana)	180 (50,180)	60 (0,180)	0.10
Obesidad (%)	2 (22)	8 (22)	0.97
Enfermedad coronaria previa (%)	1 (11)	17 (46)	0.055
Medicación			
Sildenafil (%)	1 (11)	11 (30)	0.25
Tadalafilo (%)	1 (11)	1 (3)	0.27
Estatinas (%)	15 (32)	31 (67)	0.102
Betabloqueantes (%)	2 (22)	20 (54)	0.086
IECA/ARA II (%)	2 (22)	20 (54)	0.086
Hipoglucemiantes orales (%)	0 (0)	8 (22)	0.12
Diuréticos (%)	0 (0)	8 (22)	0.12
Insulina (%)	0 (0)	4 (11)	0.30
Antidepresivos (%)	0 (0)	4 (11)	0.30

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal en el cual se incluyó a pacientes consecutivos internados en unidad coronaria con diagnóstico de síndrome coronario agudo. Tras firmar el consentimiento informado los pacientes contestaron el cuestionario IIEF-5 validado para la detección de DE. Se consideró que la presencia de DE en todo paciente con un puntaje menor a 22. Se determinó la prevalencia de DE y se realizó un análisis univariado y multivariado incluyendo en este último todas aquellas variables con $p < 0.1$, a fin de determinar las características asociadas a la presencia de DE.



Resultados: Se incluyeron 46 pacientes entre los meses de abril y julio de 2020. Las características de la población se presentan en la tabla 1. El 80% de los pacientes incluidos presentaron algún grado de DE según el puntaje del IIEF-5: 37% presentaron DE leve, 35% leve a moderada, 4% moderada a severa y 4% severa. Todos los pacientes diabéticos y el 95% de los que presentaban eventos coronarios previos presentaron DE. La edad y el antecedente de dislipemia se asociaron con la presencia de DE. La edad resultó la única variable que se asocio en forma independiente a la presencia de DE OR 1.22 (IC95: 1.04-1.42; $p=0.01$)

Conclusión: El 80% de los pacientes que se internan por un evento coronario presentan algún grado de DE. Este dato representa una señal de alerta a la comunidad médica y una posibilidad para mejorar un aspecto fundamental que hace a la calidad de vida de los pacientes.

0211 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ECOCARDIOGRÁFICAS Y ANGIOGRÁFICAS DE LA MIOCARDIOPATIA TAKOTSUBO Y SUS RESULTADOS HOSPITALARIOS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

RODRIGUEZ GRANILLO, Alfredo Matías | CORREA SADOUET, Camila | FONTANA, Lucia | CARDONA, Stevenson | GUZMAN, Omar | CUROTTO, Maria Valeria | SWIESZKOWSKI, Sandra | PÉREZ DE LA HOZ, Ricardo Alfredo

Sanatorio Otamendi

Introducción: La miocardiopatía takotsubo (MCTS) es un síndrome reversible caracterizado por una afectación transitoria de la contractilidad cardíaca con arterias coronarias epicárdicas sin lesiones angiográficamente significativas y que clínicamente se presenta como un síndrome coronario agudo (SCA), predominantemente en mujeres post-menopáusicas. La descripción de las características clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas de esta entidad en nuestro medio son limitadas.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de la patología y establecer su pronóstico a corto y largo plazo.

Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en la base de datos de nuestra institución y se analizaron todos los pacientes (ptes) que fueron internados con diagnóstico presuntivo de SCA entre los años 2008 y 2020, de los cuales 73 tuvieron como diagnóstico definitivo MCTS. Se evaluaron de forma retrospectiva las características de ingreso, clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas. Se dividió a la población en estudio en dos grupos, (A) para los que ingresaron con sospecha de SCA y un grupo B; donde la MCTS fue un epifenómeno de otra enfermedad que motivó su internación. Se utilizaron porcentajes para las variables categóricas y medias con desvío estándar para las variables continuas. Al comparar ambos grupos se utilizó chi cuadrado para las variables categóricas y anova de un factor para las continuas, mediante el paquete estadístico SPSS V 11.1.

Resultados hospitalarios y durante el seguimiento a 3 años			
Variables (%)	Grupo A (n=41)	Grupo B (n=32)	valor de p
Insuficiencia cardíaca aguda *	41,4	18,7	0,06
Shock cardiogénico *	7,3	6,2	0,77
Muerte *	0	28,1	0,003
Muerte al seguimiento	4,9	6,2	0,79
Recidiva al seguimiento	7,3	3,1	0,79
Muerte global	4,9	34,3	0,007
* en el hospital			

Resultados: La edad fue de 70,3 +/- 14,9 años, siendo 91,8%, mujeres. El 56,2% de los ptes tuvieron un episodio de stress emocional identificable. Sin ser excluyentes entre sí, la MCTS se presentó con dolor precordial en el 50,7%, 31,5% con disnea, 13,7% con arritmias complejas o fibrilación auricular, 5,5% con síncope y 11% con cambios dinámicos del ECG. Hubo tres puerperas dentro del grupo que refirió disnea. La elevación de troponina fue modesta y muchas veces no se acompañó de un aumento de CPKmb. En el ECG se evidenció una elevación del segmento ST-T en 26%, Q en 12,3%, T negativas en 45,2%; la región mas comprometida por ECG fue la anterior (43,8%). En un 31,5% el intervalo QTc estaba prolongado y en el 100% de los casos las anormalidades en el ECG revirtieron. En el ecocardiograma transtorácico se evidenció deterioro moderado o severo de la fracción de eyección por Simpson en un 69,4%, siendo la aquinesia apical con hipercontractilidad de la base la presentación mas común, en un 87,1%. En la tabla se presentan los eventos hospitalarios y la sobrevida a 3,1 años de seguimiento de media (rango 3800 a 125 días). Hubo 5,4% de recidiva de MCTS durante el seguimiento.

Conclusión: La incidencia de MCTS fue 4,7% de los SCA. Se diferenciaron dos grupos en el resultado hospitalario: El disparado por stress emocional con morbilidades pero baja mortalidad y la MCTS como epifenómeno de otra enfermedad con alta mortalidad hospitalaria. En el seguimiento alejado existió repetición del síndrome en un 5,4%.

0212 - COMPARACIÓN EN EL USO Y LA EFICACIA DE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN PACIENTES SOMETIDOS A ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO Y EVENTUAL CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA POR FIBRILACIÓN AURICULAR.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Trombosis y Hemostasia

RODRIGUEZ GRANILLO, Alfredo Matías | GUZMAN, Omar | EDER, Meneses | FONTANA, Lucia | GALLARDO GARCÍA FREIRE, Camila Belén | CARRASCO, Eduardo | CUROTTO, Maria Valera | PEREZ DE LA HOZ, Ricardo

Sanatorio Otamendi

Introducción: La cardioversión eléctrica (CVE) es un procedimiento común en pacientes (ptes) con fibrilación o aleteo auricular (FA/AA). Cuando este procedimiento es programado los pts reciben durante por lo menos un mes un anticoagulante oral (ACO), según las guías de tratamiento actuales. La eficacia del tipo de ACO seleccionado no ha sido evaluada en nuestro medio

Objetivos: Comparar la eficacia de los anticoagulantes orales directos (DOAC) vs los antagonistas de la vitamina K (AK) en ptes sometidos a CVE programada por FA/AA.

Materiales y Métodos: Utilizando la base de datos de nuestra institución se evaluó de forma retrospectiva y consecutiva a todos los ptes sometidos a CVE por FA/AA a los cuales se les realizó un ecocardiograma transesofágico (ETE) previamente durante los años 2014 a 2019 inclusive. Se evaluaron características clínicas y ecocardiográficas. Tener evidencia de RIN en rango terapéutico fue un criterio de inclusión para los ptes con AK. Para suspender la CVE se tuvo en cuenta la presencia de trombo en orejuela o la presencia de placas aórticas complejas, contraste espontáneo o velocidad baja en la orejuela izquierda. Las variables categóricas se presentaron como porcentajes y las continuas como medias con desvío estándar. Se utilizó Anova de un factor para comparar variables continuas y chi cuadrado para las categóricas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS V11.7.

Resultados: Se evaluaron 51 ETE programados para CVE durante el periodo seleccionado. La edad fue de 72,2 +/- 9 años de media, siendo 72% hombres. De éstos 26 ptes estaban medicados con AK (100% acenocumarol) y 25 ptes con DOAC, no hubo diferencias en cuanto a las características basales como edad (70,6 +/- 9,2 vs 71,4 +/- 9,4, p=0,50), sexo masculino (69,2% vs 72%, p=0,53), hipertensión arterial (80,8% vs 65,2%, p=0,09), diabetes (19,2% vs 20%, p=0,81) y creatinina 1,2 +/- 0,5 vs 1,0 +/- 0,2, p=0,71. En el grupo AK el RIN del día del ETE fue de 1,9 +/- 0,4 de media. El área auricular fue significativamente mayor en el grupo AK, de 30,5 +/- 5,6 cm² vs 29,0 +/- 3,9 cm² para el grupo DOAC, p=0,02. No hubo diferencias significativas en cuanto a la existencia de trombo entre AK (8,3%) vs DOAC (4,0%), p=0,51.

Conclusión: En nuestra experiencia no hubo diferencias entre los anticoagulantes directos y los antagonistas de la vitamina K en cuanto a la incidencia de trombo detectado por ecocardiograma transesofágico en pacientes programados para cardioversión eléctrica por fibrilación auricular.

0213 - ABLACION POR RADIOFRECUENCIA VERSUS CRIOBALON DE SEGUNDA GENERACION EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR PAROXISTICA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

Unidad Temática 2: Cardiología Intervencionista

ALVAREZ CORREA, Mariel | GONZÁLEZ, José Luis | GALIZIO, Nestor O. | CARNERO, Guillermo Alejandro | MYSUTA, Mauricio | TRONCONI, Alejo | LABIN, Brenda | RAMIREZ, Débora

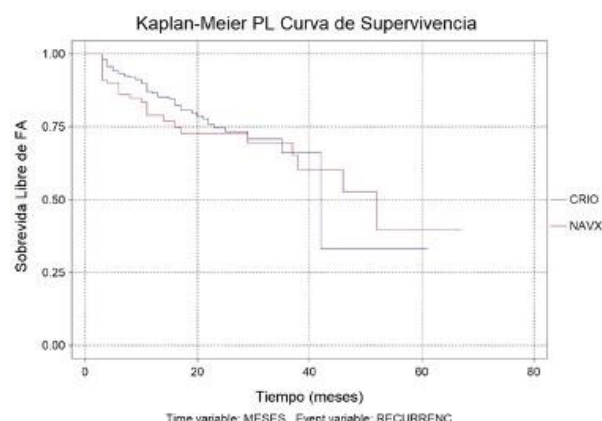
Fundación Favaloro

Introducción: El aislamiento eléctrico circunferencial (AEC) de las venas pulmonares es el tratamiento de elección en pacientes (pts) con fibrilación auricular paroxística (FAP) sintomática y refractaria al tratamiento médico. La técnica mayormente utilizada es la ablación por radiofrecuencia. En los últimos años con el desarrollo del criobalón este método se ha convertido en el segundo más usado.

Objetivos: Describir la eficacia y seguridad de la crioablación con balón de segunda generación (CB2) comparada con radiofrecuencia (RF) en una población de pts con FAP.

Materiales y Métodos: Entre enero 2014 y diciembre 2019 se les realizó AEC de las venas pulmonares a 393 pts, a 133 de ellos con radiofrecuencia mediante sistema de navegación tridimensional (NavX™ EnSite™ Abbott) y a 260

pts con CB2 (Arctic Front Advance, Medtronic). La edad promedio fue de 57 ± 10 años en ambos grupos, hombres 73,5% en el grupo CB2 y 80% en el de RF, CHA2DS2VASc-Score de 0.91 ± 0.87 en CB2 y de 1.07 ± 1 en RF. La presencia de fibrilación auricular, flutter o taquicardia auricular de más de 30 segundos de duración después del periodo de blanking se consideró como recurrencia. El análisis de seguridad se basó en los eventos adversos. La media de seguimiento fue de 16 ± 11 meses.



Resultados: El grupo CB2 presentó menor tiempo de procedimiento y menor tiempo de radioscopia que el grupo de RF (tiempo de procedimiento CB2: 104 ± 3 5 minutos vs. RF: 173 ± 32 , $p < 0.0001$; tiempo de radioscopia CB2: 24.5 ± 17 min. vs. RF: 44.5 ± 20 min., $p < 0.0001$). La tasa de complicaciones totales no difirió entre los dos métodos: derrame pericárdico (RF: 1.5% vs. CB2: 0.4%; p 0.22), taponamiento cardíaco (RF: 0% vs. CB2: 0.4%; p 0.47), fístula atrio-esofágica (RF: 0% vs. CB2: 0.38%; p 0.47), embolia (RF: 0.75% vs. CB2: 0.8%; p 0.98), hematoma (RF: 2.26% vs. CB2: 0.38%; p 0.08), fístula arterio-venosa (RF: 0.75% vs. CB2: 0.8%; p 0.98) y pseudoaneurisma (RF: 0% vs. CB2: 0.8%; p 0.31). No se registraron muertes. La estimación de la sobrevivida libre de FA en la curva de Kaplan-Meier fue de 86% (IC 95%: 0.80-0.90), 73% (IC 95%: 0.62-0.82), 66% (IC 95%: 0.45-0.81) para los pts de CB2 y de 78% (IC 95%: 0.67-0.86), 72% (IC 95%: 0.58-0.83), 65% (IC 95%: 0.45-0.80) para los pts de RF a los 12, 24 y 36 meses respectivamente (Log-Rank Test p : 0.23).

Conclusión: En nuestra población en estudio, la crioblación con CB2 resultó ser tan eficaz y segura como la ablación por radiofrecuencia en los pts con FAp.

0214 - CRIOABLACION CON BALON DE SEGUNDA GENERACION EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR PERSISTENTE.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

Unidad Temática 2: Cardiología Intervencionista

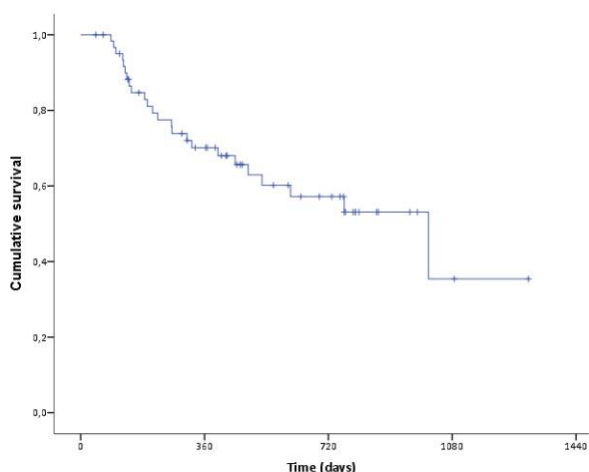
ALVAREZ CORREA, Mariel | GONZÁLEZ, José Luis | GALIZIO, Nestor O. | CARNERO, Guillermo Alejandro | MYSUTA, Mauricio | TRONCONI, Alejo | PELTZER, Michael | RAMÍREZ, Débora

Fundación Favaloro

Introducción: A pesar de la superioridad del aislamiento circunferencial de las venas pulmonares en la ablación por catéter sobre las drogas antiarrítmicas, la tasa de recurrencia de fibrilación auricular posablación continúa siendo elevada. A lo largo de diferentes publicaciones la tasa de recurrencia está alrededor de 65% en pacientes con FA persistente (FAp) con seguimiento limitado a corto plazo. Las guías y consensos actuales recomiendan la estrategia de ablación para FAp en pacientes (pts) sintomáticos con un nivel de evidencia IIaB y para pts asintomáticos con un nivel IIbC.

Objetivos: Determinar la eficacia y seguridad de la ablación con criobalón de segunda generación (CB2) en pts con FAp sintomáticos, refractarios a drogas.

Materiales y Métodos: Entre junio 2015 y julio 2018, 68 pts con FAp (tiempo promedio 3.7 años de arritmia) fueron sometidos a ablación por catéter con CB2 (Arctic Front Advance, Medtronic). La mayoría de los pts eran masculinos (81%), con una edad promedio de 57 ± 11 años y un CHA2DS2-VASC de 0.83 ± 0.78 . La fracción de eyección media del ventrículo izquierdo fue de 59.4 ± 7 y el área de la aurícula izquierda de 23.6 ± 5 cm². El 94% de los pts se encontraba medicado con al menos un antiarrítmico. El seguimiento fue realizado al primer, tercer, sexto mes y luego al primer, segundo y tercer año posablación mediante consulta médica, electrocardiograma y holter de 48 horas. La presencia de FA, flutter auricular o taquicardia auricular mayor a 30 segundos después del periodo de blanking, fue considerado como recurrencia. El seguimiento promedio fue de 17 ± 11 meses.



Resultados: Se identificaron un total de 268 venas pulmonares, de las cuales el 98% fue exitosamente aislada, con un tiempo de procedimiento de 101.5 ± 34.5 minutos y 24.7 ± 17.4 minutos de radioscopia. La temperatura media fue de $-55 \pm 3^\circ\text{C}$. Dentro de las complicaciones, todas fueron relacionadas con el sitio de punción, un paciente (1.5%) presentó un pseudoaneurisma y otro (1.5%) una fístula arterio-venosa. La estimación de sobrevida libre de arritmia auricular en la curva de Kaplan meier fue de 64% (IC 95%: 0.45-0.81) y 55% (IC 95%: 0.3-0.74) a los 365 (12 meses) y 730 días (24 meses) respectivamente.

Conclusión: El aislamiento de las venas pulmonares con CB2 en pts con FAp fue un tratamiento seguro y efectivo. Se evidenció un alto porcentaje de éxito agudo y un porcentaje aceptable libre de FA en el seguimiento a 12 y 24 meses.

0215 - FACTORES DE RIESGO EN UNA POBLACIÓN URBANA DE PACIENTES JÓVENES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

RIOS, Daniela Mariel | GONZALEZ, Carlos Luis | COSTA, Diego | GARCIA ITURRALDE, Leonardo Fabricio | PEREA, Candelaria | SAGLIETTI, Luciano | MUZZIO, Maximiliano | CORONEL, Roberto

Sanatorio Sagrado Corazón

Característica (n = 117)	Media $\pm$ DE o n (%)
Edad (años)	50.39 $\pm$ 7.05
Varones	102 (87.2%)
Diabetes	17 (14.8%)
Hipertensión arterial	60 (51.7%)
Dislipidemia	49 (42.2%)
Tabaquismo o extabaquismo	88 (76.5%)
Obesidad	23 (19.8%)
Insuficiencia renal crónica	2 (1.7%)
GRACE	91.71 (21.52)
Vaso culpable	
Coronaria derecha	39 (34.2%)
Circunfleja	13 (11.4%)
Descendente anterior	60 (52.6%)
Tronco coronario izquierdo	2 (1.8%)
Trombolisis	31 (27.0%)
Angioplastia primaria	76 (66.7%)
Estrategia farmacoinvasiva	29 (25.2%)
Cirugía de revascularización	6 (5.3%)
Tratamiento completo	84 (75.7%)
Mortalidad intrahospitalaria	1 (0.9%)

Objetivos: Analizar los factores de riesgo más prevalentes en pacientes menores de sesenta años que se presentaron con síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) en un centro de alta complejidad.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en un centro de tercer nivel, seleccionando a todos los pacientes menores de 60 años con diagnóstico de ingreso de SCACEST, desde 2011 hasta 2019. Su características demográficas y clínicas se registraron utilizando la historia clínica electrónica de la institución. Las variables continuas se representaron con media $\pm$ desviación estándar y las categóricas como frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Se obtuvieron datos de 117 pacientes con SCACEST en total. Sus características basales, factores de riesgo y evolución clínica se pueden observar en la tabla 1. La media de edad fue 50.39 $\pm$ 7.05 años, y se observó una elevada prevalencia de tabaquismo (76.5%). Los niveles de tabaquismo en el tiempo no presentaron una variabilidad significativa, como puede observarse en la figura 1. En la mayoría se realizó tratamiento de revascularización completo (75.7%) y la mortalidad intrahospitalaria fue de 0.9%.

Conclusión: Según los datos obtenidos en el último registro de SCACEST a nivel nacional (ArgenIAM-ST 2019), la hipertensión arterial, el tabaquismo, la dislipidemia, la diabetes y los antecedentes heredofamiliares fueron los principales factores de riesgo para eventos coronarios, con predominio de los dos primeros. Al mismo tiempo, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el accidente cerebro vascular fueron las enfermedades crónicas mayormente asociadas. La estrecha relación que guarda el tabaquismo con estos escenarios así como su predominancia en la población estudiada, hacen de éste hábito merecedor de mayor énfasis en las estrategias para prevención primaria y la cesación del hábito. Extrapolando esta salvedad a nuestro estudio, se pudo comprobar que en diez años de actividad asistencial, la prevalencia del tabaquismo no ha se ha modificado de manera significativa entre los pacientes jóvenes.

0220 - ASOCIACIÓN ENTRE AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO OBLIGATORIO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEVERA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Arterial

Unidad Temática 2: Salud Pública y Políticas de Salud

SILVA, Paula | TABORDA, Alejandro | AHUMADA, Lucca | FOSCO, Matías José

Fundación Favaloro

Introducción: Varios reportes han alertado acerca de consecuencias colaterales negativas sobre el cuidado y el pronóstico de las enfermedades cardiovasculares, secundarias al aislamiento social preventivo obligatorio implementado a raíz de la pandemia de COVID-19.

Objetivos: El presente estudio tuvo como objetivo estudiar la asociación entre el aislamiento e hipertensión arterial severa (HTAS) detectada en el Servicio de Emergencias (SE).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó todos los pacientes consecutivos de edad ≥ 21 años que ingresaron al SE desde el inicio del aislamiento (20/3/20) y durante los siguientes 3 meses (hasta el 25/6/20). Para evaluar el eventual impacto independiente del aislamiento, se incluyeron también todos los pacientes que ingresaron durante los 3 meses inmediatos previos (entre el 13/12/19 y el 19/3/20) y durante los mismos 6 meses del año inmediato previo (entre el 14/12/18 y el 27/6/19). El evento de interés fue HTAS definida por TA sistólica ≥ 160 mmHg y/o TA diastólica ≥ 100 mmHg. La asociación entre aislamiento y HTAS fue estudiada mediante regresión logística, y su aporte independiente, ajustando por edad, sexo y potenciales confundidores -hora de ingreso [nocturna (00:00 a 05:59) / no nocturna (06:00 a 23:59)], día de semana [no hábil (sáb-dom) / hábil (lun a vie)], mes [fresco-frío (otoño-invierno) / templado-cálido (primavera-verano)], modalidad de ingreso (ambulancia desde domicilio / otros).

Resultados: Se descartaron del análisis 223 eventos (1,8%) por falta de datos de TA, resultando la población de estudio en 12.241 pacientes (mujeres 45,6%; edad $57,1 \pm 17,3$ años), de los cuales 1.643 (13,4%) ingresaron durante el aislamiento y 2.137 (17,5%) calificaron como HTAS. En los 3 meses inmediatos previos al aislamiento ingresaron 3.563 pacientes, de los cuales 549 (15,4%) calificaron como HTAS, mientras que de los 1.643 pacientes que ingresaron durante los 3 meses de aislamiento, 391 (23,8%) calificaron como HTAS ($p < 0,01$, chi cuadrado). Al analizar la población de 12.241 pacientes, el aislamiento se asoció significativamente con HTAS [Odds Ratio (OR) 1,58, Intervalo de Confianza del 95% (IC95) 1,40-1,79, $p < 0,01$]. Luego de ajustar en un modelo multivariado de regresión logística, persistió la asociación significativa entre aislamiento e HTAS (OR 1,37, IC95 1,19-1,59, $p < 0,01$), independientemente de edad (OR 1,03 por cada aumento de 1 año, IC95 1,03-1,04, $p < 0,01$), sexo masculino (OR 1,10, IC95 1,00-1,22, $p = 0,04$), ingreso nocturno (OR 1,91, IC95 1,60-2,28, $p < 0,01$), en días no hábiles (OR 1,19, IC95 1,06-1,34, $p < 0,01$) y en mes fresco-frío (OR 1,14, IC95 1,02-1,27, $p = 0,02$), e ingreso en ambulancia desde domicilio (OR 1,29, IC95 1,07-1,54, $p < 0,01$).

Conclusión: El aislamiento social preventivo obligatorio se asoció significativamente con HTA severa en pacientes que ingresaron al SE. Esta asociación permaneció significativa e independiente, luego de ajustar por factores biológicos (edad y sexo) y potenciales confundidores (hora, día y mes de consulta, y modalidad de ingreso). Potenciales explicaciones para esta asociación: a-Mayor tensión emocional [sostenida (por aislamiento y/o pandemia, incertidumbre), exacerbación de conflictos (familiares, económicos), al desplazarse (controles policiales, falta de permiso para circular), al arribar al SE (temor al contagio)], b-Menor control de la enfermedad (déficit del seguimiento ambulatorio, SE como último recurso), c-Cambios de hábitos [dieta (mayor consumo calórico), sedentarismo (permanencia en hogar, dificultad para el ejercicio físico regular), irregularidad en la toma de medicación (menor accesibilidad a recetas/farmacias, temor a IECA), alcohol (mayor consumo de bebidas)], D-¿otros?

0223 - ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y METAS DE C-LDL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGÚN UN NUEVO ALGORITMO EUROPEO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

Unidad Temática 2: Imágenes.20

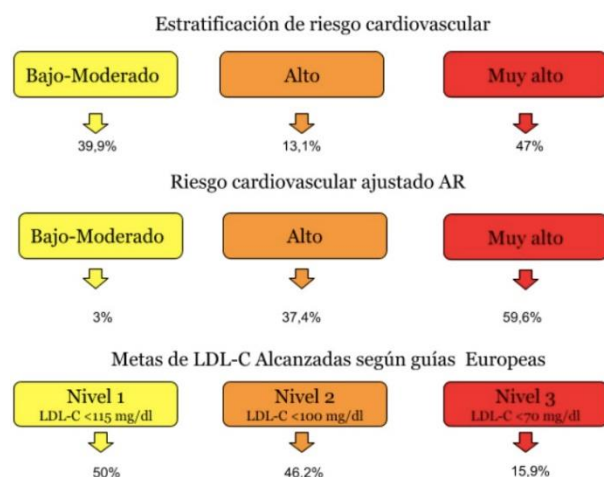
MASSON JUÁREZ, Walter Mauricio | ROSSI, Emiliano | ALVARADO, Nicolas Rodolfo | CORNEJO PEÑA, Guillermo | DAMONTE, Juan Ignacio | **FIORINI, Norberto** | MORA CRESPO, Lorena Mishel | TOBAR JARAMILLO, Mayra

Variables continuas	n=420
Edad	69.7±13.8
Presión sistólica mmhg	123±14.8
Colesterol Total, mg/dL	190±37.3
LDL-C, mg/dL	114.4±31.9
HDL-C, mg/dL	55.6±12.8
Triglicéridos, mg/dL	116.7 (54)
BMI, kg/m ²	26.5 (5.5)
CDAI	7.4 (7.1)
SDAI	7.9 (9.9)
DAS28	2.9 (1.2)
HAQ	0.8 (0.6)
Variables categoricas, %	
Genero Femenino	85.5
Fumadores activos	6.4
Hipertensión Arterial	51.4
Enfermedad vascular previa	18.1
Diabetes Tipo II	7.6
Enfermedad Renal Cronica	10.0
Fibrilación Auricular	4.3
Obesidad	22.3
Terapia farmacológica actual	
Corticoides	46.9
Terapia convencional sintética DMARDs	72.6
Terapia Biológica DMARDs	30.7
Estatinas	29.0
Aspirina	14
Antihipertensivos	47.9
Antihiperglucemiantes orales	6.2
Manifestaciones extraarticulares	9.8
Enfermedad Erosiva	25.2

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica autoinmune que afecta aproximadamente al 0.5-1.0% de la población. Se caracteriza por un aumento de morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular (CV). La estratificación del riesgo CV en pacientes con AR constituye un verdadero desafío. El documento de posición de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), presentó por primera vez un nuevo algoritmo para la estimación del riesgo cardiovascular en pacientes con AR y establece objetivos terapéuticos para el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C) acorde a cada categoría de riesgo.

Objetivos: Estimar el riesgo CV y analizar el cumplimiento de las metas de C-LDL aplicando el nuevo Documento de Posición Europeo para el manejo lipídico en una cohorte de pacientes con AR.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal que incluyó pacientes con AR. Se aplicó el puntaje SCORE según el algoritmo europeo, se clasificó a la población en: bajo riesgo (SCORE < 1%); riesgo moderado (SCORE 1-5%); alto riesgo (SCORE 5-10%, diabetes sin otro FR o daño de órgano blanco, IRC moderada, FR único muy elevado) y muy alto riesgo (SCORE > 10%, diabetes con otro FR o daño de órgano blanco, ERC severa, o enfermedad CV previa). Ante la presencia de AR activa, enfermedad extraarticular, uso de corticoides o autoanticuerpos, los pacientes se clasificaron como "alto riesgo reumatológico" (HR-AR). La presencia de HR-AR reclasificó una categoría a los pacientes. Las metas de C-LDL propuestas fueron <115 mg/dl, < 100 mg/dl y < 70 mg/dl para los pacientes de bajo-moderado, alto o muy alto riesgo, respectivamente.



Resultados: Se incluyeron 420 pacientes (edad $69,7 \pm 13,8$ años, 85.5% mujeres, 29% con estatinas). El 88,4% de los sujetos se clasificó como HR-AR. Aplicando el algoritmo Europeo, el 3,0%, 37,4%, y el 59,6% de los pacientes se clasificó como bajo-moderado, alto o muy alto riesgo, respectivamente de estos solo el 50.0%, 46.2% y 15.9% lograron los objetivos lipídicos acorde la sugerencia de la sociedad cardiológica europea.

Conclusión: Luego de aplicar el nuevo algoritmo en nuestra población de pacientes con AR, una proporción considerable de sujetos se clasificó como alto o muy alto riesgo cardiovascular. Sin embargo, muy pocos pacientes alcanzaron la meta de C-LDL recomendada. Estos hallazgos sugieren la necesidad de equipos de trabajo entre reumatólogos y cardiólogos con el fin de optimizar la prevención CV de este particular grupo de pacientes.

0224 - UTILIDAD DE LA CLASIFICACIÓN DE SHOCK DE LA SOCIEDAD DE ANGIOGRAFÍA E INTERVENCIÓN CARDIOVASCULAR PARA PREDECIR MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

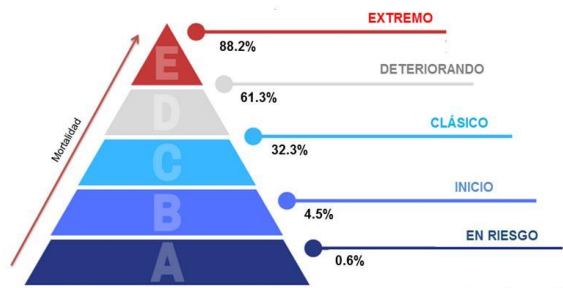
Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

BURGOS, Lucrecia María | MIRANDA, Rita Maria Paula | VILLALBA, Lorena | TALAVERA, Lujan | ACOSTA, Adriana | CABRAL, Miguel Hector | BOTTO, Fernando | DIEZ, Mirta

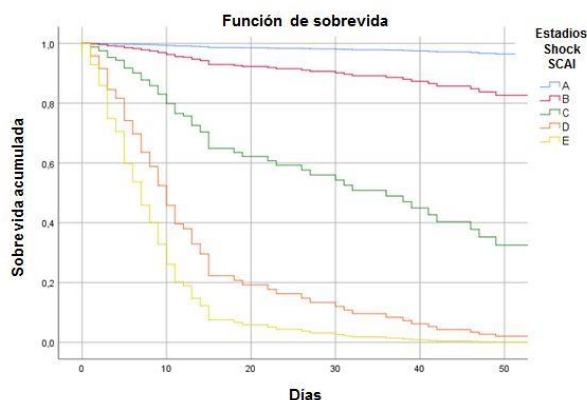
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Recientemente un grupo multidisciplinario de la Sociedad de Angiografía e Intervenciones Cardiovasculares (SCAI) propuso un nuevo y simple esquema de clasificación para el shock cardiogénico (ShC), permitiendo una evaluación rápida bedside, pero también arbitrario dado que no es un modelo derivado. Por lo tanto, su comportamiento predictivo en pacientes con ICA es actualmente desconocido.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la nueva clasificación de estadificación de ShC de la SCAI para predecir mortalidad hospitalaria en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA).



Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva y consecutiva de un hospital de alta complejidad. Se incluyeron pacientes adultos internados entre 2015 y 2019; con diagnóstico primario de ICA. A cada paciente se le asignó un estadio de la clasificación SCAI: la etapa A está "en riesgo" para CS, la etapa B es un shock "inicial", la etapa C es "clásica", la etapa D se "deteriora" y E es "extremo". Como punto final primario se evaluó la mortalidad hospitalaria por todas las causas para cada estadio. Las curvas de supervivencia se construyeron utilizando el método de Kaplan-Meier y se compararon entre las etapas del ShC de SCAI mediante la prueba de log rank. Se utilizó el modelo de regresión de Cox para determinar la asociación entre las etapas de la clasificación y la mortalidad hospitalaria después de ajustar por edad, sexo, etiología de la cardiopatía, parámetros ecocardiográficos (fracción de eyección del ventrículo izquierdo y excursión sistólica lateral del anillo tricúspideo), uso de inotrópicos, dispositivos de asistencia circulatoria mecánica, ventilación mecánica, intervención coronaria percutánea y cirugía cardíaca.



Resultados: Se incluyeron 668 pacientes con una edad media de 74.9 ± 12 años, 63.9% hombres. La mortalidad hospitalaria fue del 11.2%. Según la clasificación SCAI, la proporción de pacientes en estadios A a E fue de 51.7%, 26.7%, 14.4%, 4.6% y 2.5%, respectivamente. La mortalidad no ajustada en cada etapa fue: A 0.6%, B 4.5%, C 32.3%, D 61.3% y E 88.2%, respectivamente (log rank $p < 0.0001$). El análisis multivariado mostró que cada etapa de B a E se asoció en forma independiente con un aumento de la mortalidad hospitalaria ($p < .001$) en comparación con la etapa A: los valores observados hazard ratio fueron 5.2, 31, 107 y 185, para las etapas B a E, respectivamente.

Conclusión: En pacientes hospitalizados por ICA, la nueva clasificación de shock cardiogénico de la SCAI se asoció de forma independiente con la mortalidad hospitalaria, con una tasa de mortalidad creciente en cada estadio. Esta evidencia sería de utilidad para su aplicación en este tipo de pacientes. De todos modos, se necesitan estudios prospectivos de mayor envergadura para validar los hallazgos.

0225 - EVALUACIÓN MULTIPARAMÉTRICA PARA EL WEANING DEL ECMO VENOARTERIAL EN SHOCK CARDIOGÉNICO O PARO CARDÍACO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS.

Modalidad: Temas Libres

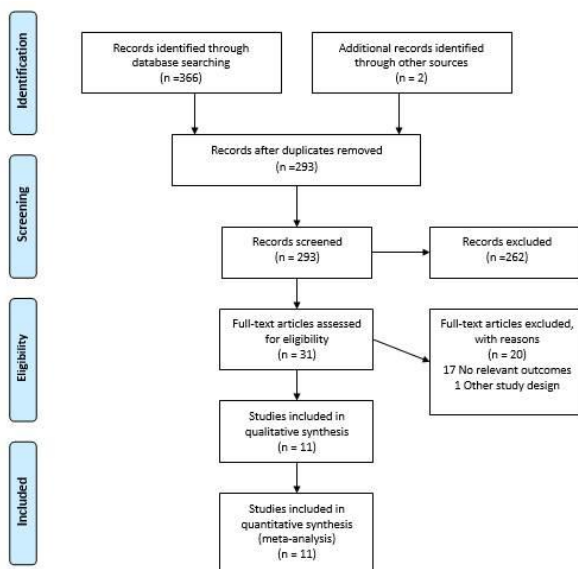
Unidad Temática: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular

BURGOS, Lucrecia María | SEOANE, Leonardo | FURMENTO, Juan Francisco | DIEZ, Mirta | VRANCIC, Juan Mariano | COSTABEL, Juan Pablo | NAVIA, Daniel | AISSAOUI, Nadia

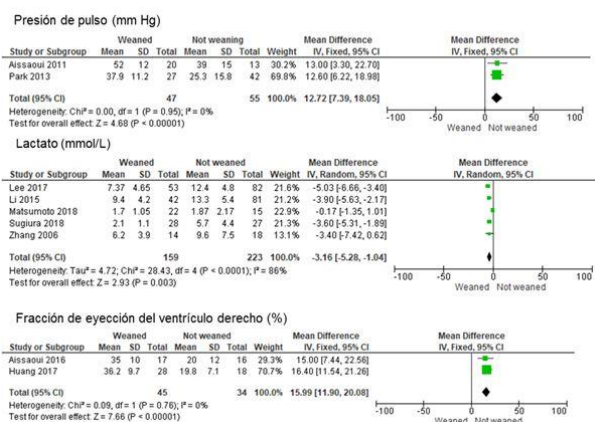
Introducción: La oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial (ECMO VA) es una forma de soporte circulatorio mecánico temporal y de intercambio gaseoso extracorpóreo para la insuficiencia cardiorrespiratoria aguda, incluido el shock cardiogénico refractario (ShC) y el paro cardíaco (PC). Pocos estudios han evaluado los predictores de weaning exitoso (destete) de ECMO VA.

Objetivos: Identificar una estrategia multiparamétrica asociada al weaning exitoso del ECMO VA en adultos en ShC o PC.



Materiales y Métodos: Se realizó una revisión sistemática y un meta-análisis utilizando PubMed, la Biblioteca Cochrane y la Plataforma Internacional de Registro de Ensayos Clínicos. Se incluyeron estudios que informaron al menos 10 pacientes adultos con ShC o PC tratados con ECMO VA publicados a partir del año 2000 a enero 2020. El punto final primario fueron los parámetros hemodinámicos, ecocardiográficos y de laboratorios asociados con weaning exitoso del ECMO VA. El punto final secundario fue mortalidad por todas las causas en el seguimiento. Se agrupó por razón de riesgo (RR) para variables categóricas, y como diferencias de medias (DM) para variables continuas. Se estimó la prevalencia agrupada de acuerdo con el método descrito por Neyeloff. Según la prueba de heterogeneidad (I²), los resultados se combinaron mediante modelo de efectos fijos o aleatorios.

FOREST PLOT DE LA COMPARACIÓN DE PARÁMETROS SOBRE EL WEANING DEL ECMO VA



Resultados: De 367 publicaciones identificadas, 11 estudios observacionales cumplieron con los criterios de inclusión, con 653 pacientes. El weaning exitoso del ECMO VA fue del 45% (IC95% 39-50%, I² 7%) y la tasa de mortalidad hospitalaria del 46,6% (IC95% 33-60%; I² 36%). En el grupo de pacientes con weaning exitoso fue significativamente

mayor la presión de pulso [DM 12.7 (IC95% 7.3-18) $P < 0.0001$, I2 = 0%] y presión arterial media con DM 20.15 (IC95% 13.8-26.4 $P < 0.0001$, I2=0%). También presentaron menor valor de creatinina [DM -0.5 (IC 95% -0.9 - -0.2) $P=0.001$, I2=7%], lactato (DM -3.1 (IC 95% -5.4- -0.7) $P < 0.0001$, I2=89% y creatina quinasa (CK) (-2779.5 (IC 95% -5387 - -171) $P=0.04$, I2 = 38%). Los pacientes del grupo de weaning exitoso del ECMO VA presentó una fracción de eyección ventricular izquierda más elevada DM 17,98% (IC 95% -0,2-36,2) $P= 0,05$ I2 = 91%, y también una fracción de eyección ventricular derecha significativamente superior, DM 15,9% (IC 95% 11,9-20) $P < 0,0001$, I2 = 0%.

Conclusión: Esta revisión sistemática y meta-análisis es la primera en demostrar cuantitativamente la relación de una evaluación multiparamétrica con en el weaning exitoso del ECMO VA en pacientes adultos con ShC o PC. Diferentes parámetros hemodinámicos, ecocardiográficos y de laboratorio se asociaron a la extracción exitosa del dispositivo.

0226 - TRANSFORMACIÓN DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA A UNA MODALIDAD VIRTUAL EN RESPUESTA AL AISLAMIENTO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

BURGOS, Lucrecia María | CANDIELLO, Alfonsina | CABRAL, Miguel Hector | COSTA, Guido | DIEZ, Mirta | ALVES DE LIMA, Alberto E. | BELARDI, Jorge Atilio | BENZADON, Mariano N.

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Durante la pandemia por la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) las consultas virtuales (CV) fueron recomendadas por diferentes sociedades internacionales como una alternativa necesaria e innovadora a la atención presencial en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).

Objetivos: 1) Evaluar la factibilidad y aceptabilidad de las CV en pacientes con IC. 2) Evaluar el requerimiento de evaluación presencial, estudios diagnósticos e internación a 30 días.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo unicéntrico. Se incluyeron consecutivamente las CV realizadas en una unidad de IC, hipertensión pulmonar (HTP) y trasplante cardíaco. Las CV fueron realizadas por 5 médicos especializados a través de videoconferencias. Los pacientes recibieron educación sobre el registro de signos vitales y peso, detección de signos de congestión y pautas de alarma, y se envió información escrita acerca de cuidados durante la pandemia. En el caso de pacientes trasplantados adicionalmente un enfermero especializado en IC realizó seguimiento telefónico. Se comparó el número de CV del 1 de enero al 19 de marzo (antes de COVID-19) y del 20 de marzo al 30 de junio (después de COVID-19). Se envió una encuesta autoadministrada después de la CV. En el periodo después de COVID-19 evaluamos la aceptabilidad del paciente mediante la encuesta "Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)", y la factibilidad como la proporción de CV que pudieron ser realizadas. Se evaluó el % de pacientes que requirió estudios diagnósticos, evaluación médica presencial e internación a 30 días.



Resultados: En el período antes de COVID-19, se realizaron 22 CV (0,28 CV/día) y 416 (4,16 CV/día) en el período después de COVID-19, representando un aumento del 1791%. Se atendieron un total de 327 pacientes. El 100% pudo realizar la CV. El 32,1% requirió estudios diagnósticos, 26,8% evaluación presencial y el 5,7% internación a los 30 días. Del 44% de los pacientes que respondieron la encuesta, el 88,4% estuvo totalmente de acuerdo en que fue fácil llevar a cabo la CV. El 80% de los pacientes estuvieron totalmente de acuerdo en que la modalidad virtual pudo resolver el problema de salud por el que consultó y el 92,3% que el médico mostró interés en su problema de salud.

La gran mayoría de los pacientes (95%) percibió la experiencia globalmente como muy buena o excelente (9 o 10 puntos), calificando con un promedio de 9.76 ± 0.5 .

Conclusión: Las CV fueron factibles, presentaron elevada aceptabilidad, y la experiencia global fue positiva en pacientes con IC, HTP y trasplante cardíaco. En una unidad especializada en IC las CV se han movido rápidamente a la primera línea de la práctica clínica durante el aislamiento por COVID-19, siendo esta modalidad una herramienta valiosa que complementa la atención presencial.

0227 - ¿ES MÁS GRAVE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA QUE SE INTERNA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

BURGOS, Lucrecia María | MIRANDA, Rita Maria Paula | VILLALBA, Lorena | BOTTO, Fernando | DIEZ, Mirta

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) ha causado una crisis sin precedentes en pacientes, médicos y sistema de salud en diferentes regiones del mundo. El aislamiento pudo haber afectado colateralmente la atención de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Se ha observado una disminución en las hospitalizaciones por ICA, pero se conoce poco sobre su impacto en las características clínicas y los resultados hospitalarios.

Objetivos: 1) Evaluar el impacto del aislamiento durante la pandemia por COVID-19 en las hospitalizaciones por ICA y compararla con el periodo anterior. 2) Determinar el perfil clínico, severidad y evolución intrahospitalaria en cada período.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva de un centro de alta complejidad. Se incluyeron consecutivamente pacientes adultos con diagnóstico primario de ICA. Se compararon aquellos pacientes ingresados en marzo a junio de 2019 (antes de COVID-19: AC) y en el mismo período del 2020 (después de COVID-19: DC), durante el aislamiento obligatorio, con respecto al número de hospitalizaciones, derivaciones, perfil clínico y laboratorio, manejo y evolución intrahospitalaria.

Perfil clínico	Antes COVID-19	Después COVID-19	p
Etiología IC, n (%)			0.2
Hipertensiva	10 (12.7)	1 (1.7)	
Enfermedad coronaria	29 (36.7)	23 (38.3)	
Idiopática	5 (6.3)	4 (6.7)	
Valvular	13 (16.5)	17 (28.3)	
Hipertrofica/infiltrativa	5 (6.3)	3 (5)	
Miocarditis viral	3 (3.8)	1 (1.7)	
Otra*	14 (17.7)	11 (18.3)	
Internación previa por IC, n (%)	19 (24.1)	16 (26.7)	0.7
FEV1 <40%, n (%)	32 (41)	22 (40)	0.9
Perfil clínico ICA, n (%)			0.2
Congestión venosa sistémica	60 (75.9)	51 (85)	
Edema agudo pulmonar	11 (13.9)	3 (5)	
BGC/shock cardiogénico	8 (10)	6 (10)	
Presión arterial al ingreso, n (%)			0.004
Hipotensión	6 (7.6)	4 (6.7)	
Normotensión	43 (54.4)	48 (80)	
Hipertensión	30 (38)	8 (13.3)	
Causa de descompensación, n (%)			0.8
Infección	12 (15.2)	7 (11.7)	
No adherencia medicación	6 (7.6)	5 (8.3)	
Incumplimiento dieta	10 (12.7)	7 (11.7)	
Bradiarritmia	0 (0)	1 (1.7)	
Taquiarritmia	9 (11.4)	6 (10)	
Otras	12 (15.2)	11 (18.4)	
No identificado/progresión de enf.	21 (26.6)	20 (33.3)	
NA	7 (8.9)	3 (5)	

Resultados: Se incluyeron un total de 139 pacientes, 79 correspondientes al período AC y 60 al período DC, lo que representa una disminución del 25% (RIC 11-33). El 31,6% fue derivado en periodo AC en comparación al 15% durante la pandemia ($p=0.02$). En comparación con el período AC, en el período DC los pacientes eran mayores [mediana de edad 81 años (IQR 73-87) vs 77 años (IQR 64-84), $p=0.014$], con una tendencia no significativa a ser más hombres, 70% vs 54.4% ($p=0.06$), y sin diferencias en comorbilidades de base. Se observó una diferencia en el perfil de acuerdo con la presión arterial al ingreso, siendo las formas hipertensivas más frecuentes en el período AC

(38% vs 13.3%, $p=0.004$). Fue similar la etiología de IC, los factores descompensantes, la función ventricular izquierda y derecha, y los parámetros de laboratorio. Con respecto a la evolución intrahospitalaria, en el periodo AC fue mayor el uso de ventilación mecánica (13.9% vs 3.3% $p=0.03$) y de asistencia circulatoria mecánica (7.6% vs 0%, $p=0.02$). Durante el periodo AC, se realizaron 5 trasplantes cardíacos de emergencia, y ninguno en DC, (6,3% vs 0%, $p=0.004$). La mortalidad hospitalaria fue similar en ambos periodos (3,8% vs. 3,3%; $P=0.80$), siendo del 1,9% en pacientes no derivados y del 8,8% en derivados ($p=0,06$).

Evolución intra-hospitalaria	Antes COVID-19	Después COVID-19	p
Estadía hospitalaria en días (RIC)	4 (3-7)	4 (3-7)	0.9
Uso inotrópicos, n (%)	7 (8.9)	5 (8.3)	0.9
Uso vasodilatadores, n (%)	31 (39.7)	23 (38.3)	0.9
Terapia reemplazo renal, n (%)	2 (2.5)	0 (0)	0.2
Ventilación mecánica, n (%)	11 (13.9)	2 (3.3)	0.03
Asistencia circulatoria mecánica, n (%)	6 (7.6)	0 (0)	0.02
Trasplante cardíaco emergencia, n (%)	5 (6.3)	0 (0)	0.04
Mortalidad intrahospitalaria, n (%)	3 (3.8)	2 (3.3)	0.8

Conclusión: Hubo una reducción en el número de pacientes hospitalizados por ICA durante el aislamiento por COVID-19. En el período del 2019 se internaron pacientes que requirieron más frecuentemente tratamientos de mayor complejidad como asistencia circulatoria o trasplante cardíaco, sin embargo, la mortalidad en ambos periodos fue similar. Este cambio en hospitalizaciones por ICA de menor severidad durante la pandemia podría estar relacionado a la disminución observada en el número de pacientes derivados de otros hospitales para recibir terapéuticas más avanzadas.

0234 - EVALUACIÓN DE LA VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR DEL STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL Y VOLÚMENES VENTRICULARES POR ECOCARDIOGRAMA 3D. COMPARACIÓN DE MÉTODOS SEMIAUTOMÁTICOS Y AUTOMÁTICOS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

BAGNATI, Rodrigo P. | **DEL CASTILLO, Santiago Luis** | BAGLIONI, Marina | ROSSI, Emiliano | PARCERISA, Florencia | FALCONI, Mariano Luis | OBERTI, Pablo Fernando | PIZARRO, Rodolfo

Hospital Italiano de Buenos Aires

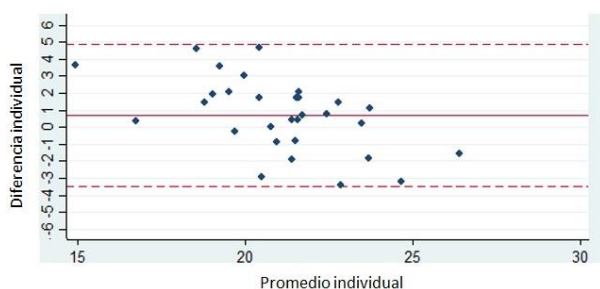
Introducción: La valoración de la deformación miocárdica, de los volúmenes ventriculares y de la fracción de eyección 3D, se utilizan en diversos escenarios para la toma de decisiones. Según el software, estas técnicas requieren diferentes grados de intervención del operador. Los más modernos apuntan a procesos con mayor grado de automatismo y menor variabilidad interobservador. Resulta fundamental conocer el grado de variabilidad entre diferentes operadores para cada técnica y el grado de concordancia entre las distintas versiones del software.

Objetivos: Evaluar la variabilidad interobservador de los distintos métodos de valoración para la deformación miocárdica (SLG), volúmenes ventriculares y fracción de eyección (FEY) por 3D. Evaluar la concordancia entre métodos automáticos y semiautomáticos.

Materiales y Métodos: Se analizaron los ecocardiogramas de 31 pacientes con buena ventana acústica. Cada estudio fue evaluado por dos operadores, con dos versiones de software: Phillips QLAB 10 (versión semiautomática) y Phillips QLAB 13 (versión automática). Con QLAB 10 se valoró el SLG (aCMQ), los volúmenes ventriculares y la FEY 3D (3DQa). En QLAB 13 se valoró SLG por TOMTEC y los volúmenes y FEY por Heart Model. No se realizaron correcciones manuales en esta versión. Se realizó un análisis de correlación intraclase (CCI) para evaluar la variabilidad interobservador a través de un modelo de efectos mixtos de dos vías. La concordancia se evaluó mediante plots de Bland-Altman.

	CCI (IC 95%)
SLG (QLAB 10, aCMQ)	0.83 (0.66-0.92)
SLG (QLAB 13, TOMTEC)	0.96 (0.92-0.98)
VFD 3D (QLAB10, 3DQa)	0.96 (0.89-0.98)
VFD 3D (QLAB 13, HM)	0.99 (0.97-0.99)
VFS 3D (QLAB10, 3DQa)	0.95 (0.85-0.98)
VFS 3D (QLAB 13 HM)	0.97 (0.92-0.99)
FEY 3D (QLAB10, 3DQa)	0.90 (0.70-0.97)
FEY 3D (QLAB 13 HM)	0.95 (0.83-0.98)

Resultados: La media de edad fue de $46,8 \pm 16,8$ años. Se trató de pacientes con FEY preservada, diámetros normales y sin hipertrofia. El principal motivo por el que solicitó el estudio fue control de salud (68%). La correlación entre los operadores para la medición semiautomática de SLG por aCMQ fue buena. Fue aún mejor para la versión automática (TOMTEC) resultando excelente en todos los casos (CCI en tabla). Sin embargo, el acuerdo entre los métodos semiautomático y automático evidenció una elevada variabilidad con diferencias absolutas de hasta 5% (Gráfico). En la evaluación de los volúmenes ventriculares y FEY por 3DQa la correlación fue también de buena a excelente. Cuando se evaluó el método automático (Heart Model) la correlación fue excelente tanto para los volúmenes como para la FEY.



Conclusión: Tanto en la evaluación de la deformación ventricular como en la evaluación de los volúmenes y FEY 3D se observó una correlación entre observadores de buena a excelente para los métodos semiautomáticos, siendo excelente para los métodos automáticos. Sin embargo, el nivel de desacuerdo entre métodos automáticos y semiautomáticos no parece aceptable, por lo que el seguimiento de pacientes debería realizarse siempre con la misma versión de software.

0235 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS: EXPERIENCIA DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN ARGENTINA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Endocarditis Infecciosa

IRIBARREN, Ana Carolina (1) | **WECKESSER, Federico Ivan**(1) | **FERNANDEZ OSES, Pablo**(1) | **CASABE, Jorge Horacio**(2) | **AVELLANA, Patricia Mabel**(3) | **GARCÍA AURELIO, Mauro Javier**(4) | **SPENNATO, Mario Cesar**(5) | **NACINOVICH, Francisco**(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Fundación Favaloro (2); Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (3); Area de Investigación SAC (4); Area de Consensos y Normas SAC (5)

Introducción: Staphylococcus Aureus (SA) es el principal causante de endocarditis infecciosa (EI) con una alta incidencia de complicaciones y mortalidad.

Objetivos: Conocer las características clínicas y complicaciones asociadas de la enfermedad.

Materiales y Métodos: Análisis de una cohorte prospectiva con EI definida (según criterios de Duke modificados) por SA (EISA) del estudio multicéntrico EIRA-3.

Resultados: EIRA-3 incluyó 502 pacientes de 48 centros de Argentina: se analizaron 139 pacientes con EISA (27.7%). Edad (media±DE): 60±19.2 años; 65.5% masculino. Valvulopatía previa 33% (2,8% etiología reumática y 4,2% cardiopatías congénitas). Comorbilidades: Diabetes (DBT) 33,1%, enfermedad renal crónica 24,5% (16% en hemodiálisis), 1,4% adictos a drogas E.V, 12% neoplasia; 39,6% procedimientos asociados al cuidado de la salud en últimos 6 meses. 90% EI válvula nativa (VN) y 10% EI válvula protésica (VP); 6,4% con episodio previo de EI y 18% dispositivo implantable previo. Clínica: fiebre 92.8%, insuficiencia cardíaca (IC) 33%, soplo nuevo 31%; hepatomegalia 11%, petequias 21%, embolias periféricas 40%, trastornos del ritmo 10%, sepsis 64% (27% sepsis severa y 16,5% shock séptico). Localización más frecuente: válvula aórtica. Se realizó ecocardiograma en 99.3%; 76% requirió Eco Doppler transesofágico para arribar al diagnóstico, 36,7% fue diagnosticado con una sola imagen y en el resto se repitió la ecografía (3 veces en la mitad de los pacientes). Complicaciones: fiebre persistente 35,8%, embolias periféricas 35,2%, hemocultivos persistentemente positivos 30%, insuficiencia renal aguda 27%, asistencia respiratoria mecánica 25,5%, IC nueva 22%, compromiso perivalvular (absceso/dehiscencia) 19,4%, complicaciones neurológicas (absceso, ACV, aneurisma micótico) 19%, trastornos nuevos de conducción 7,9%, infarto en internación 1,4%. Cirugía: 36% de los pacientes (38% VN y 100% VP); 26% electiva. Tiempo a la cirugía (mediana/RIC): 12 (5-41) días. Indicación quirúrgica: insuficiencia valvular 24,5%, embolias 16,5%, IC 13,7%, absceso intracardíaco 9,3%, bacteriemia persistente 7,9%. Mortalidad intrahospitalaria: 37.4% (tratamiento médico: 39.3% vs. tratamiento quirúrgico: 34%, p=0.53). Análisis univariado de variables en función de mortalidad (expresado como OR (IC95%), p): edad>65 años: 1.25 (0.63-2.49; p=0.53); sexo masculino: 0.70 (0.34-1.43; p=0.32). Enfermedad renal crónica: 1.55 (0.70-3.43; p=0.27). DBT: 0.57 (0.27-1.23; p=0.15). IC previa: 1.24 (0.50-3.04; p=0.63). Trastorno del ritmo previo: 1.43 (0.41-4.96; p=0.56). Hospitalización previa: 1.09 (0.54-2.20; p=0.80). EI previa: 0.82 (0.19-3.45; p=0.79). Dispositivo implantable previo: 1.24 (0.50-3.04; p=0.63). IC aguda: 2.13 (0.95-4.80; p=0.067). Embolias periféricas: 2.02 (1.13-3.63; p=0.018). Sepsis: 1.51 (0.73-3.13; p=0.26). Sepsis severa: 2.57 (1.19-5.56; p=0.016). Shock séptico: 2.88 (1.13-7.34; p=0.025). Análisis multivariado: predictores independientes de mortalidad: IC aguda: 2.29 (1.01-5.26; p=0.048) y shock séptico: 2.76 (1.10-6.99; p=0.031).

Conclusión: A pesar que contamos con mejores herramientas de diagnóstico y tratamiento, EISA continúa siendo una enfermedad severa, con dificultad/demora en el diagnóstico ecocardiográfico, alta tasa de complicaciones y elevada mortalidad a pesar del tratamiento médico-quirúrgico. Características clínicas como la IC aguda y el shock séptico determinan mayor mortalidad intrahospitalaria. Identificar estas variables clínicas permitiría reconocer los pacientes de mayor riesgo y mejorar los resultados.

0236 - ¿TIENE UTILIDAD LA MEDICIÓN DE LA ACTIVIDAD ANTI-XA EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO ANTICOAGULADOS CON ENOXAPARINA?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Hipertensión Pulmonar y Tepapéutica

BONORINO, José | BILBAO, Jorge | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique | TORRES, Nicolás Arturo | IWANOWSKI, Mateo | MELCHIORI, Renzo Eduardo | **SANCHEZ, Agustina** | BARATTA, Sergio Juan

Hospital Universitario Austral

Introducción: La heparina de bajo peso molecular (HBPM) tiene un papel importante en el tratamiento del tromboembolismo pulmonar agudo (TEP). La actividad de la enoxaparina (ENOXa) puede monitorearse utilizando los niveles de actividad anti factor Xa. Determinados grupos de pacientes podrían tener una actividad anti-Xa incrementada o reducida; sin embargo existe información limitada respecto de cuál es la dosis óptima que debe utilizarse en ellos dado que no han sido suficientemente representados en los ensayos clínicos. La actividad anti-Xa incrementada o reducida podría asociarse a un mayor riesgo de hemorragia o trombosis respectivamente. Dichos grupos de pacientes comprenden individuos con neoplasia maligna, falla renal, pesos extremos, embarazadas, octogenarios y aquellos con alta carga trombótica (ACT).

Objetivos: Determinar la existencia de variables clínicas que puedan alterar la actividad anti-Xa en pacientes con TEP.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte observacional unicéntrico efectuado en un Hospital Universitario Argentino sobre pacientes hospitalizados por TEP durante el período 2008-2019 que estuvieran anticoagulados con ENOXa y en

quienes se hubiera determinado la actividad anti-Xa. La dosis de ENOXa indicada al ingreso se efectuó de acuerdo al peso corporal (1mg/kg cada 12hs). La determinación de la actividad anti-Xa se realizó a criterio del médico tratante y a las 4hs luego de la tercera dosis de ENOXa recibida. Las variables clínicas consideradas fueron la presencia de alta carga trombotica (ACT), la insuficiencia renal, el peso corporal >100 kg, la neoplasia maligna y la edad. Se definió como "ACT" a la presencia de un score de Miller modificado (MMS) >22, e "insuficiencia renal" a una depuración de creatinina (Cl creat) entre 30-60 ml/min calculado por la fórmula MDRD. Se excluyeron los pacientes con Cl creat <30ml/min.

UNIVARIADO			
VARIABLE	VARIABLE presente n (%)	VARIABLE ausente n (%)	Valor de p
Edad > 80 años	9 (18.3%)	40 (81.6)	0.01
Tabaquismo	18 (36.7%)	31 (63.2%)	ns
Neoplasia Maligna	20 (40.8%)	29 (59.1%)	ns
PAS < 100mmHg	2 (4.0%)	47 (95.2%)	ns
FC > 110 lpm	11 (22.4%)	38 (77.5%)	ns
PESIs > 0	36 (73.4%)	13 (26.5%)	ns
Alta Carga Trombótica	13 (38.2%)	21 (61.7%)	< 0.04
Obesidad (IMC > 30)	21 (42.8%)	28 (57.1%)	ns
Cl creat 30-60 ml/min	8 (16.6%)	40 (83.3%)	ns
MULTIVARIADO			
VARIABLE	Odds Ratio	IC (95%)	Valor de p
Alta carga trombótica	2.9	1.03-8.71	0.04
Edad	1.0	0.98-1.05	ns
Cl creat 30-60 ml/min	1.0	0.98-1.05	ns
Género	0.4	0.17-1.41	ns
Peso > 100 kg	0.3	0.11-1.24	ns
Neoplasia Maligna	0.3	0.90-5.43	ns

Resultados: Del total de 268 pacientes consecutivos hospitalizados por TEP, se incluyeron en el análisis 126 pacientes. Edad 59 años $\pm$ 16 (femeninos 51 %). Se requirió una modificación de la dosis de ENOXa en 49 pacientes (39%) vs. 77 pacientes (61%) que mantuvieron la dosis inicial. En el análisis univariado los pacientes en quienes se modificó la dosis de ENOXa resultaron de mayor edad 64 años $\pm$ 15 vs. 56 años $\pm$ 16; p:0.01. Aquellos con ACT requirieron con mayor frecuencia una modificación en la dosis inicial de ENOXa (38% vs. 17%; p:0.02). De los pacientes que requirieron modificación en la dosis de ENOXa, un 58% debió aumentar la misma. No existieron diferencias significativas en relación a sangrado, muerte intrahospitalaria y a 30 días entre aquellos que requirieron modificación de la dosis inicial de ENOXa vs aquellos que no la modificaron 4.4 vs 3.8, 2.1 vs 2.9 y 2.4 vs 5.3% respectivamente; p:ns. En el modelo de análisis multivariado, sólo la ACT correlacionó con la necesidad de ajuste en la dosis de ENOXa indicada inicialmente (OR 2.9, IC 95% 1.03-8.71; p:0.04), con un área bajo la curva ROC de 0.73.

Conclusión: En nuestra población, la determinación de la actividad anti-Xa en pacientes con TEP anticoagulados con ENOXa tuvo utilidad en individuos con ACT donde más de 1/3 de los pacientes requirieron un ajuste en la dosis inicial y sin mayor sangrado. La cuantificación de la carga trombotica podría tener utilidad para guiar el tratamiento anticoagulante con ENOXa en el TEP.

0237 - ALGORITMO PARA LA EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA TIROSÍN QUINASA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardio Oncología

Unidad Temática 2: Cardiotoxicidad

TEPPER, Rita Beatriz | FEIGELSON, Estela Adriana | MOIRAGHI, Beatriz | AMOR, Miguel | DEL NEGRO, Blanca Luciana | MOSTO, Hugo | BENDER, Daniel Pedro | CARBAJALES, Justo

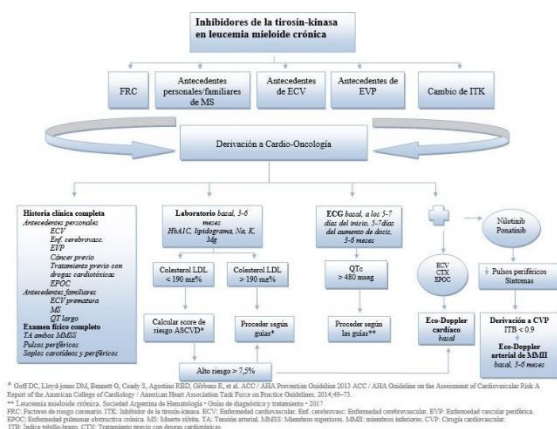
Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: El tratamiento de los pacientes con leucemia mieloide crónica (LMC) con inhibidores de la tirosina quinasa (ITK) puede asociarse con efectos adversos cardiovasculares, en especial en aquellos que tienen factores de riesgo o enfermedades cardiovasculares preexistentes. Disponer de un algoritmo de evaluación desarrollado por

cardiólogos sería útil para estandarizar conductas que sean aplicables a nivel nacional. No hemos encontrado publicaciones sobre un algoritmo similar desarrollado por cardiólogos argentinos.

Objetivos: Elaborar un algoritmo de evaluación de los pacientes con LMC en tratamiento con ITK en un hospital público del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA) evaluados por cardio-oncología, para estandarizar la evaluación cardiovascular y los estudios complementarios, identificar a los pacientes con alto riesgo de desarrollar complicaciones asociadas con el tratamiento y tomar las conductas terapéuticas necesarias.

Materiales y Métodos: En el servicio de cardiología de un hospital público del GCABA, sección cardio-oncología, se revisaron las Guías de diagnóstico y tratamiento de la Sociedad Argentina de Hematología (2017), las recomendaciones de la European Leukemia Net sobre el tratamiento y prevención de los eventos adversos en la LMC (2017) y la guía de prevención de la American Heart Association (AHA) (2013).



Resultados: Las variables incorporadas al algoritmo se muestran en la Figura.

Conclusión: La aplicación de este algoritmo desarrollado por cardiólogos en los pacientes con LMC atendidos en un hospital público del GCABA que reciben ITK permitiría identificar a aquellos pacientes de alto riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares y tomar las conductas terapéuticas necesarias. Creemos que puede ser utilizado a nivel nacional dada la baja complejidad de estudios complementarios requeridos.

0238 - VALOR DEL PERIODO PRE-EYECTIVO Y DEL TIEMPO DE TRANSMISION DEL PULSO DURANTE EL TILT TEST EN MUJERES CON SÍNCOPE

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

Unidad Temática 2: Síncopa y Muerte Súbita

RUIZ, Graciela Aurora | CHIRIFE, Raúl | MANGARIELLO, Brenda | AVERSA, Eliana | GITELMAN, Patricia Carmen | SALZBERG, Simón Mario | DASSO, Daniel

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: Los valores y comportamiento de los intervalos sistólicos (IIS) y el tiempo de transmisión del pulso (PTT) fueron previamente estudiados en los pacientes con síncope durante el tilt test (TT) con el objeto de a) comprender a los mecanismos hemodinámicos que determinan o acompañan a la respuesta positiva al (TT(+)) y b) detectar algún intervalo cuyo valor o comportamiento precoz predigiera el resultado del estudio. El período eyectivo (PE) y el período pre-eyectivo (PPE) están relacionados con la precarga ventricular mientras que el PTT se asocia con la rigidez de pared arterial (eventualmente vasodilatación ó vasoconstricción). El conocimiento del mecanismo que conduce a un TT(+) permite adecuar la estrategia terapéutica. Se ha informado que la prolongación inicial del período (PPE) y del PTT durante el estudio eran mayores en los pts con TT(+) que con TT(-). Por otro lado, los valores y comportamiento de los IIS se asocian a características demográficas (sexo y edad).

Objetivos: Evaluar el valor y comportamiento del PPE y del PTT durante el TT en mujeres con síncope mayores y menores de 40 años.

Materiales y Métodos: Se incluyeron de manera prospectiva pts mujeres con síncope en las que se realizó TT. Fueron divididas, de acuerdo a la edad, en menores y mayores de 40 años. En base a resultados de estudios previos, dentro de los IISS, se seleccionaron para su análisis los valores y cambios del PPE y del PTT, así como el PE corregido a la frecuencia cardíaca (PEc) al final del estudio. Los IISS fueron obtenidos mediante un equipo que permite registrar 3 canales: ECG, onda de pulso digital y fonocardiograma (Systocor 62- Exxer ®). Los momentos analizados durante el estudio fueron: basal (B), inicial (I= dentro de los primeros 5 minutos del estudio) y final (F= dentro de los 5 minutos que preceden el fin del estudio). Se evaluaron los cambios absolutos entre el momento basal e inicial (B-I) y entre inicial y final (I-F). Se compararon los valores absolutos y los cambios en los IISS entre pts con TT(+) y TT(-) en ambos grupos etarios por separado.

	<= 40 años			> 40 años		
	TT(+) n: 27	TT(-) n: 32	p	TT (+)	TT (-)	p
PTT B	152±20	147±19	.28	135±18	141±13	.24
PTT I	122±20	128±14	.17	122±14	125±14	.36
PTT F	141±22	132±18	.08	124±19	121±16	.55
PPE B	234±12	230±23	.47	237±26	238±27	.86
PPE I	242±17	244±25	.76	241±31	243±30	.80
PPE F	250±22	244±22	.29	241±32	242±31	.87
PEc F	307±18	294±15	.001	297±19	289±21	.14
D PTT B-I	-25(-40/-16)	-18(-26/-6)	.02	-14(-17/-6)	-17(-22/-5)	.63
D PTT I-F	15(10/27)	2.5(-5/14)	.0004	1.5(-10/15)	-3.5(-10/4)	.07
D PPE B-I	-9(-3/15)	1 (-10/6)	.13	2.5(-2/11)	5.5(-2/15)	.78
D PPE I-F	9(-1/14)	-7.5(-12/-2)	.008	0 (-9/5)	-1(-7/9)	.73

Resultados: Se incluyeron 111 pacientes, 56 pts con TT(-) (edad=41±19) y 57 pts con TT(+) (edad: 43±21 años). En la tabla se observan los valores de PPE y PTT (media± DE) así como sus cambios (mediana (perc. 25/perc. 75)). En pts menores de 40 años: PTT I-F> 0: Chi2 =0014; S: 0.89, E: 0.50, VPP: 0.60, VPN: 0.84 para TT(+)

Conclusión: En las mujeres jóvenes con TT(+) se observa una prolongación del PTT durante el TT sugiriendo un rol del déficit de la vasoconstricción en la génesis del cuadro. Podría tratarse de un subgrupo que se beneficiara particularmente con el uso de vasoconstrictores. El incremento del PTT durante el estudio tiene una aceptable sensibilidad pero escasa especificidad. En las mujeres mayores de 40 años en cambio, el comportamiento del PTT y PEE es mas heterogéneo. Ningún valor basal ni inicial durante en el estudio estuvo relacionado con la respuesta al mismo.

0239 - ¿A QUIÉNES LES INTERESA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA NO REMUNERADA?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Salud Pública y Políticas de Salud

Unidad Temática 2: Imágenes.20

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | **DELFINO, Flavio Andres** | D' IMPERIO, Heraldo | COHEN ARAZI, Hernán | CALDERON, Gustavo | LESCANO, Adrian

Area de Investigación SAC

Introducción: La “medicina basada en la evidencia” constituye la herramienta de mayor jerarquización en fundamentar las decisiones clínicas y terapéuticas que adoptamos en nuestros pacientes. La información que obtenemos de los ensayos clínicos son producto del trabajo de investigadores que, en general, reciben remuneraciones económicas y en los que la población que se analiza pasa por un estricto filtro de criterios para ser incluida. Los registros, en cambio, incluyen poblaciones no seleccionadas, que reflejan mejor el mundo real y que son conducidos por personas que no reciben remuneraciones económicas y a su vez coleccionan datos aportados también de forma desinteresada por profesionales que quieren brindar su aporte para conocer nuestra realidad en diferentes ámbitos pero dado que la participación en ellos es voluntaria y optativa, no está exenta de sesgos y habitualmente se cuestiona su representatividad.

Objetivos: Conocer el perfil de los médicos con interés en los proyectos del área de Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología.

Materiales y Métodos: Fueron invitados a participar del Registro de Colaboradores del área de Investigación todos los socios de la SAC mediante un correo electrónico. Los médicos interesados completaron voluntariamente una encuesta desarrollada en RedCap. La misma contenía preguntas acerca del lugar de residencia, la posición laboral del médico interesado, de su ámbito principal de trabajo, el nombre del centro en el que se desempeñaba, si tenía antecedentes en investigación, el curso de buenas prácticas en investigación realizado alguna vez y si participaba en algún consejo/distrito/área de la SAC. Se recabó el dato del campo de interés para la investigación, el cual era de opción múltiple, e incluía Síndromes coronarios agudos, urgencias cardiológicas, arritmias, insuficiencia cardíaca, patologías de consultorio, ecocardiografía, medicina nuclear y TAC/RMN. También había un campo, de texto libre, para consignar si tenía otro tema de interés.

Resultados: Fueron completadas 264 encuestas. El 49% correspondían a médicos de CABA, un 27,5% de la provincia de Buenos Aires y 23,5% al resto de las Provincias. Todas las provincias estuvieron representadas por al menos un médico. Un 45% fueron médicos de planta, un 20% jefes de servicio, un 11,3% médicos de consultorio, un 9,5% refirió ser independiente, un 4,9% se desempeñaba en la guardia y un 9,1% fueron residentes. Los encuestados representan a 246 centros distintos del país. En cuanto a su área de trabajo, un 62,5% la desarrollaba en consultorios, un 50% en Unidad Coronaria/área crítica, un 38,3% en sala de cardiología, un 6,44% en guardia externa, un 7% en quirófano y menos del 1% en ambulancia. 84% refirieron tener experiencia en investigación y un 98% habían realizado alguna vez el curso de buenas prácticas en Investigación. 64% participaban activamente en algún consejo de la SAC y un 28% en algún Distrito SAC. Los temas que fueron de interés para investigaciones fueron: 49% insuficiencia cardíaca, 46,6% síndromes coronarios agudos, 40% patologías de consultorio, 36% ecocardiografía, 26% urgencias cardiológicas, 24% arritmias, 10% TAC/RMN y menos del 4% los restantes temas cardiológicos.

Conclusión: Menos del 10% de los socios SAC respondió la encuesta. La mayoría de los interesados pertenecen a CABA y provincia de Buenos Aires, lo que genera limitaciones a la hora de lograr buena representatividad a nivel nacional al hacer nuestros registros. Resulta evidente la necesidad de implementar estrategias para incorporar más investigadores en las provincias para mejorar la calidad de los estudios y la visión del mundo real.

0240 - BENEFICIO A LARGO PLAZO DE LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

GALIZIO, Néstor Oscar | PELTZER, Michael | CARNERO, Guillermo Alejandro | TRONCONI, Alejo | MYSUTA, Mauricio | GONZALEZ, José Luis | RENEDO, María | FAVALORO, Liliana Ethel

Hospital Universitario Fundacion Favaloro

Introducción: La mayoría de los estudios multicéntricos ha evaluado el beneficio de la Terapia de Resincronización Cardíaca (TRC) en pacientes (pts) con disfunción ventricular izquierda en seguimientos a 6, 12 o 24 meses (m).

Objetivos: Describir la respuesta de pts implantados con dispositivos de TRC-D/P, desde un registro prospectivo de un solo centro, a 12, 24, 36 y 48 m.

Materiales y Métodos: Entre junio de 2009 y junio de 2018, 381 pts implantados con TRC-D/P fueron seguidos a 12, 24, 36 y 48 m. Las indicaciones fueron realizadas de acuerdo a las Guías Internacionales vigentes. El 88% (335 pts) fueron implantados en carácter de prevención primaria. En el postimplante inmediato, los intervalos A-V y V-V fueron programados con algoritmos automáticos y entre los 3 y 6 meses de acuerdo a los resultados del Eco-Doppler cardíaco si no había una adecuada respuesta a la TRC. Todos los pts tuvieron controles hospitalarios y un 10% mediante monitoreo remoto. Los pts fueron clasificados en: 1. Respondedores: disminución ≤ 1 CF NYHA o aumento de la FEVI $\geq 5\%$ (absoluto), 2. Super-Respondedores: aumento de la FEVI $\geq 10\%$ (absoluto) y Normalizadores de la FEVI: aumento de la FEVI $\geq 50\%$. Características basales: edad 64 ± 11 años, hombres 268 pts (70%), Cardiopatía isquémico-necrótica 144 pts (38%), Cardiomiopatía no isquémico-necrótica 237 (62%), CF II-III NYHA 341 pts (90%), BRI 246 pts (72%), duración QRS (dQRS) 165 ± 27 ms, DDVI medio 68 ± 10 mm, DSVI medio 56 ± 12 mm y FEVI media $24 \pm 9\%$. Los pts estaban con tratamiento médico optimizado por el Servicio de Insuficiencia Cardíaca (beta-bloqueantes (93%), IECA (90%), bloqueadores de mineralocorticoides (83%) y diuréticos (73%).

Meses	12	24	36	48
Respondedores	27/276 (82%)	84/224 (82%)	141/180 (78%)	112/137 (82%)
Super-Respondedores	92/186 (49%)	92/172 (53%)	71/128 (55%)	66/116 (57%)
Normalizadores FEVI	22/186 (12%)	31/172 (18%)	24/128 (19%)	23/116 (20%)

Resultados: Los resultados se expresan en la tabla.

Conclusión: En nuestra población en estudio, los pts implantados con CRT-D/P con las apropiadas indicaciones, programación y seguimiento, con controles hospitalarios y mediante monitoreo remoto, mostraron un elevado porcentaje de Respondedores, Super-Respondedores y Normalizadores de la FEVI. El beneficio se sostuvo o incluso aumento en el tiempo.

0241 - CRONOTERAPIA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL: IMPACTO POTENCIAL EN NUESTRO MEDIO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Arterial

Unidad Temática 2: Imágenes.20

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | **ARGÜELLO MOSCA, Ruth Leticia** | MAURO, Víctor Miguel | CHARASK, Adrian | FAIRMAN, Enrique | VERNAVÁ MARIANI, Martin | RODRIGUEZ ROHWAIN, Valentina | BARRERO, Carlos Manuel

Clínica Bazterrica

Introducción: La cronoterapia implica indicar la medicación en horarios determinados para optimizar su eficacia. En el tratamiento antihipertensivo sería administrar la medicación por la noche en vez de por la mañana. Recientemente fue demostrado que esta estrategia mejora el control de presión arterial (tanto diurna como nocturna) y disminuye la morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular de manera muy significativa.

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar de qué manera se administra la medicación antihipertensiva en nuestro medio y, de acuerdo a ello, analizar el impacto potencial que tendría el implementar la administración nocturna de la medicación antihipertensiva.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, descriptivo, de pacientes hipertensos, mayores de 18 años y que se encontraban bajo tratamiento farmacológico internados en sala general por cualquier causa. Se les realizó una encuesta acerca de la forma de administración de la medicación antihipertensiva, indicando tipo y número de fármacos diarios, intervalo interdosas y el momento del día habitual de toma de los mismos (diurno/nocturno/ambos). Los datos fueron volcados en una plantilla de excel y el análisis estadístico se realizó con epi info. Versión 7.2.0.1.

Resultados: Fueron evaluados 200 pacientes hipertensos ingresados en nuestra institución en el período febrero-junio 2020. Se excluyeron los menores de 18 años y los que no tomaban medicación antihipertensiva. El 87.4% cursaba internación por alguna condición clínica, un 6,1% por patología traumatológica y el 6,5% por motivos quirúrgicos. Población: hombres 62%, edad (mediana) 77 años (RIC 25-75% 65-84), diabéticos 31%, dislipémicos 29%, tabaquistas 8,5%; infarto previo 14%; ACV previo 6% y EPOC 10,5%. Un 55.5% de los pacientes se encontraban bajo tratamiento con un fármaco (monoterapia); un 35% con doble esquema, un 8% con triple y un 1.5% con 4 drogas. De los pacientes que recibían monoterapia (n:111), el 45% lo tomaba por la mañana, el 35% por la noche y un 20% la misma droga en ambos momentos. Los que tomaban 2 medicamentos por día (n:70), el 46% refirió la ingesta de dos fármacos juntos por la mañana, 21% los dos juntos por la noche, y un 33% uno a la mañana y uno a la noche. Los que tomaban 3 y 4 remedios (n:19) lo hacían 31,25% por la mañana solamente, un 6,25% por la noche solamente y un 68,4% repartían los remedios mañana y noche. Los grupos farmacológicos más empleados en monoterapia fueron los IECA/ARA2: 68,5%, betabloqueantes: 15,6%, bloqueantes cálcicos 14,41% y diuréticos 2,7%. Y en el grupo de 2 drogas: IECA/ARA2: 93%, bloqueantes cálcicos 42,2%, diuréticos 31,4% (de éstos, un 64% lo recibió a la mañana), betabloqueantes 27%. Las combinaciones más frecuentes de los IECA/ARA2 fueron con bloqueantes cálcicos en un 49%, diurético en un 33,4% y betabloqueante en un 39%. Con estos datos se puede inferir que el potencial para utilizar cronoterapia en nuestro medio es del 45% de los pacientes que reciben monoterapia, del 45,8% de los que toman dos fármacos y del 31,2% de los que toman 3 o más. Dado que el 90% de la población analizada toma 1-2 fármacos y el 45% lo hace por la mañana, con el simple hecho de indicarle la medicación en horario nocturno estaríamos impactando de manera muy positiva en la incidencia de eventos a largo plazo.

Conclusión: La administración nocturna de la medicación antihipertensiva es una estrategia sencilla de adoptar, sin costo y que en nuestro medio podría tener un fuerte impacto clínico en la reducción de los eventos cardiovasculares en casi la mitad de los pacientes tratados con antihipertensivos.

0242 - TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES RESPONDEDORES VS LOS NO RESPONDEDORES

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

GALIZIO, Néstor Oscar | PELTZER, Michael | CARNERO, Guillermo Alejandro | TRONCONI, Alejo | MYSUTA, Mauricio | GONZÁLEZ, José Luis | RATTI, Roxana | FAVALORO, Liliana Ethel

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: La evolución de los pacientes (pts) con terapia de resincronización cardiaca (TRC) comparando a los respondedores vs los no-respondedores fue insuficientemente estudiada a mediano y largo plazo.

Objetivos: Describir la evolución de los pts respondedores vs los no respondedores a la TRC, con datos extraídos de un registro prospectivo unicéntrico, a 12, 24, 36 y 48 m.

Materiales y Métodos: Entre junio de 2009 y junio de 2018, 381 pts implantados con TRC-D/P fueron seguidos hasta 48 m. Todos los pts reunían criterios de implante según las guías internacionales. Todos estaban con tratamiento médico optimizado por el Servicio de Insuficiencia Cardíaca. El seguimiento se realizó mediante controles hospitalarios y monitoreo remoto. Se definieron 2 grupos: No-Respondedores: No hay reducción ≥ 1 CF NYHA ni aumento de la FEVI ≥ 5 (absoluto) y Respondedores: Con reducción ≥ 1 CF NYHA o incremento de la FEVI $\geq 5\%$ (absoluto) o más. En la evolución de estos dos grupos, las terapias apropiadas y el punto final combinado de Muerte, Hospitalización por Insuficiencia Cardíaca (HIC) y Transplante Cardíaco (TC) fue analizado a 12, 24, 36 y 48 meses (m). Características Basales: edad 64 ± 11 años, hombres 268 p (70%), Cardiomiopatía isquémico-necrótica 144 pts (38%), Cardiomiopatía no isquémico-necrótica 237 (62%), CF II-III NYHA 341 pts (90%), BRI 246 p (72%), duración QRS (dQRS) 165 ± 27 ms, DDVI medio 68 ± 10 mm, DSVI medio 56 ± 12 mm y FEVI media 24 ± 9 .. Se utilizó el test de T para comparar variables continuas y chi-cuadrado para variables categóricas.

12 meses	No-Respondedores	Respondedores	P
Terapias Apropriadas	1/43 (2%)	4/217 (2%)	0.8
Muerte-HIC-TC	18/44 (41%)	16/218 (7%)	<0.0001
24 meses			
Terapias Apropriadas	4/35 (11%)	8/175 (5%)	0.11
Muerte-HIC-TC	23/35 (66%)	18/175 (10%)	<0.0001
36 meses			
Terapias Apropriadas	7/31 (23%)	8/134 (6%)	0.004
Muerte-HIC-TC	18/31 (58%)	14/134 (10%)	<0.0001
48 meses			
Terapias Apropriadas	7/20 (35%)	8/106 (8%)	0.0005
Muerte-HIC-TC	7/20 (35%)	10/106 (9%)	0.003

Resultados: Se encuentran en la tabla.

Conclusión: En nuestra población en estudio los pts no-respondedores tuvieron una significativa mayor incidencia del punto combinado de Muerte-HIC-TC a los 12, 24, 36 a 48 meses y una significativa mayor incidencia de terapias apropiadas a partir de los 36 meses.

0243 - MONITOREO REMOTO. EVENTOS SILENTES QUE REDUCEN EL PORCENTAJE DE ESTIMULACIÓN BIVENTRICULAR Y PROMUEVEN DEPLECIÓN DE LA BATERÍA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

GALIZIO, Néstor Oscar | MYSUTA, Mauricio | CARNERO, Guillermo Alejandro | TRONCONI, Alejo | PELTZER, Michael | LABIN, Brenda | GONZÁLEZ, José Luis

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: El monitoreo remoto (MR) representa la transferencia automática diaria de datos desde dispositivos eléctricos implantables. La detección y corrección temprana de "eventos silentes" en pacientes (pts) con insuficiencia cardíaca y terapia de resincronización cardíaca (TRC) es fundamental para alcanzar un alto porcentaje de TRC, aumentando el número de pts respondedores y evitar la depleción temprana de la batería por choques cancelados.

Objetivos: Describir las alertas detectadas mediante MR producidas por eventos silentes que reducen: 1. el porcentaje de TRC o 2. producen depleción de la batería.

Materiales y Métodos: Desde noviembre de 2009 hasta noviembre de 2018, 154 pts implantados con dispositivos provistos de MR fueron seguidos prospectivamente, 38 de ellos con TRC-D/P. Las alertas fueron analizadas como: a. detección de arritmias auriculares, b. detección en zona de TV, c. detección en zona de FV, d. porcentaje de TRC < 95%.

Resultados: Al menos una alerta de MR fue disparada en 79% de los pts con TRC. El tiempo medio a la primera alerta recibida fue de 35 días (1-245), 831 provinieron de dispositivos de TRC-D y 45 desde TRC-P. 1. Detección de alertas que reducen el porcentaje de TRC: Estas alertas se detectaron en diferentes zonas. a. detección de arritmias auriculares (17 pts): nuevos y asintomáticos episodios de fibrilación auricular paroxística (FAP) 10 pts, taquicardia sinusal 1 pt, Doble conteo A-V 2 pts. b. detección en zona de TV (3 pts): FAP 1 pt, doble conteo A-V 1 pt, TVNS 1 pt. c. detección en zona de FV (4 pts): FAP 1 pt, doble conteo A-V por desplazamiento de catéter de VD 1 pt, ruido por ruptura de conductor 1 pt y TVNS 1 pt. d. porcentaje de TRC < 95% (18 pts): desplazamiento de catéter de seno coronario 3 pts, TVNS repetitiva y EV >110 8 pts, sobresensado de onda T 1 pt, FAP 6 pts. 2. Detección de alertas que reducen la longevidad de la batería: Detección en zona de TV o VF: choques cancelados (14 pts), disparados por TVNS, doble conteo A-V, ruido y FAP. El reimplante de catéteres, el tratamiento con drogas antiarrítmicas, anticoagulantes, la reprogramación del dispositivo y la de ablación de FAP, EV y TVNS repetitivas incrementaron el porcentaje de TRC >95%, reestablecieron y mantuvieron el ritmo sinusal y erradicaron los choques cancelados.

Conclusión: Conclusión: En nuestra población en estudio, el MR permitió una temprana y correcta interpretación de "eventos silentes" que afectan el porcentaje de TRC y la longevidad del generador, permitiendo la corrección de los mismos.

0245 - LIPOPROTEÍNA A EN POBLACION GENERAL CON RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO Y COLESTEROL LDL AUMENTADO: ¿CUÁL ES SU PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN CON EL ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PREMATURA?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

GULAYIN, Pablo Elías (1) | LOZADA, Alfredo Federico(2) | SCHREIER, Laura(3) | GUTIERREZ, Laura(1) | LÓPEZ, Graciela(3) | CALANDRELLI, Matías E.(4) | LANAS ZANETTI, Fernando(5) | IRAZOLA, Vilma(1)

INSTITUTO DE EFECTIVIDAD CLÍNICA (1); Hospital Universitario Austral (2); Facultad de Farmacia y Bioquímica - Universidad de Buenos Aires (UBA) (3); Sanatorio San Carlos (4); Universidad de la Frontera (5)

Introducción: La Lipoproteína(a) [Lp(a)] elevada se asocia con incremento del riesgo cardiovascular (RCV), el cual es aún mayor frente a valores elevados de colesterol LDL (c-LDL). Los valores séricos de Lp(a) se encuentran determinados genéticamente. Recientemente se ha recomendado evaluar Lp(a) en sujetos con RCV moderado para una mejor estratificación del riesgo. Existen discrepancias respecto a su epidemiología debido a gran variabilidad en diferentes poblaciones.

Objetivos: a) Evaluar la prevalencia de Lp(a) elevada en personas con RCV moderado y c-LDL incrementado, b) determinar la asociación entre antecedente familiar de enfermedad cardiovascular (ECV) prematura y Lp(a) elevada.

Materiales y Métodos: En nuestras del estudio de cohorte CESCAS de personas con moderado RCV (score de Framingham 10-20%) y c-LDL >130 mg%, se midió Lp(a) por inmunturbidimetría con estándar independiente a las isoformas. El estudio CESCAS incluyó población general de las ciudades de Marcos Paz y Bariloche (Argentina), Temuco (Chile) y Canelones (Uruguay) a través de un muestreo aleatorio polietápico representativo de la población general. Se consideró Lp(a) elevada $\geq$ 125 nmol/L. Se evaluó la asociación entre el antecedente familiar de ECV prematura y Lp(a) elevada mediante modelos de regresión logística multivariable y se calcularon odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%). Las estimaciones consideraron el diseño polietápico de la muestra.

Resultados: Se evaluó Lp(a) en 483 muestras: hombres 39.5%, edad promedio 56.6 años ($\pm$ 8.2 años), RCV promedio 14.4% (IC95% 14.1-14.7); colesterol total promedio 235.8 mg% (IC95% 232.8-238.8), c-LDL promedio 158.5 mg% (IC95%: 156.1-160.8), c-HDL promedio 45.6 mg% (IC95% 44.5-46.7), triglicéridos promedio 158.8 (IC95% 150.2-167.4), antecedente familiar de ECV prematura 11.1% (IC95% 8.4-14.7), Lp(a) promedio 36.7 nmol/l (IC95% 31.9-41.2), Lp(a) elevada 6.1% (IC95% 3.8-9.6). Asociación entre antecedente familiar de ECV prematura y Lp(a) elevada: OR 1.32 (IC95% 0.4-4.2) $p=0.642$; en subgrupo de personas con c-LDL $\geq$ 160 mg%, OR 4.24 (IC95% 1.2 -15.1) $p=0.026$.

Conclusión: Este es el primer estudio que evaluó la epidemiología de Lp(a) en población general con moderado RCV del Cono Sur de Latinoamérica. El 6.1% de las personas presentaron Lp(a) elevada. El antecedente familiar de ECV prematura se asoció significativamente con la presencia de Lp(a) elevada en personas con c-LDL $\geq$ 160 mg%. Estos resultados contribuyen a determinar en qué personas deberíamos evaluar Lp(a) con el fin de identificar sub-grupos de mayor RCV que se beneficiarían de intervenciones preventivas más intensivas.

0247 - ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Imágenes.20

CHARASK, Adrian | GAGLIARDI, Juan | TAJER, Carlos D. | D' IMPERIO, Heraldo | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | MARTURANO, María Pía | SCHIAVONE, Leonardo | FRONTERA, Esteban

Registro Argen-IAM-ST

TRATAMIENTO TL	VIVOS n=403 pts.	MUERTOS n=40 pts.	OR IC95%	P
Edad	57 (RIC 51-63)	62 (58,5-71)	--	<0,001
Sexo femenino	13%	30%	2,8 (1,3-5,9)	<0,001
Killip > 1	19,1%	56,4%	5,2 (2,6-10,4)	<0,001
TTI minutos	186 (RIC 115-315)	185 (RIC 120-390)	--	ns
TPA minutos	60 (RIC 30-120)	75 (RIC 50-150)	--	ns
TRATAMIENTO ATCP	VIVOS n=1589 pts	MUERTOS n=129 pts	OR IC95%	P
Edad	61 (RIC 53-67)	66,5 (RIC 58-74)	--	<0,001
Sexo femenino	19,6%	31,8%	1,9 (1,3-2,8)	<0,001
Killip > 1	15%	80%	22,3 (14-35)	<0,001
TTI minutos	285 (180-520)	378 (222-675)	--	<0,001
TPB minutos	120 (62,5-216)	125,5 (77-230)	--	< 0,001

Introducción: El Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del ST (IAMCEST) es una de las principales causas de mortalidad cardiovascular. El tratamiento de reperfusión (REP) es la terapéutica de mayor impacto en reducirla. Asimismo, el tratamiento de REP para que sea efectivo debe realizarse en los tiempos recomendados. Establecer la mortalidad global y en las diferentes modalidades de tratamiento de REP es fundamental para poder comprender y discriminar la mortalidad del IAM.

Objetivos: 1- Establecer la incidencia de mortalidad global del IAMCEST. 2- Mortalidad de los pts reperfundidos y en sus diferentes modalidades de REP. 3- Analizar variables clínicas, tiempo total de isquemia (TTI), tiempo puerta balón (TPB) y tiempo puerta aguja (TPA) y su relación a la mortalidad.

Materiales y Métodos: Es un estudio prospectivo, multicéntrico de carácter nacional con inclusión de pacientes (pts.) con IAMCEST dentro de las 36 h de comenzado los síntomas. Registro continuo que se llena vía WEB por cada uno de los centros y es analizado por un comité ejecutivo central siendo los datos anonimizados.

Resultados: En total se han incorporado 2464 pts. de 2015 a 2019 en 77 centros, cobertura pública (31%); prepaga y privada (16%), obra social (40%), PAMI (13%); En total se realizó REP en 88,5% de los pts (2178/2464 pts.), el 69,7% (1718/2464pts) se realizó ATC primaria (ATCp). La mortalidad global fue de 8,68% (214/2464 pts). En los pts tratados con REP (2178/2464 pts) la mortalidad fue de 7,81% (170/2178 pts.) y en los no REP 15,38% (44/286 pts.). La mortalidad en pts tratados con trombolíticos (TL) fue 9,03% (40/403pts), ATCp 7,51% (129/1718pts), ATC farmacoinvasiva 2,9% (2/67pts) y ATC de rescate 8,68% (14/149pts) . No hubo una diferencia estadísticamente significativa de mortalidad entre TI y ATCp (OR 0,81 IC95% 0,56-1,18, p=ns).

Conclusión: Conclusión: La mortalidad global del IAMCEST es elevada a pesar de una tasa de REP mayor al 80% con respecto a registros de otros países, sin embargo, vemos que la mortalidad de los pts no REP es el doble con respecto a la población tratada con REP. La mortalidad de la ATCp se asocia a una mayor edad, sexo femenino, insuficiencia cardíaca y un prolongado TTI. La mortalidad a los TI también se asoció a mayor edad, sexo femenino e insuficiencia cardíaca pero no a un prolongado TTI o TPA. Implicancia epidemiológica: los registros permiten evaluar en forma más adecuada la mortalidad del IAM, dado que incluyen pacientes con las distintas modalidades de reperusión y una evaluación más acabada de la realidad de la mortalidad del IAM en nuestro país

0248 - FORMACIÓN DE RESIDENTES ARGENTINOS DE CARDIOLOGÍA EN DIABETES - SUBANÁLISIS DE LA ENCUESTA LATINOAMERICANA DE DIABETES

Modalidad: Temas Libres

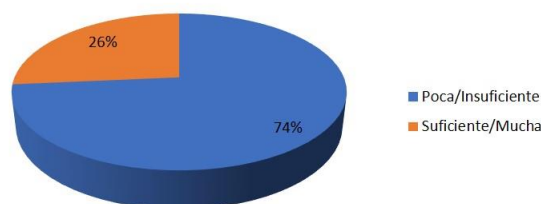
Unidad Temática: Educación Médica

Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

SIGAL, Alan Rodrigo | BERLIER, María Paula | TRIONFI, Romano María | LERECH, Ezequiel Darío | AQUINO, Nicolás | VILLACORTA, Matias Humberto | SCATULARO, Cristhian Emmanuel

CONAREC

Formación en manejo ambulatorio de diabetes



Introducción: Los residentes de cardiología se encuentran expuestos frecuentemente a pacientes diabéticos, siendo éste un importante factor de riesgo cardiovascular. Sin embargo, la formación que reciben como futuros cardiólogos en cuanto al manejo de estos pacientes no siempre es acorde a la importancia que merece dicha patología.

Objetivos: Evaluar el nivel autopercebido de formación en diabetes por residentes de cardiología de Argentina

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional. Encuesta autoadministrada por medio de Google Forms. Se distribuyó a residentes de 5 países de Latinoamérica, que quisieran participar voluntariamente, durante un congreso de residentes de cardiología en 2019. Aquí presentaremos los resultados del subanálisis de los residentes de Argentina que contestaron la encuesta. Para las variables discretas se utilizó la mediana como medida de posición y el intervalo intercuartilo como medidas de dispersión. Para las nominales, se utilizaron las proporciones.

Resultados: El total de residentes Argentinos que contestaron la encuesta fue de 208. El 51% eran de sexo femenino, y la mediana de edad fue de 29 años (RIC 27-31). Las provincias representadas fueron Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Mendoza, Santa Fé, Córdoba, Entre Ríos, La Rioja, Formosa, Neuquén, Salta, San Juan y Tucumán. La mitad pertenecían a centros públicos. El 79% refirió tener contacto "a diario" con pacientes diabéticos, mientras que el 21% restante refirió tener contacto "frecuentemente". El 82% Cree que se debe realizar un manejo conjunto entre diabetólogos y cardiólogos, algo que sucede en 58% de los centros. 73% de los residentes que realizan actividad en consultorio refirieron sentir que no tienen la formación suficiente para la titulación de antidiabéticos en consultorio. Solo un 26% refirió haber recibido formación específica "suficiente" o "mucho" durante su residencia sobre el manejo ambulatorio de los pacientes diabéticos. Un 45% refirió haber realizado al menos un taller o curso presencial u online dirigidos al manejo de pacientes diabéticos.

Conclusión: Los residentes de cardiología en Argentina tienen una alta exposición a pacientes diabéticos, siendo que en la mayoría de los centros el servicio de cardiología interviene directamente sobre su manejo en internación, además del seguimiento por consultorio. Sin embargo, un gran porcentaje no siente haber recibido la formación necesaria para un correcto manejo de estos pacientes, y casi la mitad han buscado por fuera de su sistema de residencia cursos de perfeccionamiento para adquirir herramientas que no obtienen en su formación. Dada la importancia de la Diabetes como factor de riesgo cardiovascular, debemos hacer hincapié en el correcto entrenamiento de los residentes desde sus inicios formativos para garantizar una mejor calidad de atención a futuro

0249 - PREDICTORES DE SHOCK CARDIOGÉNICO EN PACIENTES CON INFARTO CON ELEVACIÓN DEL ST.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Enfermedad Cardiovascular

ERCOLINI, Elías Francisco | LAIÑO, Francisco Agustín | LOPEZ, Federico | MERLO, Mariano Martin | MARPEGAN, Cecilia | MANGARIELLO, Brenda | GITELMAN, Patricia Carmen | SALZBERG, Simón Mario

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

Introducción: El infarto con elevación del ST (IAMCEST) es una entidad clínica de alta prevalencia y se asocia a una elevada mortalidad, particularmente cuando evoluciona con shock cardiogénico (SC). Se han presentado distintos scores clínicos para predecir el desarrollo de SC en pacientes con diagnóstico de IAMCEST. Resulta de interés analizar en nuestro medio, si existen factores o morbilidades que puedan relacionarse con esta complicación.

Objetivos: Analizar características clínicas, tratamiento y evolución intrahospitalaria de pacientes ingresados a Unidad Coronaria con diagnóstico de IAMCEST. Determinar si existen variables predictoras de desarrollo de shock cardiogénico.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. Se analizaron las epicrisis computarizadas de los pacientes internados en Unidad Coronaria de manera consecutiva entre julio de 2006 y Junio de 2020 con diagnóstico de IAMCEST con Killip y Kimball (KK) de ingreso A, B o C. Se excluyeron aquellos con sintomatología de más de 12hs de evolución. Se evaluaron antecedentes, características clínicas, electrocardiograma, laboratorio al ingreso, ecocardiograma, cinecoronariografía, tratamiento y evolución durante la internación. Se estimó la tasa de filtrado glomerular (TFG) por formula cuadrática de Mayo. Se estimó el índice leucoglucémico (ILG) mediante la fórmula presentada por Quiroga y col, y se tomó un valor de 1500 como punto de corte del mismo. Se dividió la muestra para su comparación en dos grupos. Grupo 1: pacientes que evolucionaron sin shock cardiogénico y Grupo 2: pacientes que evolucionaron con shock cardiogénico. Las variables categóricas se expresaron como proporciones. Las variables continuas se expresaron como media $\pm$ desvío estándar o como mediana [rango intercuartilo] de acuerdo a su distribución. Se realizó análisis univariado para variables categóricas con el test de Chi²; y para variables continuas, se realizó test de T o de Wilcoxon según su distribución. Se utilizó para el análisis multivariado regresión logística. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

	Grupo 1 (n=437)	Grupo 2 (n=35)	p
Edad	60.2 ± 12,5	68.2 ± 11,8	<0.001
Edad >70 años	23%	40%	0.028
Sexo Masculino	8.6%	74.3%	0.28
Antecedentes			
HTA	47%	40%	0.42
Tabaquista	49%	37.1%	0.17
Ex tabaquista	14.4%	22.2%	0.27
Dislipemia	25.7%	20%	0.45
Diabetes	16.5%	25.7%	0.16
Diabetes-Insulino requiriente	2.3%	11.4%	0.002
Cuadro clínico al ingreso			
KKB-C	11.9%	40%	<0.001
Laboratorio			
ILG >1500	42.11%	74.29%	<0.001
TFG (Formula Mayo) <60 ml/min/1.73m2	7.78%	29%	0.014
ECG			
BCRD	5.7%	22.9%	<0.001
BCRI	1.8%	2.8%	0.6
HAI	2.29%	11.3%	0.002
Localización del Infarto por ECG			
Anterior	25.2%	45.7%	0.008
Inferior	20.6%	8.6%	0.08
Posterior	0.6%	0%	0.6
Lateral	4.2%	0%	0.2
Antero Lateral	19.8%	22.9%	0.6
Infero lateral	3.1%	8.6%	0.07
Postero inferior	16.1%	8.6%	0.2
Postero lateral	2.1%	0%	0.3
Inferior + VD	5.3%	5.6%	0.9
Postero inferior + VD	3%	0%	0.3
Función sistólica VI			
Moderada-Severa	36.4%	88%	<0.001
CCG			
1 vasos	38,2%	25,7%	0,14
2 vasos	28,4%	22,9%	0,4
Enfermedad Multivaso	24,5%	51,4%	0,001
Tronco	4,6%	11,4%	0,07
Tratamiento			
ATC primaria	82,6%	85,7%	0,6
ATC primaria exitosa	78%	82,8%	0,4
ATC primaria fallida	7,7%	14,3%	0,17
Trombolíticos	3%	0%	0,3
ATC de rescate exitosa	5,5%	2,9%	0,5
ATC de rescate fallida	1,3%	0%	0,4
Tratamiento médico	4,5%	0%	0,19
Mortalidad intrahospitalaria	0.7%	42.7%	<0.001
Días de Internación	4 [3-5]	5.5 [3-13]	0.005

Resultados: Se incluyeron 472 pacientes, de los cuales 35 evolucionaron con SC. La media de edad fue de 60 años, con predominio de género masculino. Los antecedentes más frecuentes fueron: hipertensión arterial (46.5%), tabaquismo (48.2%), dislipemia (25.27%) y diabetes (17.20%). En cuanto al tratamiento al 82.5% se le realizó angioplastia primaria, a 9.4% infusión de trombolíticos (6.6% con CCG posterior con o sin angioplastia) y 4.3% no tuvo de reperfusión. La mortalidad intrahospitalaria fue de 3.8%, elevándose a 42,7% en los pacientes con SC. Comparando los dos grupos, como se ve en la Tabla 1, las siguientes variables se relacionaron con la evolución a SC: edad >70 años, KK B o C, ILG >1500, TFG <60 ml/min/1.73m2, presencia de bloqueo completo de rama derecha (BCRD) o hemibloqueo anterior izquierdo (HAI), supra ST en cara anterior, FSVI moderada a severa y enfermedad multivaso.

	OR	IC 95%	p
BCRD	6.45	2.26-18.34	<0.001
Enfermedad Multivaso	4.76	2.07-10.94	<0.001
TFG<60 ml/min/1.73m2	4.86	1.76-13.42	0.002
ILG	3.92	1.63-9.46	0.002

Conclusión: En nuestra población patrones electrocardiográficos y de laboratorio tuvieron más importancia que características epidemiológicas, clínicas y ecográficas para predecir la evolución a SC. La enfermedad multivaso, reconocido factor pronóstico, también conservó valor de predicción en nuestro estudio.

0250 - APLICACIÓN DEL REGISTRO MATEAR EN EL ESTUDIO DE PACIENTES CON VALVULA AORTICA BICUSPIDE Y AORTOPATÍA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

Unidad Temática 2: Valvulopatías

GONZALEZ PARDO, Fernando Omar | SANCHEZ, Melisa Rocío | MARTINEZ, Vanina | CASAS, Jorge María | AYUSO, Sebastian | BAVIO, Jose | POLONI, Tomas Alejandro | KAISER, Bernardo

Hospital Privado del Sur (B.Blanca)

Introducción: La válvula aórtica bicúspide (VAB) es la cardiopatía congénita más frecuente con una incidencia del 1-2% de la población. Es una entidad clínicamente relevante, no solo por las complicaciones relacionadas con la válvula, sino también por su asociación con anomalías vasculares como la dilatación aórtica. La prevalencia de esta última asociada a VAB oscila entre el 33% y el 80%. Esta gran variabilidad se la atribuye no solo a la naturaleza heterogénea de la enfermedad sino también a los umbrales para definir dilatación sino también a los valores considerados normales entre otros.

Objetivos: 1) Valorar la asociación entre las distintas características anatómicas y funcionales VAB (fusión comisural) y los patrones de dilatación de aorta ascendente utilizando los nuevos valores de corte establecidos para aorta en el registro argentino MATEAR. 2) Comparar las medidas obtenidas en el estudio con los valores de corte establecidos por la guía "Recomendaciones para la Cuantificación de las Cavidades Cardíacas por Ecocardiografía en Adultos: Actualización de la Sociedad Americana de Ecocardiografía y de la Asociación Europea de Imagen Cardiovascular", para valorar la importancia de contar con registros argentinos.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, sobre la base de datos informática del Servicio de Ecocardiografía del Hospital Privado del Sur que cuenta 73349 estudios, se seleccionaron 302 pacientes con válvula aórtica. Características incluidas: edad, sexo y variables antropométricas. Las mediciones se realizaron a través de ecocardiografía transtorácica siguiendo las recomendaciones actuales a nivel del anillo, sinusal, unión sinotubular y ascendente proximal. El fenotipo valvular fue clasificado como tipo I (RL), II (RN) y III (LNC). Los puntos de corte para definir dilatación fueron los establecidos por el registro MATEAR como valor absoluto y P95. El fenotipo aórtico se clasificó en tipo 1 cuando la dilatación abarca la raíz y porción tubular, en tipo 2 con lo hace solo la porción tubular y tipo 3 cuando lo que predomina es la dilatación de la raíz.

Comparación de la población estudiada usando los valores de corte del MATEAR y de ECOSIAC						
	Muestra P95 (Total)	Ecociac P95 (Total)	Muestra P95 (Hombres)	Ecociac P95 (Hombres)	Muestra P95 (Mujeres)	Ecociac P95 (Mujeres)
Dilatados	129	117	86	79	43	38
Anillo	75	14	45	6	30	8
Senos	90	76	56	48	34	28
Ust	69	65	41	41	28	24
Tubo	107	103	75	71	32	32

Resultados: De los 302 pacientes con VAB el 67% fueron hombres y el 33% mujeres, con una media de edad de 41 ± 16.3 años. El morfotipo I (RL) estuvo presente en el 48% de los pacientes, seguido por el tipo II (RN) en un 23% y el tipo III (LNC) en un 7%. El 22% de las VAB no presentaron rafe. Del total de pacientes de la muestra, 129 (42%) estuvieron por encima del percentil 95, considerándolos dilatados. El fenotipo de dilatación aórtica más prevalente fue el tipo 1 con 88 pacientes (68.2%). Se encontraron diferencias en la capacidad para discriminar y establecer los diámetros aórticos cuando se decide utilizar los valores de corte establecidos por un registro argentino.

Conclusión: Las características funcionales y fenotípicas de la válvula bicúspide estuvieron asociadas en cierto grado con la expresión de aortopatía, estando esta última presente a edades más jóvenes que la relacionada con la patología aterosclerótica, pero más tardías que el Marfan coincidiendo con la bibliografía. Confirmamos la necesidad de contar con registros poblacionales argentinos como el MATEAR, que hagan que los valores de corte establecidos sean extrapolables a nuestros pacientes como pudo observarse. Sabemos, que la prevalencia informada de dilatación de aorta en válvula bicúspide es muy amplia y que en parte esta variación está muchas veces relacionada con las poblaciones estudiadas, las técnicas de evaluación y los umbrales de corte establecidos.

0257 - ¿CONTROLAMOS EN FORMA ADECUADA LA TENSIÓN ARTERIAL DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Arterial

Unidad Temática 2: Imágenes.20

FORTE, Ezequiel Hernán (1) | LAGOS, Ana Constanza(1) | GRAZIANO, Federico Ignacio(2) | HARWICZ, Paola S.(3) | NAVARRO, Juan Manuel(4) | SALMERI, Emiliano Eduardo(5) | SANABRIA, Hugo Daniel(6) | PEDROZA, Carlos Ernesto(1)

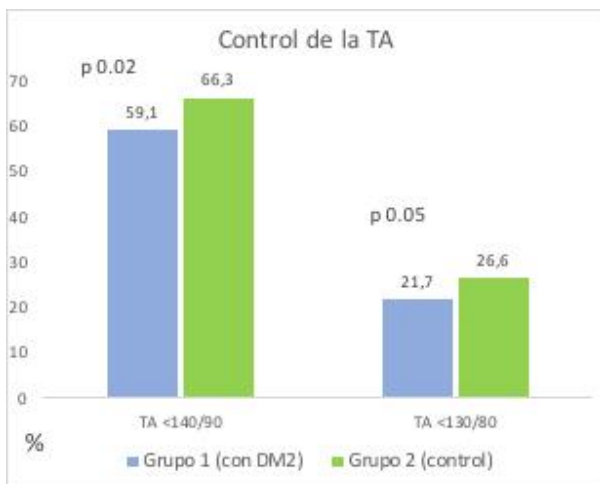
CENDIC - Centro Diagnóstico Cardiovascular Concordia (1); Insituto Medico Quirúrgico Garat (2); Sanatorio Dupuytren (3); Hospital Santa Rosa - Villaguay (4); IADT - Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento (5); ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (6)

Introducción: La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la tensión arterial (TA) son dos factores de riesgo cardiovascular contribuyen a la carga de enfermedad aterosclerótica. Los pacientes (p) con DM2 tienen mas enfermedad cardiovascular y mucho mayor riesgo por lo que el control de la TA es crítico en el momento de reducir el riesgo de complicaciones vasculares.

Objetivos: Analizar si los p con DM2 presentan adecuado control tensional en relación con su riesgo cardiovascular.

	Grupo 1	Grupo 2 (control)	p
Edad (años)	64.03	63.4	0.3
IMC gr/m2	31.9	31.2	0.1
Hombres (%)	55.6	47.4	0.001
Dislipidemia (%)	81.4	50.7	0.001
Sedentarismo (%)	61.7	60.3	0.3
Tabaquismo (%)	8.7	4	0.005
Enf. cardiovascular (%)	46.5	25	0.001
Insuf. Cardiaca (%)	17.6	2.6	0.001
ACV (%)	4.3	3.3	0.2
Nefropatía (%)	20.9	14.5	0.001
TAS (mmHg)	136.2	133.4	0,01
TAD (mmHg)	80.4	79.2	0.06
Adherencia (%)	65.7	66.7	0.2

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional y multicéntrico de personas con DM2. Se obtuvieron datos de los que presentaban HTA con un rango de edad entre 40 y 80 años. Se analizaron las variables clínicas y se obtuvieron datos de la TA (grupo 1). Se utilizó un grupo control compuesto por personas con HTA sin DM entre 40 y 80 años de edad emparejados por índice de masa corporal (grupo 2). En ambos grupos los datos TA fueron obtenidos por cardiólogos en consultas ambulatorias, con tensiómetros digitales en 3 tomas según metodología preespecificada. Se utilizó la media de las dos últimas mediciones para su análisis.



Resultados: El grupo 1 estaba compuesto por 677 p con HTA y DM2 con una edad media de 64 años y un IMC de 31.9 kg/m² (+/- 5.8). El grupo 2 (control) se trataba de 270 p con HTA, edad media de 63.4 años y un IMC de 31.2 (+/- 4). En la tabla 1 podemos observar las características generales de ambos grupos. Los p con DM2 presentaban mayor prevalencia de sexo masculino, dislipidemia, tabaquismo, enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardiaca y nefropatía. Los p con DM2 presentaron menor alcance de objetivos de TA (gráfico 1) observamos el alcance de los objetivos de TA <140/90 y <130/80 mmHg. Las variables independientes en relación a TA >130/80 mmHg resultaron: Enfermedad cardiovascular OR 1.39 (0.96-2 p 0.04) y nefropatía OR 1.7 (1.1-2.6 p 0.001). No hallamos variables independientes para TA>140/90.

Conclusión: Los pacientes con DM2 representaron un grupo de muy alto riesgo cardiovascular. El control de la TA fué peor en los p con DM2. Los factores asociados a peor alcance de los objetivos de TA resultaron la enfermedad cardiovascular y la nefropatía, complicaciones en las cuales es crucial el adecuado alcance de los objetivos terapéuticos.

0258 - PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CORONARIO EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN CONSULTORIO DE CARDIO-ONCOLOGIA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardio Oncología

Unidad Temática 2: Imágenes.20

TEPPER, Rita Beatriz | FEIGELSON, Estela Adriana | **SALAMÉ, Michael** | AMOR, Miguel | DEL NEGRO, Blanca Luciana | MOSTO, Hugo | BENCHUGA, Elias Gabriel | CARBAJALES, Justo

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: El cáncer y la cardiopatía isquémica tienen factores de riesgo en común. Los pacientes con cáncer tienen una elevada prevalencia de enfermedades cardiovasculares y un riesgo mayor de desarrollar complicaciones cardiovasculares asociadas con el tratamiento del cáncer.

Objetivos: Analizar la prevalencia de factores de riesgo coronario (FRC) de los pacientes ambulatorios e internados evaluados en un consultorio de cardio-oncología de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para conocer las características de nuestra población.

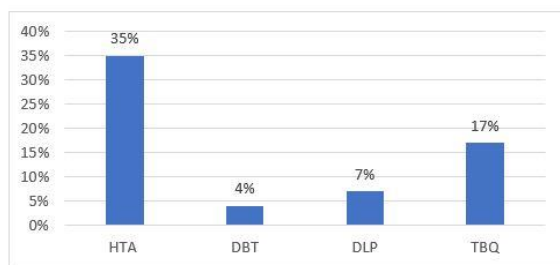


Figura 1. Prevalencia de FRC en la población atendida

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes mayores de 18 años, ambulatorios e internados, atendidos por el consultorio de cardio-oncología entre diciembre 2018 y diciembre 2019, y se analizó la prevalencia de hipertensión arterial (HTA), diabetes (DBT) tipo 2, dislipemia (DLP) y tabaquismo (TBQ) y el tipo de tumores en la población atendida. Las variables cuantitativas se expresaron en medias $\pm$ desvío estándar y las cualitativas en porcentajes.

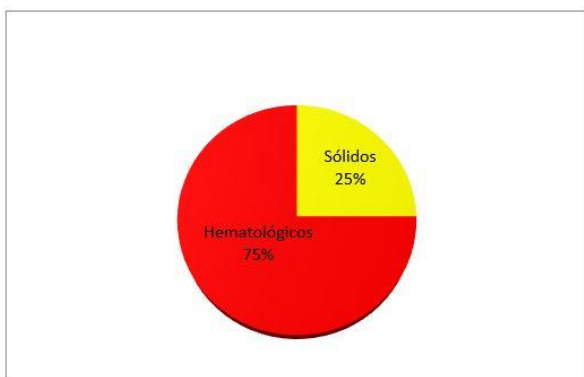


Figura 2. Tipos de tumores (n = 96)

Resultados: Se atendieron 96 nuevos pacientes, (edad media 51 ± 17 años; 50% masculinos). La prevalencia de FRC y el tipo de tumores se muestran en las Figuras 1 y 2.

Conclusión: La prevalencia de HTA y de TBQ en nuestra población de pacientes fue similar a la de otras series publicadas pero la cantidad de diabéticos fue menor, probablemente debido a que la DBT se asocia con los tumores sólidos no hematológicos y en nuestra población el 75% de las neoplasias fueron hematológicas.

0261 - IMPORTANCIA DEL PORCENTAJE DE ESTIMULACIÓN BIVENTRICULAR EN LA RESPUESTA A LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA A LARGO PLAZO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

PELTZER, Michael Emiliano | GALIZIO, Nestor O | CARNERO, Guillermo Alejandro | MYSUTA, Mauricio | BOZZA, Arturo Hipólito | GONZÁLEZ, José Luis | GUEVARA, Eduardo | FAVALORO, Liliana Ethel

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: La terapia de resincronización cardíaca (TRC) demostró mejorar la morbilidad y mortalidad en pacientes (pts) con insuficiencia cardíaca, fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) $\geq 35\%$ y QRS ancho. La eficiencia de la misma depende, en gran medida, del porcentaje de estimulación biventricular (BVP).

Objetivos: Comparar la respuesta a la TRC y la evolución clínica a largo plazo en pts con alto y bajo porcentaje de BVP.

Materiales y Métodos: En un registro unicéntrico evaluamos prospectivamente desde junio de 2009 hasta junio de 2016 a 151 pts con TRC indicada según las guías de práctica clínica. Se consideró respondedor ecocardiográfico al pt que presentó mejoría de la FEVI $\geq 5\%$ (absoluto), super-respondedor mejoría de FEVI $\geq 10\%$ (absoluto) y normalizador al que presentó FEVI $\geq 50\%$. Se comparó a 48 meses la respuesta a la TRC y la incidencia de internaciones por insuficiencia cardíaca entre los pts que presentaron BVP $\geq 95\%$ y $< 95\%$. Características basales: edad promedio 64 ± 10 años, sexo masculino 103 pts (68%), miocardiopatía isquémico-necrótica 56 pts (37%), miocardiopatía idiopática 63 pts (42%), prevención primaria 137 pts (91%), FEVI promedio $25.7 \pm 9\%$, DDVI 67.6 ± 10 mm, DSVI 55.3 ± 12 mm, IM moderada-severa 76 pts (53%), ritmo sinusal 114 pts (75%), BCRI 103 pts (74%), duración de QRS promedio 169 ± 25 ms, CF II-III 141 pts (93%), tratamiento médico optimizado. Se realizaron las correlaciones estadísticas mediante Test de Student y Chi Cuadrado considerando una $p < 0.05$ como significativa. Media de seguimiento 78 meses (DE 27 meses).

	BVP $\geq 95\%$ (N= 130)	BVP $< 95\%$ (N= 21)	P
Respondedor ecocardiográfico	79%	50%	0.007
Super-respondedor	63%	17%	< 0.001
Normalizador FEVI	27%	5%	0.05
Internaciones IC	14p (11%)	7p (21%)	0.01

Resultados: A 48 meses 130 p (86%) presentaron BVP $\geq 95\%$ vs 21 p (14%) con BVP $< 95\%$. Los resultados se encuentran en la Tabla I.

Conclusión: En nuestra población de estudio los pt con un porcentaje de BVP $\geq 95\%$ presentaron una mejor evolución ecocardiográfica, con significativamente mayor porcentaje de p respondedores, superrespondedores y normalizadores de FEVI, así como también menor incidencia de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca a largo plazo. -

0266 - VALOR PRONÓSTICO DE LA INSULINORRESISTENCIA EN PACIENTES NO DIABÉTICOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Imágenes.20

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | LISANDRO, Olguin (1) | MAURO, Víctor Miguel(2) | FAIRMAN, Enrique(1) | CHARASK, Adrian(1) | LEONARDO, Caceres(1) | DELFINO, Flavio Andres(1) | BARRERO, Carlos Manuel(1)

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

Introducción: En la insuficiencia cardíaca se presentan alteraciones metabólicas que pueden inducir insulinorresistencia como ser la activación simpática, la inflamación, la inactividad física, cambios intrínsecos en el tejido muscular y desbalance hormonal. Asimismo, al ser la hiperinsulinemia una causa de retención hídrica salina, podría generar estadias hospitalarias más prolongadas o mayor número de reinternaciones al año, por lo cual es relevante conocer su valor pronóstico en el contexto de la IC descompensada, variable hasta ahora no explorada. La insulinorresistencia puede medirse en forma práctica mediante el índice HOMA IR (insulinemia en ayunas (UI/l) x glucemia en ayunas (mg/dl) /405).

Objetivos: Determinar el valor pronóstico del HOMA IR en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda descompensada para el desarrollo de eventos intrahospitalarios y al año.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio prospectivo de pacientes internados en forma consecutiva por insuficiencia cardíaca descompensada. Se calculó el índice HOMA IR con datos de glucemia e insulina en ayunas dentro de las primeras 24 horas de internación. Se definió insulinorresistencia a un HOMA ≥ 2.5 basado en reportes previos.

Se excluyeron pacientes con antecedentes de diabetes. El seguimiento fue intrahospitalario y al año y los eventos analizados fueron mortalidad intrahospitalaria+internación prolongada (definida como mayor a 7 días) y al año muerte + re-internación por insuficiencia cardíaca. El seguimiento extrahospitalario fue realizado mediante llamado telefónico, cita presencial o consulta de la historia clínica electrónica. Se realizó análisis univariado para los eventos analizados y posteriormente se determinó el valor predictivo independiente del HOMA $\geq 2,5$ mediante análisis multivariado. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 238 pacientes ingresados en la unidad coronaria de nuestro centro con diagnóstico de insuficiencia cardíaca descompensada y que tenían disponibles los valores de insulinaemia y glucemia en ayunas dentro de las primeras 24 hs del ingreso. Se excluyeron 68 por presentar antecedentes de Diabetes. Se analizaron 170p. Edad mediana: 83 años (RIC: 75-87 años), género masculino 50,3%, hipertensión arterial 78%, dislipemia 36%, tabaquismo 14%, insuficiencia cardíaca previa 33%, disfunción ventricular izquierda con fracción de eyección $< 45\%$ (disfx vi): 47%, insuficiencia renal crónica: 22%, accidente cerebrovascular: 10%, infarto agudo de miocardio previo: 15%, fibrilación auricular: 29%. HOMA mediana 1,54 (RIC 0,86-2,6). HOMA $\geq 2,5$: 27,5% (46/167p). La incidencia de eventos combinados intrahospitalarios fue de 44%. (Mortalidad intrahospitalaria: 8,3% e internación prolongada: 40,5%). En el seguimiento al año solo 3 pacientes no pudieron ser contactados y la incidencia de evento combinado fue del 53% (reinternación: 39% y muerte 24%). Si analizamos los p con $\geq 2,5$ comparados con los de HOMA $< 2,5$ observamos que eran poblaciones de similares características a excepción de que tuvieron más prevalencia de HTA (87% vs 75%, $p 0,04$) y disfx vi (60% vs 43%, $p 0,027$). No hubo diferencias en el evento combinado intrahospitalario (47% vs 43%, p ns). (Internación prolongada (39% vs 43%, p ns) y mortalidad intrahospitalaria (6 vs 9%, p ns) ni en el seguimiento al año (evento combinado 53% en ambos grupos, p ns).

Conclusión: En nuestra población de pacientes no diabéticos con insuficiencia cardíaca descompensada, la insulinoresistencia definida por un índice HOMA $\geq 2,5$ no demostró asociación con peor evolución intrahospitalaria ni en el seguimiento al año.

0267 - INFARTO TRANSMURAL EN EL AÑO 2019 VERSUS 2020 EN PRESENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID 19.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo

GUARACHI IBAÑEZ, Manuel Alejandro | BRICEÑO LOAIZA, Victor Leonardo | BORGOGNO, Martin Guillermo | PULMARI, Camilo Ariel | CELI, Tania Mabel

CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD PRESIDENTE PERON. MALVINAS ARGENTINAS

Introducción: En tiempos de pandemia a partir de la instauración de la cuarentena, el número de consultas en la guardia de emergencia ha disminuido a nivel mundial. El presente trabajo trata de demostrar que, durante la pandemia por COVID 19, se observó una disminución del número de internaciones por eventos cardiovasculares a nivel mundial y a nivel local.

Objetivos: OBJETIVO Conocer en nuestro medio el numero de internaciones por infarto agudo de miocardio transmural durante la pandemia por COVID 19 comparados con el año previo. MATERIALES Y MÉTODOS Se trata de un estudio descriptivo, unicéntrico, prospectivo, analítico, con inclusión consecutiva de pacientes internados en unidad coronaria con diagnostico de infarto de miocardio tras mural. Los datos se obtuvieron mediante historia clínica informatizada correspondientes a internaciones durante el periodo de enero a julio del 2019 y del corriente año, para conocer el número de internaciones mes a mes por infartos de miocardio transmurales, evaluando tiempos de isquemia, forma de presentación y mortalidad. Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS v25. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y se aplicó para su comparación la prueba de chi-cuadrado. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana e intervalo intercuartilo. La comparación de estas se realizó con test no paramétricos (U de Mann Whitney) y se consideró un valor significativo de P menor a 0.05. RESULTADOS Sobre un total de 131 infartos desde el mes de enero del 2019 al mes de julio del 2020, 63 infartos correspondieron al periodo enero-julio del año 2019 y 68 al corriente año. En ambos periodos predominó en sexo masculino, el año 2019 representado por el 69.8% y en el año 2020 representó 72.1%. P: 0.78. En el periodo marzo a julio 2020, coincidente a la cuarentena se observó un menor número de internaciones por infarto de miocardio transmurales (61.8%), comparado con el periodo marzo a julio del 2019 (68.3%), P.0.14 (ver gráfico nro 1) La mediana de edad fue de 64 (55-72) años en el 2019 y de 61 (55-70) años en el 2020. P: 0.47. Con respecto al Killip-Kimball predominó el A en ambos periodos (73% en 2019 y 80.9% en 2020); seguido por el B en el 15.9% y 13.2% respectivamente. P: 0.58. Se observó un tiempo a la consulta más prolongada en el 2019 con una mediana de 5 (1.5 – 10.5) horas, a diferencia de lo observado en el 2020, donde el tiempo de consulta fue menor 4 (2 - 8) horas. P: 0.14 El tratamiento de reperfusión fue la angioplastia primaria, realizado en el 32.1% 2019 – 38.9% 2020, El resto de los eventos se trató

de infartos evolucionados 29%. P: 0.19 La mediana de días de internación en el periodo 2019 fue de 5 (3-8) días y de 4 (3-5) días en el 2020. P:0.74. La mortalidad en el año 2019 fue del 6% y la del 2020 7%, sin diferencia significativa.

Materiales y Métodos: En nuestro estudio observamos una disminución del numero de internaciones por infarto de miocardio transmural en el periodo correspondiente al inicio de la cuarentena en la República Argentina, comparado con el mismo periodo del año previo. Los tiempos a la consulta fueron menores en el 2020, sin diferencia significativa en la forma de presentación y mortalidad.

0273 - STRAIN SUBCOSTAL DEL VENTRÍCULO DERECHO: UN NUEVO MÉTODO PARA EVALUAR LA FUNCIÓN SISTÓLICA DEL VENTRÍCULO DERECHO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

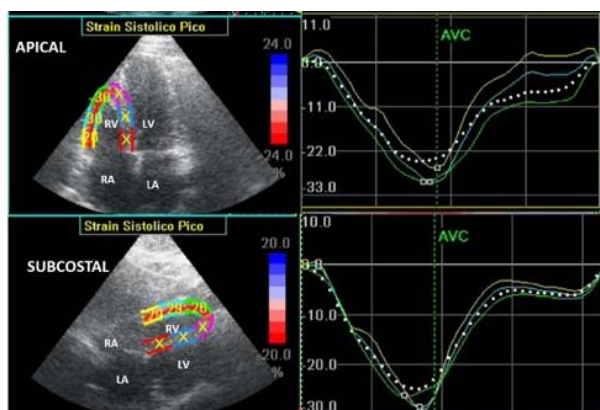
Unidad Temática 2: Hipertensión Pulmonar y Terapéutica

CIANCIULLI, Tomás | **DR. PRIETO, Omar** | STEWART HARRIS, Alejandro Guillermo | RODRÍGUEZ, Andrea Silvina | SACCHERI, María Cristina | DR. BECK, Martín Alejandro | GONDA, Maria Fernanda | DR. GAGLIARDI, Juan Alberto

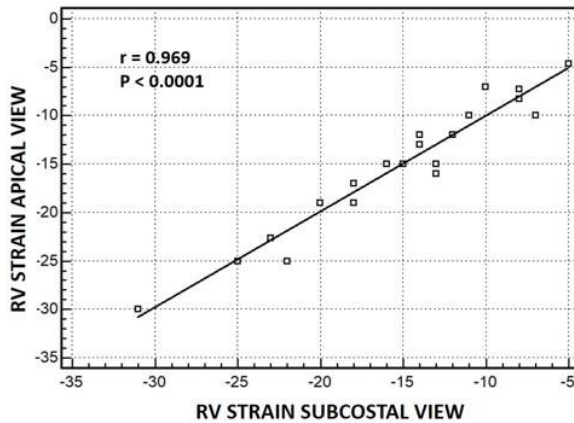
Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: El strain longitudinal pico sistólico (SLPS) del ventrículo derecho (VD) se usa con frecuencia como una medida de la función sistólica del ventrículo derecho. Los valores anormales del SLPS están asociados con un mal pronóstico en pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP); sin embargo, la medida no siempre es fácil de obtener en pacientes con ventanas acústicas subóptimas.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar el SLPS del VD y determinar si hay una diferencia cuando se mide desde la vista apical y subcostal.



Materiales y Métodos: Este estudio transversal analizó 22 pacientes con diagnóstico de HAP mediante cateterismo cardíaco derecho, seguidos desde enero de 2015 hasta diciembre de 2019. Evaluamos el SLPS de la pared libre del VD desde la vista apical de cuatro cámaras y de la pared inferior desde la vista de cuatro cámaras subcostal (ver Figura)



Resultados: Se observa una excelente correlación lineal del SLPS global del VD en los 22 pacientes, desde la vista apical de cuatro cámaras que fue de -15% frente a -14.5% cuando se midió desde la vista subcostal ($r = 0.969$). El análisis segmento por segmento tampoco mostró diferencias significativas entre ambas vistas: paredes basales desde el apex -16.5% vs. -15.5% desde la vista subcostal ($r = 0.99$), paredes mediales desde el apex -16.5% vs. 16.5% desde la vista subcostal ($r = 0.87$) y paredes apicales desde el ápex -12% vs -13.5% desde la vista subcostal ($r = 0.93$). .

Conclusión: El strain longitudinal pico sistólico del ventrículo derecho medido desde la vista de cuatro cámaras subcostal es una alternativa precisa en la evaluación de la función sistólica del ventrículo derecho en pacientes con ventana apical subóptima con hipertensión arterial pulmonar.

0274 - EL RECUENTO LEUCOCITARIO DE ADMISIÓN INCREMENTA LA CAPACIDAD PRONOSTICA DEL SCORE DE GRACE EN LOS SINDROMES CORONARIOS AGUDOS

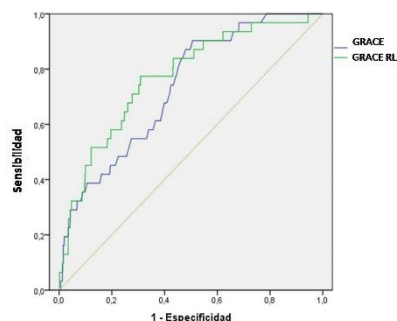
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Enfermedad Cardiovascular

NOVO, Fedor Anton Fernando | HIGA, Claudio | CIAMBRONE, Graciana Maria | GAMBARTÉ, Maria Jimena | SANTILLAN, Jimena | GINESI, Agustina | AMREIN, María Eugenia | CRETA, Victoria

Hospital Alemán



Introducción: El recuento leucocitario (RL), como expresión de la actividad inflamatoria, tiene una relación de peor pronóstico en los síndromes coronarios agudos (SCA), pero se desconoce hasta el momento tiene valor adicional a los scores de riesgo estándares que no lo incluyen en sus modelos

Objetivos: Determinar si el RL en pacientes con sdme coronario agudo proporciona un valor predictivo evolutivo de la enfermedad en asociación a los scores tradicionales.

Materiales y Métodos: Se analizaron pacientes (pts) con diagnóstico de SCA ingresados en una Unidad Coronaria de un Hospital de Comunidad. Se midió el recuento RL en la admisión. Se analizaron 82 variables (demográficas, factores de riesgo coronario, antecedentes clínicos, tratamiento previo, examen físico, ECG, laboratorio (Troponina T alta sensibilidad), eventos, tratamiento farmacológico y procedimientos invasivos. El punto final (PF) fue el de la ocurrencia de infarto (IAM) o muerte a 30 días. Se analizó la asociación del RL al PF tanto como variable continua como porcuartilos. Se analizó la correlación entre el RL y variables continuas. Se analizó la capacidad de discriminación del punto final del score de GRACE versus el mismo score más el RL (GRACE RL). Se utilizó para la comparación de áreas bajo la Curva ROC. Se analizó la calibración y bondad de ajuste del score. El índice de reclasificación neta con el score por el score GRACE RL respecto al score de GRACE sólo. Se realizó un análisis de regresión logística, para evaluar la asociación entre el RL y el PF.

Resultados: Se analizaron 1625 pts con una edad media de 66 años, el 30.6% fueron mujeres, 64% hipertensos, 19% diabéticos, 54% dislipidémicos, 35% tabaquistas activos y el 25% tenían antecedentes coronarios. El diagnóstico final de la población fue de angina inestable (57%), IAM sin elevación del segmento ST (17%) y IAM con supradesnivel del segmento ST (26%). El 4.2% presentó el PF del análisis. La mediana del RL fue de 8250/mm² (rango intercuartilo 25-75 6647-10492). Se observó una correlación significativa entre el RL y la edad C: -0.60, $p < 0.0001$, la troponina T C: 0.76 $p = 0.008$, la glucemia de admisión C: 0.14 $p < 0.0001$ y la frecuencia cardíaca de admisión C: 0.89 $p < 0.0001$. Los cuartiles (C) conformados fueron el C1 (521 a 6647), C2 (6648-8250), C3 (8251 a 10492) y C4 (10493 a 33045). Se observó una asociación entre el RL y el punto final como variable continua: mediana de 12286/mm³ en los que lo tuvieron el PF vs 8863/mm³ en los que no tuvieron el PF, $p < 0.0001$, como así también por cuartiles: C1: 1.5%, C2: 3%, C3: 4% y C4: 9.5%, $p = 0.001$. El RL resultó ser un predictor independiente del PF por análisis de regresión logística ajustado por edad, género, hipertensión arterial, diabetes, desniveles del segmento ST, elevación de Troponina y función ventricular izquierda, tanto como variable continua (OR 1.1 IC 95% 1.0-1.2, $p = 0.0001$) o por cuartiles: C4 versus C1-C3 (OR 2 IC 95% 1.2-2.8, $p = 0.004$). La capacidad discriminativa de eventos de score de GRACE RL fue significativamente superior comparando las Áreas Bajo la Curva (gráfico 1). La calibración fue adecuada: χ^2 cuadrado 4.1, $p = NS$. El índice de reclasificación neta fue de 0.04 (IC 95% 0.006-0.08) Z: 2.09 $p = 0.02$.

Conclusión: La integración del RL al score de GRACE incrementa significativamente su capacidad pronóstica de eventos a 30 días en pts con SCA, con una adecuada calibración del modelo e índice de reclasificación neta.

0276 - EXPERIENCIA DE TELEMEDICINA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA, DURANTE PANDEMIA COVID-19

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

GUIDO LOPEZ, Leonardo Elias | LOMBARDI, Facundo | ESTEVEZ, Ariel Omar | VISSER, Miguel | PERONA, Carlos | KEVORKIAN, Rubén | VILLAMIL, Alejandro María

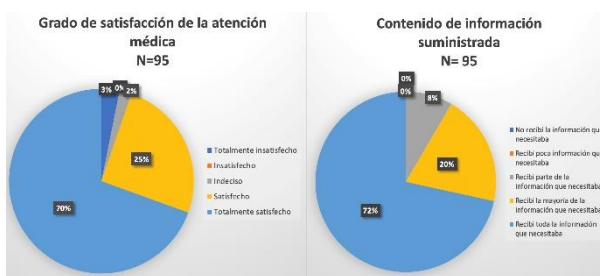
Hospital General de Agudos F. Santojanni

Introducción: La emergencia de salud pública por la pandemia COVID-19, ha impulsado la necesidad de dictar la cuarentena obligatoria y dirigir los esfuerzos a su tratamiento, interrumpiendo las operaciones programadas y las consultas ambulatorias para preparar los servicios de salud. Por otro lado, ha generado un gran riesgo al desatender pacientes con enfermedades no relacionadas al COVID-19, cuya mortalidad puede verse incrementada de no activarse soluciones proactivas. Tras el aislamiento social, ha existido una migración a la teleasistencia con la ayuda de la historia clínica electrónica y una variedad de sistemas online de comunicación. Es deseable que la aplicación de teleasistencia cuente con herramientas metodológicas para evaluar sus resultados.

Objetivos: Conocer mediante una encuesta, el grado de satisfacción y de percepción que presentaron un grupo de pacientes atendidos mediante teleasistencia para el seguimiento y tratamiento de sus patologías cardiovasculares en un hospital público de CABA, en el escenario del aislamiento social dispuesto por la pandemia.



Materiales y Métodos: A partir del 10 de marzo se implementó en el área de Cardiología del Hospital Santojanni, un protocolo de atención por teleasistencia con historia clínica electrónica (SIGHEOS), a través de video llamada Whatsapp Business de pacientes en seguimiento (no primera consulta). Previa confirmación de la identidad, la obtención de consentimiento informado mediante mensaje de texto y realizada la atención, se envió una encuesta automática y anónima en formato Google Forms, constituida por 6 preguntas con 5 posibilidades según la escala de Likert. Se encuestó el grado de satisfacción y experiencia con el método, grado de satisfacción con el profesional, la calidad de la información suministrada por el mismo y la resolución de los problemas que presentaban.



Resultados: De todos los pacientes ingresados a seguimiento por teleasistencia, respondieron la encuesta el 74% (95p). La edad media de este grupo fue de 63.5, mediana 65 años, 59% de ellos masculinos atendidos por ICC, arritmias y control post alta de UCO. En cuanto a la recomendación de realizar la consulta virtual el 50% respondió que solo lo haría cuando no pueda ser presencial, el 26% lo haría ocasionalmente, el 21% la recomendaría siempre y el 2% trataría de evitarla. El 95% de los p se encontró al menos satisfecho con la atención del profesional. Se resolvieron la mayoría y la totalidad de los problemas según la percepción del p en un 27% y 51% respectivamente. El 87% de los pacientes tuvieron una experiencia positiva con la modalidad. El 72% refirió haber recibido toda la información que requería y ante la pregunta si presentaba síntomas compatibles con COVID 19, el 100% respondió negativamente. Un 8% de las teleasistencias debió ser reconvertida a modalidad presencial.

Conclusión: Esta encuesta automática y anónima evaluando el desempeño de la teleasistencia en pacientes en seguimiento, mostró una alta aceptación y a juicio de los pacientes ha permitido resolver la mayoría de los problemas que se presentaron. La implementación de teleasistencia es una herramienta poderosa para mitigar los efectos de la desatención momentánea provocada por el aislamiento social obligatorio.

0277 - CHAGAS URBANO: EVALUACIÓN DE PUNTAJES DE RIESGO EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Enfermedad de Chagas

Unidad Temática 2: Imágenes.20

GHECO, Lara | ZAIDEL, Ezequiel José | SEGOVIA, Erna Florencia | GARCIA CHAMORRO LUIS GUILLERMO, Luis Guillermo | VILLARREAL, Ricardo Alfredo | CESTARI, Horacio Germán | MELE, Eduardo Fernando | SOSA LIPRANDI, Alvaro

Sanatorio Güemes

Introducción: Los movimientos migratorios han hecho que la enfermedad de Chagas (ECH) sea diagnosticada en zonas no endémicas. Son pocos los estudios epidemiológicos sobre la prevalencia y comportamiento de la enfermedad en zonas urbanas.

Objetivos: Describir el perfil de pacientes con ECH evaluados en un centro de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires y determinar los puntajes de riesgo de la misma.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes que cursaron internación o fueron evaluados en consultorios externos, en un centro de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires. Se seleccionaron mayores de 18 años con diagnóstico confirmado por serología. Los pacientes fueron evaluados mediante examen clínico y estudios complementarios acordes a las normativas actuales. Se realizó un análisis descriptivo y se analizaron los puntajes de riesgo de Viotti, Rassi, Pinho Ribeiro, y Sousa.

Resultados: Se analizaron los datos de 46 pacientes, con edad promedio de 61 ± 11 , y 41% de sexo femenino. Se trató de migrantes con transmisión vectorial oriundos de Santiago del Estero, Chaco, Corrientes, Formosa, Salta, y Tucumán, así como Bolivia y Paraguay. El diagnóstico se realizó principalmente por chequeo médico por factores de riesgo para ECH (30%) o por hallazgo en bancos de sangre (10.8%). La mediana de tiempo de evolución desde la fecha de diagnóstico de la enfermedad hasta el corte realizado para este análisis fue de 6 años (RIC 1-12). Sólo un caso de esta cohorte había recibido tratamiento tripanocida. La prevalencia de cardiomegalia fue de 51% por radiografía, pero el diámetro diastólico por ecocardiograma fue de $51 \text{ mm} \pm 7 \text{ mm}$ con una fracción de eyección promedio de 58%. Un 21% presentó bloqueo de rama derecha, 4% hemibloqueo anterior, 18% fibrilación auricular, y 6% bajo voltaje y extrasístoles ventriculares. Un 50% presentaba insuficiencia cardíaca sintomática, 23% tenían dispositivos cardíacos implantados, y 17% presentaron accidente cerebrovascular (ACV). No se hallaron casos de patología digestiva o neurológica. Por puntaje de Viotti, 41% presentaban riesgo de progresión elevado. Por puntaje de Rassi 10% presentaban riesgo alto de mortalidad, pero por puntaje de Pinho Ribeiro sólo 1 paciente presentaba riesgo elevado. Al analizar el riesgo de ACV, un 16% de la cohorte presentó riesgo alto por puntaje de Sousa, sin embargo, la anticoagulación de esta cohorte fue prescrita sólo a los sujetos con fibrilación auricular o a los que ya habían presentado un ACV.

Conclusión: La evaluación de pacientes con ECH urbano es un desafío en crecimiento para los cardiólogos de centros de alta complejidad en el ámbito urbano. Se halló una población heterogénea, por lo cual es mandatoria la estratificación de riesgo apropiada. Se destaca el riesgo embólico y la probable necesidad de anticoagulación.

0278 - RESPUESTA AL TRATAMIENTO PRECOZ DE DISFUNCIÓN VENTRICULAR INDUCIDA POR QUIMIOTERÁPICOS

Modalidad: Temas Libres

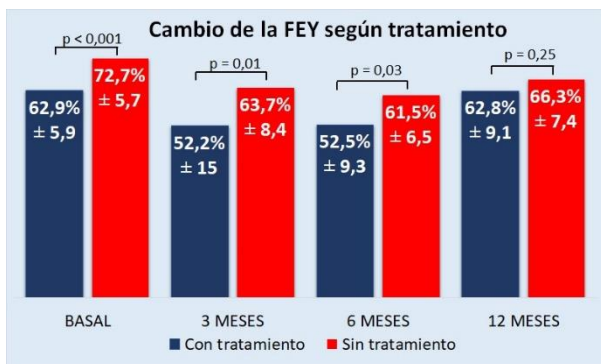
Unidad Temática: Cardio Oncología

FILENI, Lucia | DEL CASTILLO, Santiago Luis | LARGO ZAPATA, Ivan Dario | ROSSI, Emiliano | PÉREZ DE ARENAZA, Diego | BELZITI, César Antonio | PIZARRO, Rodolfo

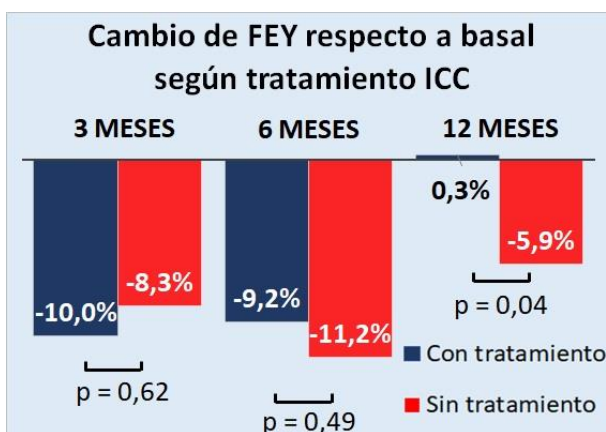
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La quimioterapia con antraciclinas y trastuzumab se utiliza en distintas neoplasias hematológicas y tumores sólidos, pero su principal limitante es la aparición de toxicidad miocárdica, con el consecuente deterioro de la función ventricular.

Objetivos: Evaluar la utilidad de un tratamiento precoz de disfunción ventricular y su impacto sobre la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEV) en pacientes con diagnóstico de cardiotoxicidad por antraciclinas y/o trastuzumab.



Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio de cohorte prospectivo donde se incluyeron pacientes en plan de recibir un tratamiento con antraciclinas y/o trastuzumab. Se definió cardiotoxicidad como una caída $\geq 10\%$ de la FEY respecto al basal. Se evaluó el inicio de tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora/ antagonistas de angiotensina 2 (IECA/ARA2) y betabloqueantes en el momento del diagnóstico de cardiotoxicidad y su impacto en la FEY medida a los 12 meses de iniciado el tratamiento antineoplásico. El punto final primario fue la mejoría de la FEY definida como un incremento $\geq 10\%$.



Resultados: Se incluyeron 150 pacientes, la edad media fue de 57 ± 15 años y el 84% (n= 126) fueron de sexo femenino. La incidencia de cardiotoxicidad fue de 21,3% (n=32). Dentro del grupo de pacientes con cardiotoxicidad se observó mayor proporción de pacientes con diabetes (15,6% vs 5%, p 0,04) e hipertrofia ventricular (28,1 % vs 11,6 % p 0,02). El 42%(13/31) de los pacientes con cardiotoxicidad recibió tratamiento precoz con IECA/ARA2 y betabloqueantes. Dentro de este grupo 12 pacientes (92,3%) alcanzaron el punto final primario mientras que en el grupo sin tratamiento sólo 6 pacientes (33,3%) lo hicieron (p 0,001). Los pacientes que recibieron tratamiento tenían una menor FEY basal, a los 3 meses y a los 6 meses, sin embargo no hubo diferencias significativas entre la FEY a los 12 meses entre ambos grupos (ver gráficos). Los pacientes que recibieron tratamiento precoz presentaron mayor recuperación de la FEY a los 12 meses ($16,7 \pm 6,9\%$ vs $6,9 \pm 5,9\%$; p <0,001).

Conclusión: El tratamiento con IECA/ARA2 y betabloqueantes luego del diagnóstico de cardiotoxicidad debería ser implementado en todos los pacientes ya que se asocia con una mejoría significativa de la FEY.

0279 - ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE LA INTERRUPCIÓN DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

Unidad Temática 2: Trombosis y Hemostasia

SANCHEZ BUSTAMANTE, Santiago | GAMARRA, Ana Lia | ROSSI, Emiliano | FAVINI, Agustin | MAID, Gustavo Fabián | PÉREZ DE ARENAZA, Diego | NAVARRO ESTRADA, José Luis Carlos

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La discontinuación de los anticoagulantes orales directos (DOACs) observada en los ensayos clínicos no es representativa del mundo real debido a la inclusión de poblaciones seleccionadas y al contexto controlado de los estudios.

Objetivos: Comparar la tasa de discontinuación de los antagonistas de la vitamina K (AVK) y de los DOACs a los 6 meses de su inicio.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo realizado en una población perteneciente a un seguro de salud durante el periodo 01/04/2018 a 31/12/2019. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con indicación de anticoagulación oral por fibrilación o aleteo auricular. Se excluyeron a aquellos con uso de anticoagulantes orales previos, presencia de prótesis valvular mecánica y clearance de creatinina menor a 30 ml/min. Debido a que la asignación al grupo de tratamiento anticoagulante no fue al azar, se realizó un pareamiento por puntaje de propensión con las características basales de los participantes. Se comparó la discontinuación del tratamiento anticoagulante entre los que recibieron DOAC vs. VKA mediante el odds ratio crudo y ajustado por puntaje de propensión según covariables basales. Se definió discontinuación como la suspensión de la medicación por 30 días seguidos o más según registros de compra en farmacias.

	AVK (n=148)	DOAC (n=136)	p valor
Edad, media +/- DS (años)	81 ± 8	75 ± 8	<0,001
Mujer, n (%)	86 (58)	76 (56)	0,71
Medicación concomitante predisponente a sangrado, n (%)	24 (16)	22 (16)	0,99
Independencia funcional, n (%)	100 (68)	125 (92)	<0,001
Hipertensión arterial, n (%)	113 (76)	84 (62)	0,008
Diabetes, n (%)	15 (10)	13 (10)	0,87
Antecedente de insuficiencia cardíaca, n (%)	26 (18)	8 (6)	0,002
Antecedente de ACV, n (%)	8 (5)	10 (7)	0,5
Enfermedad renal crónica, n (%)	36 (24)	8 (6)	<0,001
Enfermedad hepática, n (%)	25 (17)	22 (16)	0,87
Creatinina sérica, media +/- DS (mg/dL)	1,00 ± 0,32	1,00 ± 0,32 0,88 ± 0,23	<0,001

Resultados: Se incluyeron 284 pacientes, 136 (48%) recibieron DOAC y 148 (52%) AVK. Acenocumarol fue la droga más utilizada en el grupo AVK (99%) mientras que dabigatrán (65%) fue la droga más utilizada en grupo DOAC. Los pacientes tratados con DOACs fueron más jóvenes, tenían mayor independencia funcional, presentaron menores valores de creatinina sérica, menos antecedente de insuficiencia cardíaca y mayor proporción de indicación por formas paroxísticas de fibrilación auricular (Tabla 1). La discontinuación del tratamiento en los que recibieron DOAC se observó en 30 (22%) pacientes y en 13 (9%) pacientes en el grupo AVK. El grupo DOAC presentó un OR crudo para la discontinuación de 2.33 (95% CI 1.03-5.23, p = 0.043), comparado con el grupo VKA y un OR ajustado por puntaje de propensión de 2.87 (95% CI 1.16-7.05, p = 0.022). La discontinuación del tratamiento fue permanente en 19 (63%) y 10 (77%) casos en el grupo DOAC y AVK respectivamente. El entrecruzamiento entre ambos grupos ocurrió en 11 (37%) y 3 (23%) casos respectivamente; p = 0.38. Las razones principales de discontinuación permanente fueron ablación de aleteo/fibrilación auricular y mayor riesgo de sangrado que representó 17 (88%) y 2 (12%) casos en el grupo DOAC, mientras que en el grupo AVK fue de 3 (33%) y 7 (67%) casos; p = 0.014. En el grupo DOAC los motivos de entrecruzamiento fueron el costo de los medicamentos y los trastornos gastrointestinales 8 (73%) y 2 (18%) pacientes respectivamente. No hubo discontinuación secundaria a eventos de sangrado. El cambio de AVK a DOAC ocurrió en escasa proporción y generalmente fue por decisión médica.

Conclusión: La discontinuación fue más frecuente en el grupo DOAC que en el grupo AVK. Los motivos principales fueron la realización de ablación para la suspensión permanente y el costo de los medicamentos para el entrecruzamiento entre grupos.

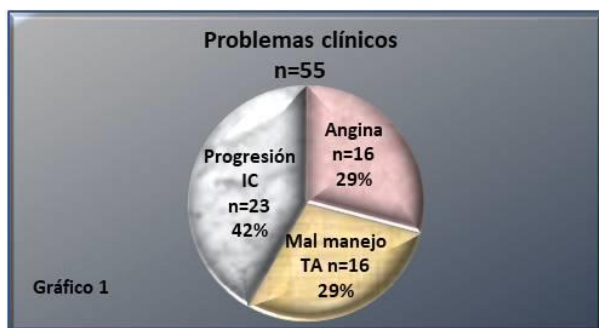
0280 - CONSULTORIO EXTERNO CARDIOLÓGICO VIRTUAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DURANTE LA PANDEMIA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

VELAZCO, María Paula | **STREITENBERGER, Gisela** | TORROBA, Santiago | DE LA FUENTE, Maria Virginia | MAYDANA, Mariano | POTITO, Mauricio Antonio | KOCH, Gustavo | TAJER, Carlos D.

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela



Introducción: La pandemia de COVID-19 ha generado medidas sanitarias de interrupción de actividades laborales presenciales, aislamiento social y suspensión de las prestaciones médicas programadas. El Hospital El Cruce, centro de tercer nivel de alta complejidad, es parte de una red sanitaria pública del sur del área metropolitana de Buenos Aires, que funciona como un sistema de referencia-contrarreferencia de pacientes (p). Luego de las internaciones o intervenciones diagnóstico-terapéuticas, una menor proporción de pacientes con patologías complejas continúa en seguimiento en el hospital. A partir del 20 de marzo con la disposición de la cuarentena obligatoria, se suspendió la atención presencial en consultorio y se implementó la consulta cardiológica virtual.

Tabla1. Causa abandono	n	%	[IC 95%]
Olvido	3	0.7	[0.24-2.03]
Falta receta	32	7.4	[5.3-10.3]
Económico	22	5.1	[3.4-7.6]
No entrega dispensario	12	2.7	[1.6-4.8]
No entrega obra social	7	1.6	[0.7-3.3]

Objetivos: Evaluar la repercusión del proceso de atención virtual y la situación de los pacientes en seguimiento por el servicio de Cardiología.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, de corte transversal. Se incluyeron p en seguimiento por el servicio de Cardiología atendidos por consultorio virtual del 7 de abril al 15 de julio. Se excluyeron los riesgos prequirúrgicos. El sistema de comunicación virtual (mediante smart-phones o computadoras) diseñado por el servicio de Telemedicina se desarrolló en el marco normativo vigente, ajustado a la circunstancia del aislamiento social, preventivo y obligatorio. La lectura del consentimiento informado en cámara, se realizó ante la presencia del paciente con su documento nacional de identidad y un testigo. Esta grabación se incorporó a la historia clínica. Requisitos: comprender el procedimiento, disposición de tecnología adecuada y presencia de un acompañante. Los profesionales tuvieron acceso a la historia clínica electrónica del hospital. Las respuestas al llamado se tabularon como agradecido, indiferente y disgustado. Se analizaron la presencia de problemas clínicos, el cumplimiento de la medicación y las causas de su abandono. Los datos cualitativos obtenidos de las consultas se analizaron como porcentajes (%) e intervalo de confianza de 95% (IC 95%).

Resultados: Se realizó la consulta virtual con 380 de los 430 pacientes citados (88.3% IC 85-91). Del total de atendidos, 94,2% (n=358) eran consultas programadas, 13,9% (n=53) p en seguimiento por insuficiencia cardíaca, 4,4% (n=17) egresos recientes y 1,8% (n=7) p con angioplastia y colocación de stents liberadores de drogas en los últimos seis meses. 368 p (97%) estuvieron agradecidos, 11 p (2,8%) indiferentes y 1 p (0,2%) disgustado. En 55 p (14,5%) se detectaron problemas clínicos evolutivos (Gráfico 1), tres de los cuales fallecieron (2 por amiloidosis cardíaca y 1 por insuficiencia cardíaca terminal) y cuatro requirieron internación e intervenciones. 57 p (13.2% IC95%: 10.3-16.7) refirieron haber suspendido uno o más fármacos indicados. En el cuadro 1 se detallan los motivos. 19 pacientes refirieron más de una causa de abandono del tratamiento.

Conclusión: La transformación rápida de la consulta presencial en virtual permitió concretar la mayoría de las visitas programadas. Disponer de una historia clínica electrónica y el uso de la telemedicina facilitó la concreción del programa de atención, muy valorado por casi la totalidad de los pacientes. Este sistema permitió detectar descompensaciones clínicas y suspensión de la medicación por diferentes motivos que revelan una realidad compleja, capaz de quedar oculta con la interrupción de las consultas presenciales. La teleconsulta fue satisfactoria para los pacientes y los profesionales. La experiencia fue dirigida a una población de escasos recursos, aunque en la mayoría de los casos la tecnología de uso cotidiano fue suficiente para encontrar soluciones y adaptarse a la nueva modalidad de atención.

0282 - CONOCIMIENTO Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y SU ASOCIACIÓN A FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PERSONAS QUE CONCURREN A NUESTRO HOSPITAL

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Arterial

CICHELO, María Florencia | ESTRELLA, María Laura | VANNONI, María Victoria | PUGLIESE, Lorena | GARCÍA GIMÉNEZ, Priscila | GONZALEZ, Ana Liliana | ZILBERMAN, Judith Miriam | GAGLIARDI, Juan Alberto

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La hipertensión arterial es una enfermedad con alta prevalencia a nivel mundial y es el principal factor de riesgo de morbilidad cardiovascular. Sin embargo, a pesar de su relevancia sanitaria, y conociendo la importancia clínica y su asociación con otros factores de riesgo, todavía es un reto el conocimiento, el tratamiento y su adecuado control.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de hipertensión arterial, el grado de conocimiento y control de la presión arterial según el antecedente de diabetes y enfermedades cardiovasculares concomitantes.

Materiales y Métodos: Se analizaron los registros de los individuos durante los meses de Mayo de los años 2017, 2018 y 2019. Se definió hipertensión arterial a la presencia de presión arterial sistólica (PAS) y/o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 140 y/o 90 mmHg respectivamente o si el paciente estaba con medicación antihipertensiva. Se consideró diabetes, dislipemia y tabaquismo por la referencia del paciente. Se definió historia de enfermedad coronaria como antecedente de infarto agudo de miocardio (IAM), angina inestable, angina crónica estable o cirugía de derivación coronaria. La enfermedad cerebrovascular se definió como historia de accidente cerebro vascular (ACV) o ataque isquémico transitorio. Los datos continuos se expresaron como media y desvío estándar (DE), o como mediana y rango intercuartílico [RQ 25-75], según su distribución. El análisis de normalidad se efectuó mediante el test de Shapiro-Wilk. Se utilizaron el test de t de student, o U de Mann Whitney para comparar variables continuas según corresponda; y el test de Chi2 o el test exacto de Fisher para comparar variables categóricas. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Epi-Info 7 ® del Centre for Disease Control (CDC) y se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se encuestaron en total 4008 personas (1096 en el año 2017, 1227 en 2018 y 1685 en 2019), de los cuales 1192 eran varones (29,8%) y 2813 mujeres (70,2%). La edad promedio fue de $53,6 \pm 16,4$ años. El promedio de la presión arterial a lo largo de los años del registros fue: PAS: $129,8 \pm 20,5$ mmHg mientras que la PAD fue $82,1 \pm 12,5$ mmHg. La frecuencia cardiaca promedio: $75,9 \pm 12,6$ lpm. El peso promedio registrado fue de $74,7 \pm 17,4$ kg y la altura fue de $161,9 \pm 9,4$ cm. La prevalencia de hipertensión arterial de la población general fue del 58,4% ($n=2341$), el 92,3% de los hipertensos conocidos se encontraban bajo tratamiento antihipertensivo ($n=1620$), pero solo el 49,4% (IC95% 46,8 a 51,7%) estaban controlados. En los pacientes hipertensos la prevalencia de diabetes fue significativamente superior (20,9% vs 7,5% en los no hipertensos, $p<0,001$) así como la de dislipemia (31,9% vs 19,1%; $p<0,001$). El 83,7% de los pacientes con infarto previo tenía hipertensión arterial frente al 58,8% de aquellos sin el antecedente ($p<0,0001$). En los pacientes con ACV previo, el 86,4% tenía hipertensión arterial frente al 58,9% de los pacientes sin antecedentes de ACV ($p<0,0001$). Se observó mayor prevalencia de hipertensión arterial en las personas diabéticas (79,7% vs 54,6% $p<0,0001$).

Conclusión: Nuestros resultados confirman que la hipertensión arterial está lejos de que se la pueda considerar una enfermedad bien controlada o tratada. Esto implica la necesidad de, a través de diferentes campañas, conocer la situación de la enfermedad hipertensiva en nuestro país y de esa forma mejorar las medidas de control de la hipertensión y de los factores de riesgo cardiovasculares.

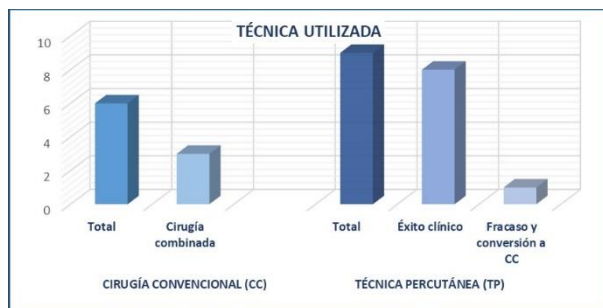
0283 - ENDOCARDITIS ASOCIADAS A DISPOSITIVOS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

Modalidad: Temas Libres

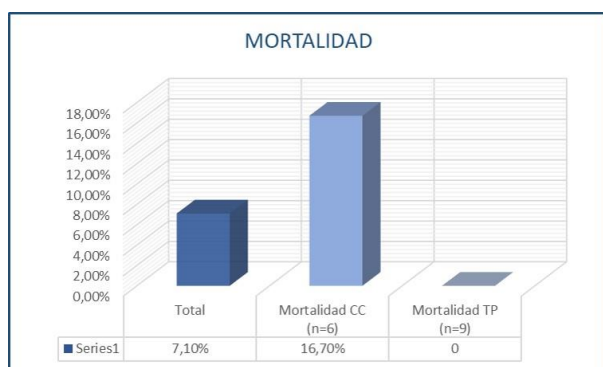
Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Endocarditis Infecciosa

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela



Introducción: La endocarditis infecciosa asociada a dispositivos cardíacos (EIADC) es una afección grave, con tendencia a aumentar en los últimos años debido al crecimiento en el número de marcapasos y desfibriladores que se implantan.



Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con EIADC tratados en un hospital de alta complejidad y su evolución intrahospitalaria.

Materiales y Métodos: Se analizaron los datos de un registro unicéntrico, prospectivo, que incluyó todos los pacientes (p) ingresados con diagnóstico de endocarditis infecciosa (EI) al servicio de cardiología de un hospital de alta complejidad, entre agosto de 2012 y abril de 2020.

Resultados: Se registraron 110 casos de endocarditis infecciosa (EI), de los cuales el 12,7% correspondió a EIADC (14 p). De los casos con diagnóstico de EIADC, el 71,4% (10 p) eran varones, con una mediana de edad de 50 años (RIC 32-55). El 28,5% (4 p) tenían antecedente de diabetes, el 21,4% (3 p) tenía EI previa y uno de cada tres p refería algún procedimiento endovascular en los últimos 6 meses. La mitad de las EIADC (7 p) estaba asociada a un marcapasos (MCP) y la otra mitad (7 p) a un cardiodesfibrilador implantable (CDI). El 78,6% (11 p) tenían un dispositivo bicameral y el 21,4% (3 p) uno bicameral, el motivo del implante había sido bloqueo auriculo-ventricular (BAV) en el 50%, prevención primaria de muerte súbita en el 21,4% y secundaria en el 28,5%. La mediana de tiempo entre el implante hasta el desarrollo de EIAD fue de 24 meses [RIC 6-60]. El 64,3% (9 p) tuvo hemocultivos positivos. Se aislaron estafilococos en el 50% (7 p) (Aureus 35,7%, coagulasa negativo 14,3%), enterococos en el 7,1% (1 p) y moraxella en el 7,1% (1 p). Se realizó cultivo del dispositivo en el 85,7% (12 p), con rescate de germen en la mitad de los casos. La duración del tratamiento antibiótico fue de 37,5 días [RIC 28-56]. Se observó compromiso de la válvula tricúspide en el 14, 3% (2 p) y embolia pulmonar en el 21,4% (3 p). En 6 p se realizó extracción por cirugía convencional, en la mitad de los casos fue combinada (vegetectomía, reemplazo biológico, puente venoso a coronaria derecha), incluyendo 1 p en el que la cirugía fue por conversión de la técnica percutánea fallida. En los últimos años se prefirió la técnica percutánea de extracción que se aplicó a 9 p; en el 89% (8 p) se logró éxito clínico (extracción completa en 78% (7 p), extracción parcial en el 11% (1 p), aunque con éxito terapéutico), mientras que en el 11% (1 p) se realizó conversión a cirugía convencional. El total de catéteres extraídos por este método fue de 14 y el tamaño de la vegetación de 16 mm [RIC 9,7-30]. El reimplante se llevó a cabo en la mitad de los pacientes (71,8% endocavitario y 28,6% epicárdico). La mortalidad intrahospitalaria fue del 7,1% (1 p sometido a cirugía convencional).

Conclusión: Una de cada 8 endocarditis bacterianas en nuestro registro prospectivo estuvo asociada a dispositivos. Se presentó en pacientes jóvenes, con predominio de sexo masculino, alta prevalencia de diabetes y procedimientos invasivos en los meses previos. El Estafilococo fue el germen causal en la mitad de los casos. En los últimos años hemos instrumentado procedimientos de extracción percutánea con resultados favorables y baja tasa de complicaciones.

0288 - ELECTROCARDIOGRAFÍA EN LA PANDEMIA POR COVID-19. HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS EN 103 PACIENTES EN DECÚBITO PRONO Y SU COMPARACION CON EL DECUBITO SUPINO

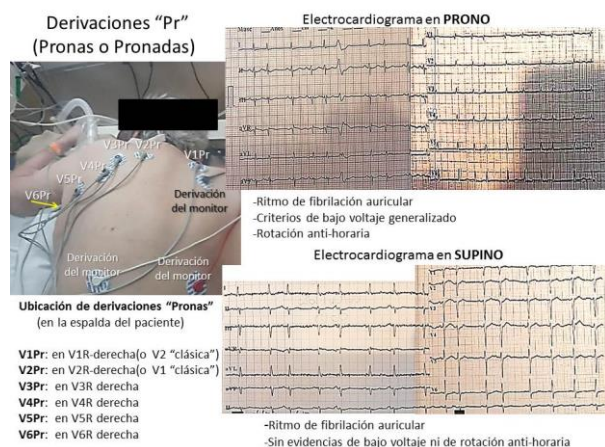
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

Unidad Temática 2: Imágenes.20

LEVIN, Ricardo Luis (1) | RUANO, Carlos(1) | RIVADENEIRA MANRIQUE, Xavier(1) | RIOS, M. Ignacio(2) | LEVIN DEGRANGE, Matias(2) | DEGRANGE, Marcela Adriana(3) | LIPOVESTKY, Fernando(2) | KEVORKIAN, Ruben(1)

Hospital General de Agudos F. Santojanni (1); Hospital Universitario de la UAI (2); Hospital Naval Buenos Aires Cirujano Mayor Dr. Pedro Mallo (3)



Introducción: La pandemia por COVID-19 ha enfrentado al sistema médico a diversos y continuos desafíos. Entre los mismos, los médicos cardiólogos nos hemos visto obligados a tratar, en nuestras áreas críticas, a pacientes (p) con insuficiencia respiratoria(IR) que requieren, como parte de su tratamiento, de su colocación en decúbito prono (PRONO). La realización de un electrocardiograma (EKG) y sus hallazgos han sido escasamente descriptos en esta situación.

Objetivos: 1) Considerar la realización de EKG en pacientes colocados en PRONO debido a IR por COVID-19. 2) Valorar las hallazgos electrocardiográficos observados en dichos pacientes. 3) Comparar dichas características con el EKG ,del mismo p, realizado en decúbito supino (SUPINO).

Materiales y Métodos: Fueron incluidos p ingresados en áreas críticas por IR con requerimiento de PRONO. En dichos p fueron realizados, en forma diaria, EKG en PRONO. Los hallazgos observados en los mismos fueron comparados con el EKG efectuado en SUPINO. Estadística: Se consideró significativo un valor de $P < 0.05$ para las diferencias encontradas en los EKG PRONO y SUPINO.

Resultados: Fueron incluidos un total de 103 p con IR debido a neumonía por COVID-19(confirmado por hisopado nasal), 79 (76.7%) de ellos de sexo masculino con un promedio de edad de 57.3 años(rango 37 a 69 años), realizándose un total de 267 EKG en PRONO. Estos se efectuaron mediante la colocación en la espalda del p de los electrodos precordiales en la ubicación de las derivaciones derechas convencionales, quedando conformadas derivaciones "pronas", debiendo invertirse los electrodos de los miembros superiores. Los hallazgos electrocardiográficos resultaron: bajo voltaje eléctrico generalizado en 91 (88.3%) p, rotación antihoraria en 88 (85.4%) de los casos, fibrilación auricular(FA) en 32 (31.1%) p, alteraciones inespecíficas del segmento ST y onda T

(ST/T), sin Supradesnivel ST, en 29 (13.6%) e inversión de electrodos de los miembros (valorado por onda P negativa con QRS negativo en D1) en 11 (10.7%) p. En la comparación con los EKG en SUPINO pudo ser observado que: los criterios de bajo voltaje solo se apreciaban en 5 (2.3%) p, $P<0.001$; la rotación antihoraria en 7 (3.1%) p, $P<0.001$; la FA en 17 (7.6%) casos, P NS; los cambios del ST/T en 19 (8.5%) p, P NS; no observándose ningún caso de inversión de derivaciones (0%, $P<0.01$).

Conclusión: 1) Los hallazgos electrocardiográficos mas frecuentes en PRONO consistieron en el bajo voltaje generalizado y la rotación antihoraria, los que se fundamentan en la ubicación mas "alejada" del corazón y la posición predominante del ventrículo izquierdo, seguidos por la FA y las alteraciones inespecíficas del ST/T. 2) En un 5% de p en PRONO se observo la inversión de las derivaciones de los miembros, por olvidar el cambio de las mismas (brazo derecho al izquierdo y viceversa). 3) Los hallazgos de bajo voltaje generalizado, rotación antihoraria e inversión de derivaciones resultaron estadísticamente mas frecuentes en PRONO. 4) Pudieron establecerse derivaciones "pronas", adaptando la posición de las derivaciones derechas a la espalda del paciente, debiendo recordarse de invertir los electrodos de ambos miembros superiores

0293 - TRASPLANTE CARDIACO PEDIÁTRICO COMO TRATAMIENTO EN LA VIA UNIVENTRICULAR

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica - Cirugía y Hemodinamia

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

OSUNA, Juan Manuel | CEREIGIDO, Carolina | NAPOLI, Natalia Soledad | PEREIRA, Eduardo | NUÑEZ, Hector Ismael | VILLA, Beatriz Alejandra | BARRETTA, Jorge Orlando

Hospital Italiano de Buenos Aires

PROCEDIMIENTOS PREVIOS	
Norwood Sano	1
Híbrido	1
Cerclaje Pulmonar	1
Norwood - Glenn	4
Norwood - Glenn-Reemplazo Valv AV	1
Switch Paliativo-Glenn Fontan	1
Stansel-Glenn- Fontan	1

Introducción: El trasplante cardiaco es un tratamiento eficaz para los pacientes con diagnóstico de Ventrículo Único (VU) que presentan, a lo largo de los distintos estadios de paliación, disfunción ventricular o circulación fallida de Fontan- Kreutzer. Esta población de pacientes es muy heterogénea, con múltiples variantes anatómicas y diversos procedimientos quirúrgicos previamente efectuados.



Objetivos: Presentar la experiencia de nuestra institución en el manejo de los pacientes univentriculares que ingresaron en lista de espera para trasplante cardíaco pediátrico.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis descriptivo, retrospectivo del registro de nuestros pacientes con diagnóstico de Ventrículo Único inscriptos en lista de espera para trasplante cardíaco pediátrico desde enero de 2015 hasta enero de 2020. Se registraron las variables demográficas (edad, sexo, peso), las patologías de base, las paliaciones previas realizadas y el uso de dispositivos de asistencia ventricular. Se estudió la mortalidad en lista de espera, y el tiempo en lista hasta el trasplante. En los pacientes a quienes se les realizó el trasplante, se analizó la técnica quirúrgica, los procedimientos asociados, la mortalidad y el seguimiento a corto plazo.

Resultados: Durante el período de estudio se inscribieron 10 pacientes con diagnóstico de VU en lista de espera para trasplante cardíaco pediátrico. Edad promedio 27.2m (4-67) Sexo 6 femeninas 4 masculinos. Peso promedio 10.3kg Variante de VU 7 Síndromes de Corazón Izquierdo Hipoplásico, 2 Doble Entrada de Ventrículo Izquierdo con Atresia Mitral y Aorta en L, 1 Trasposición de Grandes Vasos Congénitamente Corregida con Ventrículo Derecho Hipoplásico Cirugías previas realizadas se detallan en Tabla 1 Una paciente en estadio Glenn PEDIMACS 3 requirió uso de asistencia circulatoria de tipo pulsátil como puente a la espera, luego de 94 días de asistencia debido a múltiples complicaciones tromboembólicas se retiró el soporte. A la fecha, sólo 3 pacientes fueron trasplantados, tiempo promedio en lista de espera 277 días (72-493). 2 se encontraban en estadio Glenn post Norwood y 1 en estadio Fontan. El implante se realizó con técnica bi cava, como procedimientos asociados se realizaron plásticas de ramas pulmonares en los tres casos y plásticas de aorta ascendente en 2, no se requirió soporte circulatorio post quirúrgico en ningún caso, no hubo mortalidad operatoria ni intra hospitalaria y continúan en seguimiento post trasplante sin evidencias de rechazo (28-52 meses de seguimiento). Además de la paciente que se le retiró la asistencia, 3 pacientes más fallecieron en lista de espera. 1 paciente salió de lista por mejoría de situación clínica y 2 persisten a la espera del órgano.

Conclusión: En nuestra experiencia, el trasplante cardíaco en pacientes con circulación univentricular es una alternativa muy valiosa dentro del tratamiento de la disfunción ventricular o failing Fontan-Kreutzer, con baja morbimortalidad. Estos pacientes representan un desafío para los equipos intervinientes al momento de realizar el trasplante debido a los antecedentes quirúrgicos previos y las técnicas quirúrgicas de reconstrucción que deberán ser efectuadas durante el implante. El tiempo prolongado en lista de espera por la escasa disponibilidad de donantes continúa siendo una problemática para todos los equipos que realizan trasplante cardíaco pediátrico.

0294 - REHABILITACION DEL ARBOL PULMONAR VERDADERO EN ATRESIA PULMONAR CON COMUNICACION INTER VENTRICULAR Y RAMAS PULMONARES HIPOPLASICAS

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica - Cirugía y Hemodinamia

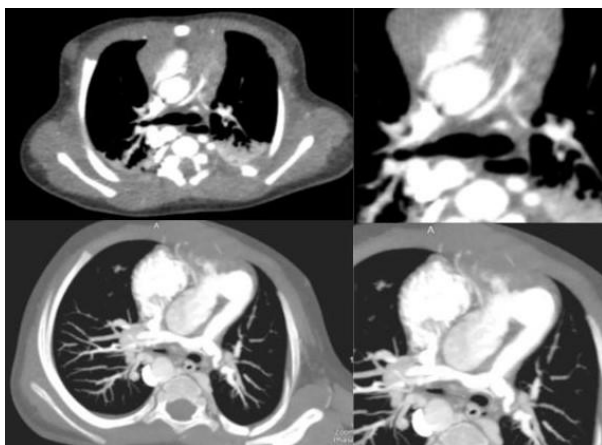
Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular

OSUNA, Juan Manuel | CORDOBA, Antonela Anahí | NAPOLI, Natalia Soledad | CEREIGIDO, Carolina | SAENZ TEJEIRA, María Mercedes | FERNÁNDEZ, Mariano Javier | GRINENCO, Sofía | BARRETTA, Jorge Orlando

Hospital Italiano de Buenos Aires

REHABILITACIÓN DE ÁRBOL VASCULAR PULMONAR - HIBA 2015-2020				
FUENTE INICIAL	ANGIO TAC NEONATAL		ANGIO TAC 6 - 12m	
FLUJO PULMONAR	RPD	RPI	RPD	RPI
mBRIZARD 5mm	-4	-4.8	0	0
ROGER MEE	-6.7	-3.44	-3	0
ROGER MEE	-6.4	-6.3	-1.59	0
mBRIZARD 5mm	-7.2	-4.9	-3.9	-3
mBRIZARD 5mm	-6.7	-5.4	-1.5	-4
mBRIZARD 5mm	-4.3	-3.2	2.42	0.4
mBRIZARD 5mm	-3.59	-2.2	0	0
mBRIZARD 4mm	-3.78	-4	pendiente ANGIO TAC	
VD AP 5mm	0.33	0.75	0	1.8
VD AP 5mm	-0.9	-0.8	1.5	0
VD AP 5mm	0.2	0.1	-2.2	-1.5
VD AP 5mm	1.2	0	pendiente ANGIO TAC	
VD AP 5mm	0	0	0	1.8
ASPD 4mm	-2.4	-3.3	2.3	0
PTA	-4.4	-1.5	0	0

Introducción: El tratamiento de la Atresia Pulmonar con Comunicación Inter Ventricular y Ramas Pulmonares Hipoplásicas y Colaterales Aorto Pulmonares consiste diversas técnicas para lograr la rehabilitación de árbol vascular pulmonar, tanto sea orientando el tratamiento sobre el árbol pulmonar verdadero o sobre la unifocalización de colaterales.



Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo es describir las distintas alternativas de staging utilizadas en nuestra institución mediante la vía de la rehabilitación del árbol vascular pulmonar verdadero y registrar el crecimiento de las ramas pulmonares verdaderas .

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis descriptivo, retrospectivo del registro de pacientes con diagnóstico de Atresia Pulmonar, Comunicación Inter Ventricular y Ramas Pulmonares Hipoplásicas que requirieron tratamiento por estadios en el Hospital italiano de Buenos Aires desde junio de 2015 hasta junio de 2020. Se excluyeron aquellos pacientes que se corrigieron como tratamiento quirúrgico inicial. Se registró las variables demográficas al momento del primer estadio de tratamiento, el Z score según peso de las ramas pulmonares evaluado por Angiotomografía previa a la primera intervención quirúrgica y su control entre 6-12 meses post cirugía, la técnica quirúrgica utilizada en el estadio inicial, los procedimientos inter stage y/o los asociados al momento de la corrección. Se detallaron los cardio intervencionismos y/o reintervenciones quirúrgicas realizadas. Se estudió la morbilidad y mortalidad, y el seguimiento a mediano plazo.

Resultados: Todos los pacientes habían tenido diagnóstico prenatal. Se intervinieron 15 pacientes. Edad promedio 56.8 días (7-166d). Peso promedio 3,4 kg (2,6-7,2 kg) Los Z score iniciales de ramas pulmonares derecha (RPD) e izquierda (RPI) y control se detallan en Tabla 1 1º Estadio. Fuente de flujo: 5 conductos Ventrículo Derecho Arteria Pulmonar (VDAP) de 5mm, 6 anastomosis tipo Brizard modificada con 5mm, 2 anastomosis de Roger Mee, 1 Parche Trans Anular y 1 Anastomosis Sistémico Pulmonar. En esta etapa se unifocalizaron Colaterales Aorto Pulmonares en 3 pacientes y en 2 de los pacientes se realizó plástica de ramas. Tórax Abierto 6 pacientes. 1 paciente requirió asistencia extracorpórea posterior a la paliación inicial con buena evolución. Se realizaron procedimientos inter stage en 5 pacientes. 6 recambios de conducto, 4 plásticas de RP, 3 uni focalización de colaterales, En 8 pacientes (53,3%) ya se realizó corrección. Edad promedio al momento de la misma de 21 meses (9-46) intervalo desde la 1º cirugía

fue de 344 días promedio(282-1693d). Cierre de Comunicación Inter Ventricular y Conexión VDAP con Homo injerto en 3 casos y con conducto con válvula biológica en 5. Cierre fenestrado de Comunicación Inter Auricular en 1 caso, plástica tricuspídea en 1 caso, unifocalización de colaterales en 3 y plástica de RPs en 5. La presión de ventrículo derecho posterior a la corrección fue menor al 70% en 7 de 8 pacientes. Debió ser asistido con ECMO 1 paciente al momento de la corrección. 7 pacientes requirieron 15 cateterismos, con 8 intervencionismos en 6 pacientes. 1 Re plástica de RPI. No hubo mortalidad en toda la serie. Seguimiento promedio de los corregidos 20 meses (1-34).

Conclusión: En nuestra experiencia, el tratamiento por etapas de la Atresia Pulmonar con Comunicación Inter Ventricular y Ramas Pulmonares Hipoplásicas demostró ser una alternativa válida para promover el desarrollo del árbol vascular pulmonar verdadero y permitir una ulterior cirugía correctora, con todas las diversas técnicas empleadas.

0296 - INFARTO DE MIOCARDIO TRANSMURAL EN EL AÑO 2019 VERSUS 2020 EN PRESENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo

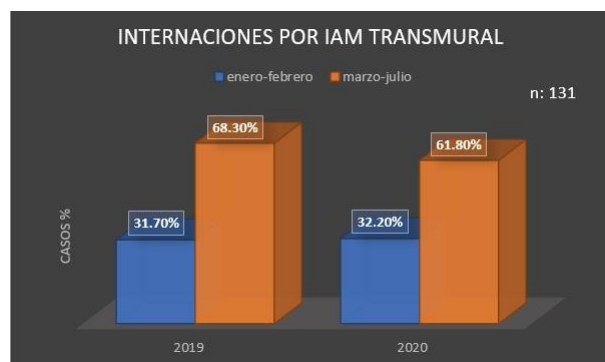
GUARACHI IBAÑEZ, Manuel Alejandro | BRICEÑO LOAIZA, Victor Leonardo | BORGOGNO, Martin Guillermo | PULMARI, Camilo Ariel | CELI, Tania Mabel | VÁZQUEZ, Norberto Antonio

CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD PRESIDENTE PERON. MALVINAS ARGENTINAS

Introducción: En tiempos de pandemia a partir de la instauración de la cuarentena, el número de consultas en las guardias de emergencia ha disminuido a nivel mundial.

Objetivos: Conocer en nuestro medio el número de internaciones por infarto agudo de miocardio transmural durante la pandemia por COVID 19 comparados con el año previo.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, unicéntrico, prospectivo, analítico, con inclusión consecutiva de pacientes internados en unidad coronaria con diagnóstico de infarto de miocardio transmural. Los datos se obtuvieron mediante historia clínica informatizada correspondientes a internaciones durante el periodo de enero a julio del 2019 y del corriente año, para conocer el número de internaciones mes a mes por infartos de miocardio transmurales, evaluando tiempos de isquemia, forma de presentación y mortalidad. Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS v25. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y se aplicó para su comparación la prueba de chi-cuadrado. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana e intervalo intercuartilo. La comparación de estas se realizó con test no paramétricos (U de Mann Whitney) y se consideró un valor significativo de P menor a 0.05.



Resultados: Sobre un total de 131 infartos desde el mes de enero del 2019 al mes de julio del 2020, 63 infartos correspondieron al periodo enero-julio del año 2019 y 68 al corriente año. En ambos periodos predominó en sexo masculino, el año 2019 representado por el 69.8% y en el año 2020 representó 72.1%. P: 0.78. En el periodo marzo a julio 2020, coincidente a la cuarentena se observó un menor número de internaciones por infarto de miocardio transmurales (61.8%), comparado con el periodo marzo a julio del 2019 (68.3%), P: 0.14 (ver gráfico nro. 1) La mediana de edad fue de 64 (55-72) años en el 2019 y de 61 (55-70) años en el 2020. P: 0.47. Con respecto al Killip-

Kimball predominó el A en ambos periodos (73% en 2019 y 80.9% en 2020); seguido por el B en el 15.9% y 13.2% respectivamente. P: 0.58. Se observó un tiempo a la consulta más prolongada en el 2019 con una mediana de 5 (1.5 – 10.5) horas, a diferencia de lo observado en el 2020, donde el tiempo de consulta fue menor 4 (2 - 8) horas. P: 0.14 El tratamiento de reperfusión fue la angioplastia primaria, realizado en el 32.1% 2019 – 38.9% 2020, El resto de los eventos se trató de infartos evolucionados 29%. P: 0.19 La mediana de días de internación en el periodo 2019 fue de 5 (3-8) días y de 4 (3-5) días en el 2020. P:0.74. La mortalidad en el año 2019 fue del 6% y la del 2020 7%, sin diferencia significativa.

Conclusión: En nuestro estudio observamos una disminución del número de internaciones por infarto de miocardio transmural en el periodo correspondiente al inicio de la cuarentena en la República Argentina, comparado con el mismo periodo del año previo. Los tiempos a la consulta fueron menores en el 2020, sin diferencia significativa en la forma de presentación y mortalidad.

0298 - MONITOREO REMOTO EN DISPOSITIVOS ELÉCTRICOS IMPLANTABLES. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

MYSUTA, Mauricio Andres | DR. GALIZIO, Nestor | DRA. LABIN, Brenda | CARNERO, Guillermo Alejandro | TRONCONI, Alejo | DR. PELTZER, Michael | DRA AVAREZ CORREA, Mariel | GONZÁLEZ, José Luis

Hospital Universitario Fundacion Favaloro

Introducción: El Consenso de Expertos (HRS-2015) ha demostrado que el monitoreo remoto (MR) en dispositivos electrónicos implantables (DEI) es eficaz para la detección temprana de arritmias auriculares y ventriculares, además de aumentar la longevidad de la batería, disminuir terapias apropiadas e inapropiadas y evaluar la integridad del sistema. Esto toma mas valor en momentos de aislamiento social como el que ha generado la pandemia de COVID-19

Objetivos: Analizar las alertas recibidas por MR y el manejo clínico que resultó de ellas en un seguimiento a largo plazo

Materiales y Métodos: Análisis prospectivo de una cohorte de 154 pts entre noviembre de 2009 y noviembre de 2018 con DEI y seguimiento remoto. De ellos, 34 pts eran portadores de un marcapasos (MCP), 76 pts de cardiodesfibrilador (CDI): VVI (39%), VDD (33%) y DDD (27%) y 44 pts de CDI con terapia de resincronización cardíaca (TRC-D/P). Características basales: edad promedio 56 ± 23 años. hombres 62%. CDI y TRC-D: De 120 pts, se implantaron 63% en carácter de prevención primaria Etiologías: cardiomiopatía (CM) isquémico-necróticas (26.6%), CM idiopática (22.5%), CM hipertrófica (21.6%), Síndrome de Brugada (6.6%), CM no compactada (5.8%), displasia arritmogénica del ventrículo derecho (3.3%), Síndrome de QT largo (2.5%), CM chagásica (2.5%), CM valvular (1.6%), CM dilatada periparto (1.6%), CM por sarcoidosis (1.6%) y CM congénita (1.6%). Se evaluaron las alertas recibidas mediante el análisis de histogramas, electrogramas intracavitarios, curvas de tendencia y trazados de los eventos. El seguimiento medio fue de 42 ± 29.6 meses.

Tabla 1

Zona de detección	Causas reales de alertas	Manejo
TA/FA/TSV	Taquicardia Sinusal	BB
	FA Nueva/asintomática	ACO/DAA/ablación por NAVX o Crio balón
	Doble conteo AV	Reprogramación
	Otras (AA- Ruido)	DAA/ablación/reprogramación
TV/FV	FAARV	ACO/DAA/reprogramación
	TV	DAA/ablación
	Ruido canal ventricular	Reprogramación
	Sobresensado onda T	Reprogramación
	Desplazamiento de catéter VD	Recolocación catéter
TRC < 95%	Sobresensado onda T	Activación SOT
	Desplazamiento catéter SC	Recolocación catéter/reprogramación
	TVNS Repetitiva	DAA
EV > 50h	EV frecuentes	TM/ ablación
Estimulación CDI > 40%	Estimulación de VD	Reprogramación/up grade
Amplitud de R < 5 mV	Baja amplitud de sensado	Reprogramación/recolocación de catéter
ERI	Batería en ERI	Recambio generador
Impedancia de choque elevada	Impedancias elevadas	Reprogramación/test Desfibrilación/recambio de catéter

BB: betabloqueantes, ACO: anticoagulación, DAA: drogas anti arritmicas, SOT: supresión de onda T, TM: manejo médico.

Resultados: Ciento veintiocho dispositivos (83.1%) emitieron 3415 alertas: TRC-D 1135 alertas (33.2%), CDI 1826 alertas (53.46%), MCP 430 alertas (12.5%) y TRC-P 24 alertas (0.7%). El tiempo desde la activación del MR a la primera alerta fue de 43 ± 15 días. Se detectaron 805 alertas en zona de taquicardia auricular/fibrilación auricular

(TA/FA), 161 en zona de taquicardia ventricular/fibrilación ventricular (TV/FV), 326 por extrasístoles ventriculares > 50/h, 289 por porcentaje de estimulación biventricular <95%, 61 por estimulación CDI (> 40%) del ventrículo derecho, 47 por amplitud de onda R menor a 5 mV, 47 por batería en ERI, 13 alertas por impedancia de choque elevada y 1063 alertas por electrogramas periódicos (EGM).

Conclusión: El MR en DEI demostró ser una estrategia de seguimiento segura para la detección precoz de eventos clínicos y técnicos favoreciendo el manejo temprano y eficaz de los mismos, sobre todo en tiempos de pandemia mundial.

0300 - VARIACIÓN DE LA ESTRATEGIA ANTIAGREGANTE EN EL INFARTO CON ELEVACIÓN DEL ST A LO LARGO DE LOS AÑOS. RESULTADOS DEL REGISTRO ARGEN-IAM

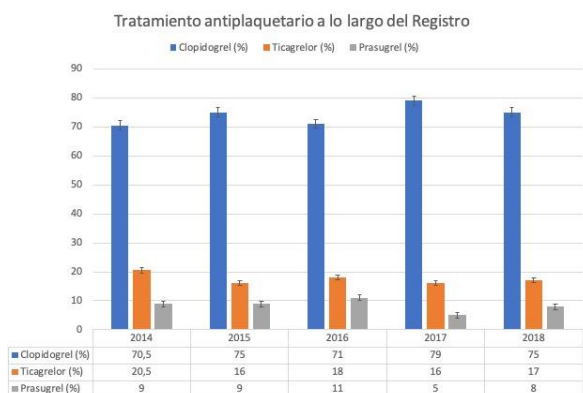
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

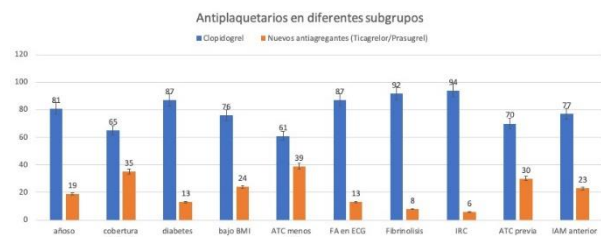
Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo

MRAD, Sebastián Juan Bautista (1) | COHEN ARAZI, Hernán(1) | MUNTANER, Juan(2) | FRONTERA, Esteban(3) | MARTURANO, María Pía(4) | CHARASK, Adrian(5) | TAJER, Carlos D.(6) | GAGLIARDI, Juan Alberto(7)

Sanatorio Trinidad Mitre (1); Centro De Transplante Tucumán (2); Clínica Pasteur/Centro Cardiológico Patagonico de Neuquen Capital (3); Sanatorio Pasteur (4); Clínica Bazterrica (5); Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela (6); Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (7)



Introducción: En los últimos años comenzaron a utilizarse nuevos fármacos antiagregantes, más potentes, en el tratamiento del SCA con elevación del ST.



Objetivos: Mostrar la evolución temporal del tratamiento con antiplaquetarios en el registro ARGEN-IAM, y obtener variables asociadas a la elección de los nuevos antiplaquetarios.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 1759 pacientes de 247 centros de la primera cohorte de pacientes con IAMCEST dentro de las 36 horas entre noviembre de 2014 y diciembre de 2015. Se sumaron 2208 pacientes del registro continuo, desde 2015 hasta 2018.

Resultados: Se incluyeron pacientes de 60.7+ 11.8 años, 79% hombres, 25% diabéticos y 69% hipertensos; 11% tenían antecedentes de un infarto de miocardio y 17% de una angioplastia coronaria. La cobertura de salud fue: 13% PAMI, 41% obras sociales, 29% publica, 12% prepaga, 3% privado, 1% fuerzas de seguridad. El 47 % de los infartos fueron de cara anterior y el 47% de cara inferior; 76.5% Killip y Kimball 1; 16% no recibieron ninguna estrategia de reperfusión; 69% fueron tratados con angioplastia primaria con tiempo puerta balón de 119 (65-231) minutos. Se inició AAS al 99.1% de los pacientes, clopidogrel al 75.3% , ticagrelor al 16.9% y Prasugrel al 7.8%; 7.9% recibieron inhibidores GP IIb/IIIa. La figura 1 muestra las diferencias en el tratamiento desde 2014 a 2018 La tasa de utilización de nuevos antiagregantes fue mayor en pacientes con cobertura de prepaga, obra social o privada (OR 4.8; IC 4.1-5.9; $P < 0.0001$); aquellos con ATC previa (OR 1.5; IC 1.16-2; $p = 0.02$); y en los que se realizó la angioplastia dentro de los 90 minutos del ingreso (OR 3.1; IC 2.7-3.7; $p < 0.001$). El clopidogrel fue preferido en personas de más de 65 años -36 % del total de la población - (OR 1.35; IC 1.15-1.6; $p < 0.001$); en aquellos que fueron transferidos de otros centros para el tratamiento - 45% de los pacientes venían de otro centro - (OR 2.4; IC 2- 2.8; $p < 0.001$) y en los pacientes reperfundidos con fibrinolíticos (OR 3.5; IC 2.6- 4.7; $p < 0.001$). La regionalidad en el ECG no se asoció a diferencias en el antiplaquetario elegido. La figura 2 representa los resultados en las diferentes variables analizadas

Conclusión: Durante el seguimiento de este registro de pacientes con IAMST no se observaron cambios significativos en la selección del tratamiento antiagregante. El clopidogrel sigue siendo de elección, con una mayor utilización de nuevos antiagregantes en pacientes con cobertura de prepaga o privada lo cual podría significar que los costos tienen alguna influencia en la selección del tratamiento.

0301 - UTILIDAD DEL ÍNDICE DE SHOCK EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. DATOS DEL REGISTRO ARGEN-IAM ST.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Cardiopatía Isquémica

FRONTERA, Esteban(1) | CASTILLO COSTA, Yanina(2) | D` IMPERIO, Heraldo(2) | **SANTA MARIA, Martín** (1) | REYNOSO, Carolina(2) | CONTI, Octavio(2) | POMÉS IPARRAGUIRRE, Horacio(2) | GAGLIARDI, Juan(2)

Clínica Pasteur (1); Area de Investigación SAC (2)

Introducción: El Índice de Shock (IShock) es una herramienta útil, disponible fácilmente al ingreso de los pacientes, que brinda información pronóstica para mortalidad en algunas patologías graves (shock séptico, hipovolémico, embolia de pulmón, trauma). Hay muy pocos datos acerca de su utilidad pronóstica en el contexto del infarto con elevación del ST.

Objetivos: Evaluar la utilidad del IShock $\geq 0,7$ como predictor de mortalidad y shock cardiogénico intrahospitalario en el infarto agudo de miocardio.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, analítico y prospectivo de pacientes con infarto incluidos del Registro ARGEN-IAM ST. Utilizando los datos de frecuencia cardiaca (FC) y tensión arterial sistólica al ingreso (TAS) se realizó la fórmula IShock descrita en otros trabajos (IShock: FC/TAS) y se dividió a la población en dos grupos de acuerdo a si el IShock era $< 0,7$ (G1) o $\geq 0,7$ (G2), basándonos en reportes previos. Se analizaron las características basales y se evaluó el valor pronóstico para muerte más desarrollo de shock cardiogénico intrahospitalario de acuerdo al valor del IShock. Se excluyeron los pacientes con Killip Kimball D de ingreso y los que no tuvieran los datos para el cálculo.

Resultados: Del total de la población ($n=3331$) se excluyeron 248 pacientes que ingresaron con shock cardiogénico y 111 pacientes por no tener los datos completos para el cálculo. Se analizaron 2972 casos, según los grupos: G1: 76% ($n=2259$) y G2: 24%. ($n=713$) La edad promedio fue mayor en G1, (G1 61 ± 12 vs G2 60 ± 12 años; $p=0,008$) al igual que hipertensión arterial. (G1 59% vs G2 52%; $p=0,0002$) Hubo más prevalencia de Killip y Kimball A en el G1: 88% con respecto al G2: 70% ($p<0,0001$) y menos infarto anterior por electrocardiograma (G1 45% vs G2 57%; $p<0,0001$). No hubo diferencias en la estrategia de reperfusión y los del G2 tuvieron más prevalencia de enfermedad de más de un vaso (G1 35% vs G2 39%; $p=0,02$). El G2 evolucionó con más shock cardiogénico (G1 1,6% vs G2 6,9%; $p<0,0001$) y mayor mortalidad. (G1 3% vs G2 8,3%; $p<0,0001$). El análisis multivariado mostro que el IShock (OR: 2,3; IC95% 1,6-3,3; $p<0,0001$), además de Killip y Kimball no A, edad, sexo femenino y diabetes fueron predictores independientes de mortalidad y shock cardiogénico en la evolución.

Conclusión: En nuestro trabajo el IShock calculado al ingreso identifico a los pacientes de mayor riesgo y fue un predictor independiente de mortalidad y shock cardiogénico durante la internación.

0302 - ¿ES ÚTIL LA EVALUACIÓN SISTEMÁTICA PRE-TRASPLANTE HEPÁTICO O RENAL CON SPECT?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Cardiología Nuclear

TOMALÁ LÓPEZ, William Enrique | COGNIGNI, Luciano | MELE, Anibal | D' IMPERIO, Heraldo | MARTINEZ RUSLENDER, Ignacio Daniel | ADAMOWSKI, Mariano Alejandro | VASSIA, Tomás | TAJER, Carlos D.

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Introducción: La evaluación pretrasplante tiene como objetivo caracterizar el riesgo y la eventual adopción de medidas previas al procedimiento para reducirlo. La evaluación de isquemia es rutinaria pero no se conoce su capacidad predictiva de eventos y tampoco existe una sistemática de conductas de acuerdo a los hallazgos.

Objetivos: Describir los hallazgos en pacientes evaluados con SPECT gatillado en pacientes pre-transplante renal o hepático, las medidas adoptadas, la concreción del trasplante y la evolución clínica.

Test y resultados	N total= 198	Trasplantes hepáticos, n= 70	Trasplantes renales, n= 128	p
FEy, media (DE)	63 (±15)	72 (±14)	57 (±13)	<0,001
Tipo de test realizado, %	%	%	%	
-Esfuerzo	84	87	83	NS
-Dipiridamol	15	13	16	NS
-Dobutamina	1	0	1	NS
Prueba con evidencia de isquemia, %	24	11	30	0,003
Angioplastia post-test	4	0	6	0,03
CRM post-test	0,5	0	0,8	NS
Pacientes trasplantados, %	15	19	13	NS
Fallecidos, %	7	10	5	NS

Materiales y Métodos: Se analizó la base de datos del servicio de medicina nuclear de un hospital de alta complejidad del conurbano bonaerense. Se incluyeron las evaluaciones pre-trasplante renal o hepático. Se calificó a los tests positivos como leves cuando el puntaje de Summed Difference Score (SDS) fue $\leq$ a 5, y moderado a alto riesgo cuando fue mayor de 5.

Características y antecedentes	Evaluaciones con test positivo, n= 47	Evaluaciones con test negativo, n= 151	p
Edad, mediana (RJC 25-75)	62 (57-68)	57 (50-62)	0,0003
%	%	%	
Sexo masculino,	71	68	NS
Hipertensión arterial,	70	52	0,025
Tabaquismo activo,	9	10	NS
Diabetes,	47	40	NS
Dislipemia,	45	18	<0,0001
Obesidad,	17	10	NS
Antecedente de infarto,	13	3	0,0006
Antecedente de Angioplastia,	13	4	0,027
Antecedente de CRM	6	1	0,05

Resultados: Se analizaron 198 evaluaciones pre-trasplante, 70 (35%) fueron pre-trasplante hepático y 128 (65%) renal. La mediana de edad para ambos subgrupos fue de 58 años (51-64), 136 (69%) fueron de sexo masculino. El 84% de las evaluaciones fueron en modalidad de stress con esfuerzo y las restantes farmacológicas. Resultaron positivas 47 (24%), de las cuales 37 (79%) con un SDS $\leq$ a 5 y 10 (21%) SDS $>$ a 5. De los 37 casos con SDS $\leq$ a 5, se realizó angioplastia a 5 pacientes (13.5) % y cirugía de revascularización miocárdica (CRM) a 1 paciente (2.7%). De los 10 casos con SDS $>$ a 5, se realizó angioplastia a 2 (20 %) sin ningún caso con CRM. Los pacientes del grupo con test positivo tuvieron mayor edad con mediana de 62 años (57-68) vs 57 (50-62) ($p=0,0003$) , mayor prevalencia de hipertensión arterial (70% vs 52%; $p=0,025$); dislipemia (45% vs 18%; $p=<0,0001$); antecedente de infarto (13% vs 3%; $p=0,006$); de angioplastia (13% vs 4%; $p=0,027$) y de cirugía cardíaca (6% vs 1%; $p=0,054$). Se trasplantaron 6,4% pacientes con isquemia y 17,2% con SPECT normal, OR 0,37 (0,12-1,17). No se registraron muertes perioperatorias en el grupo con isquemia y se registraron 3 muertes en el grupo sin isquemia ($p=0.2$). Se produjo un caso de IAM perioperatorio no fatal en el grupo con SDS igual o menor de 5.

Conclusión: Uno de cada cuatro pacientes evaluados con SPECT gatillado pretrasplante tuvo hallazgos patológicos, y en el 20% se adoptaron estrategias invasivas. Hubo una tendencia a menor llegada a trasplante de los pacientes con SPECT patológico sin diferencias en la mortalidad perioperatoria del trasplante aunque con un número reducido

de casos. La estrategia de evaluación con SPECT, ante la falta de una sistemática de conductas, no fue un aporte significativo en la toma de decisiones y pudo haber reducido la posibilidad de trasplante como efecto adverso.

0303 - SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST: IMPACTO DEL TIEMPO AL DIAGNÓSTICO EN EL TIEMPO PUERTA BALÓN EN EL MUNDO REAL

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | **DELFINO, Flavio Andres** (2) | MAURO, Víctor Miguel(3) | D' IMPERIO, Herald(4) | MACIN, Stella Maris(5) | POMÉS IPARRAGUIRRE, Horacio(6) | CHARASK, Adrian(3) | GAGLIARDI, Juan Alberto(7)

Area de Investigación SAC (1); CLINICA SANTA ISABEL (2); Clínica Bazterrica (3); Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela (4); Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral" (5); INCOR La Rioja (6); h argerich (7)

Introducción: Cuánto antes se instaure una estrategia de reperfusión en el infarto, mayor será el beneficio clínico obtenido. Las guías recomiendan realizar la angioplastia primaria dentro de los 90 minutos del contacto médico inicial. El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico (TAD), podría influir en la percepción del beneficio clínico del procedimiento por parte del equipo tratante y repercutir en lograr un tiempo puerta balón (TPB) adecuado (<90 minutos). Nuestra hipótesis es que a menor TAD, mayor será el porcentaje de pacientes (p) que cumplen adecuados TPB en el tratamiento del infarto.

Objetivos: 1) Evaluar la prevalencia de cumplimiento del TPB <90 min propuesto por las guías en función del TAD. 2) Analizar el TPB de acuerdo a si los p han sido derivados o no y si han sido tratados en horario laboral o por guardia. 3) Evaluar si el TAD es un predictor independiente para lograr un TPB<90 minutos.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de p ingresados a registro continuo de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en las primeras 24 hs de evolución. Se analizaron aquellos tratados con angioplastia primaria. Se definió TAD al transcurrido desde el inicio del dolor hasta la realización del primer ECG. Se dividió a la población en dos categorías según la mediana del TAD. Se excluyeron los p con shock cardiogénico y los p en los que no figuraba en la base de datos el TPB o TAD.

	Global n:1518	TPB<90 (n:573)%	TPB>=90 (n:945)%	p
Edad mediana (RIC 25-75)	61 (53-67)	61 (53-67)	61 (53-68)	0,056
Edad < 75 años	88,4	90,7	87	0,014
Antecedente Infarto	10,5	8,6	11,7	0,033
ECG prehospitalario	23,6	32,6	18,2	<0,001
Derivados	43,2	30,5	51	<0,001
ATC día/horario laboral	29,2	33,2	27,1	0,012
TAD<120 min	46,8	54,6	42,1	<0,001

Resultados: Se incluyeron en el registro 2464 p desde noviembre 2015 a agosto 2019. Luego de aplicar los criterios de exclusión quedaron para el análisis 1518p. Edad mediana 61 años (53-67), hombres 80,4%, tabaquistas 43,5%, DBT 22,3%, HTA 57%, KK>A 14,1%, derivados 43,2%, ATC día/hora laboral 29,2%. La mediana de TAD fue 120 min (RIC 60-266) y del TPB 119 min (RIC 61-210). El TPB <90 min se cumplió en el 37,8% de la población general, siendo más frecuente en aquellos con TAD <120 min (44% vs 32,2%; p<0,001). En la tabla se presentan las características poblacionales diferenciales de acuerdo al TPB > o < de 90 min. En el análisis multivariado fueron predictores independientes de lograr un TPB <90 minutos la edad <75 años: OR 1,5 (IC95 1,04-2,1; p 0,029), ATC en horario laboral: OR 1,3 (IC95 1,05-1,71; p: 0,016), tratamiento in situ: OR 2,4 (IC95 1,9-3,1; p<0,001), tener un ECG prehospitalario: OR 2,3 (IC95 1,78-3; p<0,001) y un TAD <120 minutos OR 1,56 (IC95 1,25-1,9; p<0,001).

Conclusión: Solo 4 de cada 10 p reciben la ATC primaria en menos de 90 minutos, siendo mayor el cumplimiento en quienes tienen menor tiempo al diagnóstico, especialmente los tratados in situ y en horario laboral. El TAD <120 min fue predictor independiente de un TPB<90 minutos.

0304 - COMPARACIÓN PRONÓSTICA ENTRE SCORES DE RIESGO Y LA APLICACIÓN DE REDES NEURONALES PARA LA PREDICCIÓN DE LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

GAMBARTE, Maria Jimena | BORRACCI, Raúl Alfredo | HIGA, Claudio | NOVO, Fedor | CIAMBRONE, Graciana Maria | TUPAYACHI VILLAGOMEZ, Omar Dario | GINESI, Agustina | DONATO, Maria Sol

Hospital Alemán

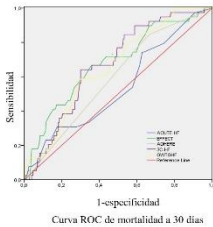
Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad prevalente asociada a un pronóstico desfavorable a mediano plazo. Existen scores de riesgo multivariados con áreas bajo la curva ROC que oscilan entre 0.59 y 0.80 al evaluar la mortalidad por cualquier causa durante el primer año.

Objetivos: Desarrollar y validar un modelo basado en algoritmos de red neuronal (NN) destinado a mejorar el rendimiento de los modelos tradicionales para predecir la mortalidad a corto plazo de pacientes con IC aguda.

Materiales y Métodos: Se analizó una base de datos clínica de 483 pacientes ingresados en forma prospectiva con diagnóstico de IC aguda en un hospital de comunidad de Buenos Aires, un período entre junio de 2005- junio de 2019. La base de datos completa incluye 181 variables de las cuales solo se utilizaron 25 para calcular cinco modelos de riesgo de IC aguda destinados a predecir la mortalidad a 30 días, 6 meses y un año. Los modelos incluidos en el análisis fueron: EFFECT4, ADHERE3, GWTG-HF5, 3C-HF7 y ACUTE-HF8. ESCAPE trial y el OPTIMIZE-HF fueron excluidos debido a ausencia de datos. Se utilizó Kolmogorov-Smirnov para analizar las distribuciones normales. La comparación estadística de las áreas de curva ROC con su intervalo de confianza del 95% se realizó con la prueba de Hanley-McNeil. La calibración se evaluó con el método Hosmer-Lemeshow. El análisis estadístico y el modelado de RN se realizaron con IBM SPSS 23.0 Statistics (IBM Corporation, Armonk, NY).

Tabla 1. Modelos de predicción de mortalidad a 30 días, 6 meses y al año en pacientes con Insuficiencia Cardíaca

	EFFECT	GWTG-HF	ADHERE	3C-HF	ACUTE-HF
Mortalidad a 30 días:					
Area bajo curva ROC	0.60	0.66	0.59	0.67	0.54
95% IC	0.59-0.77	0.58-0.74	0.51-0.68	0.59-0.75	0.44-0.63
Hosmer-Lemeshow χ^2	9.68	10.0	3.10	17.4	16.7
degrees of freedom	8	8	7	8	6
Valor p	0.359	0.262	0.912	0.158	0.011
Mortalidad a 6 meses:					
Area bajo curva ROC	0.60	0.68	0.59	0.67	0.53
95% IC	0.60-0.75	0.62-0.74	0.52-0.64	0.60-0.73	0.47-0.60
Hosmer-Lemeshow χ^2	6.05	6.55	2.93	5.59	9.84
degrees of freedom	8	8	7	8	6
Valor p	0.611	0.516	0.931	0.609	0.132
Mortalidad al 1:					
Area bajo curva ROC	0.60	0.66	0.57	0.67	0.56
95% IC	0.60-0.71	0.60-0.72	0.51-0.63	0.60-0.72	0.51-0.62
Hosmer-Lemeshow χ^2	6.65	11.8	3.03	2.98	6.68
degrees of freedom	8	8	7	8	6
Valor p	0.791	0.183	0.929	0.958	0.352



Resultados: Se analizaron 483 pacientes, edad 78±11.1años , 58% masculino, 35 % etiología isquémico necrótica y FSVI 52% (35-60). En términos de discriminación, a los 30 días fue mejor el score EFFECT sobre ACUTE-HF (Hanley-McNeil p=0.041) mientras que 3C-HF con el ACUTE-HF (p=0.047). A 6 meses y al año, el EFFECT superó a ADHERE (p=0.011 y p=0.003) mientras que el EFFECT (p<0.001 y p<0.001), GWRG-HF (p=0.001 y p=0.006) y 3C-HF (p=0.001 y p=0.002) superaron al ACUTE-HF, respectivamente. (Tabla 1) De los algoritmos de RN los mejores resultados se obtuvieron con un perceptrón multicapa (PMC) con dos capas ocultas. Se usó una RN de arquitectura de capas 24-9-7-2 con los siguientes resultados: ROC:0.82, valor predictivo negativo (VPN):93.2% y valor predictivo positivo (VPP):66.7% para mortalidad a 30 días; ROC:0.87, VPN:89.1% y VPP:78.6% para mortalidad a 6 meses; y ROC:0.85, VPN:85.6% y VPP:78.9% para mortalidad al año. En términos de discriminación, los algoritmos de RN superaron a todos los rendimientos de puntajes tradicionales (Hanley-McNeil p<0.001). Para este algoritmo, los factores más influyentes en orden descendente que obtuvieron ≥50% de importancia normalizada para predecir la mortalidad a los 30 días fueron creatinina sérica, hemoglobina, frecuencia respiratoria, urea, sodio, edad y presión arterial sistólica. Además de estas variables, clase II-IV NYHA y la demencia se asociaron a mortalidad a 6 meses mientras que la frecuencia cardíaca a la mortalidad al año.

Conclusión: Los modelos con algoritmos de redes neuronales fueron significativamente superiores a los scores de riesgo conocidos en nuestra población de pacientes con insuficiencia cardíaca. Estos hallazgos constituyen una hipótesis de trabajo a validar con una mayor muestra de casos y en forma multicéntrica.

0305 - ACOPLAMIENTO VENTRICULO-ARTERIAL DERECHO Y SU ASOCIACIÓN CON MARCADORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR ASINTOMÁTICOS

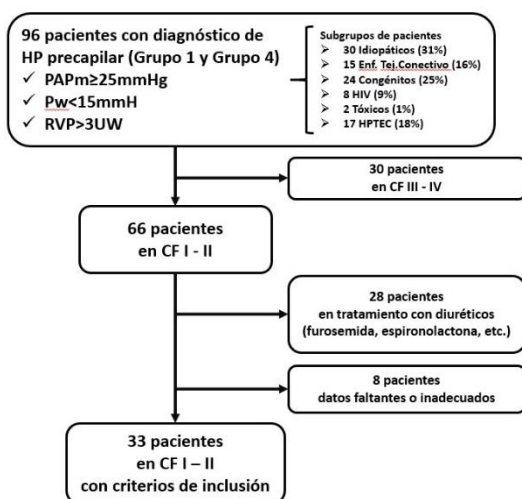
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

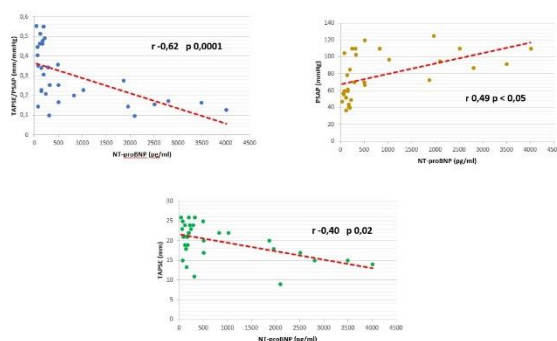
Unidad Temática 2: Hipertensión Pulmonar y Tepapéutica

GOMEZ, Luis | ATAMAÑUK, Andrés Nicolás | MAKHOUL, Silvia Susana | CROTTO, Karina Andrea | HOFFMANN, Diego Andres | GANDINO, Ignacio Javier | LITEWKA, Diego Fabian | GAYET, Enrique Gustavo

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández



Introducción: La evaluación de la compliance pulmonar y su relación con la función ventricular derecha (VD) demostró tener un fuerte valor pronóstico en insuficiencia cardíaca y en hipertensión pulmonar precapilar (HP), aunque en esta última los pocos trabajos existentes incluyeron pacientes (p) predominantemente en CF III-IV.



Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar el acople ventriculo-arterial derecho (AVP) en pacientes con diagnóstico de HP y bajo riesgo

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, observacional utilizando variables recolectadas de forma prospectiva, realizado en un hospital público de CABA entre marzo 2019 a marzo 2020. Criterios de inclusión: p con diagnósticos de HP (PAPm $\geq$ 25mmHg, PCP $<$ 15mmHg, RVP $>$ 3UW, criterio del Simposio Mundial de Niza 2013), en CF I o II de la clasificación de la OMS, estables, sin signos clínicos de insuficiencia. Criterios de exclusión: p con internaciones en los últimos 3 meses y/o bajo tratamiento con diuréticos. Se les realizaron mediciones de laboratorio,

ecocardiográficos y hemodinámicos. Se midió el AVP utilizando la relación ecocardiográfica TAPSE/PAPs. Se expresó la distribución de las variables continuas como media y desviación estándar. Se utilizó la prueba de Mann-Whitney o la prueba t para comparar variables continuas. Se realizó una regresión lineal utilizando los puntos finales como variables dependientes y todo valor de $p < 0,05$ se consideró como estadísticamente significativo.

Resultados: Resultados: Se incluyeron 96 pacientes, 30 p fueron excluidos por encontrarse en CF III-IV. De los 66 p restantes, se excluyeron 33 p que presentaban tratamiento con diuréticos. De los 33 p incluidos el 15 % se encontraba sin tratamiento específico para HP, un 21% con monoterapia, un 55% con doble terapia y un 9% con triple terapia. Se encontró una correlación entre el valor de TAPSE con el nivel de NT-proBNP ($r=0,4$ $p=0,02$) y con la RVP ($r=0,52$ y $p=0,02$) y de la PAPs con el nivel de NT-proBNP ($r=0,49$ $p<0,02$) y con la RVP ($r=0,58$ $p<0,05$) (fig.3). Por otro lado, se encontró que el AVP medido por TAPSE/PAPs se correlacionaba mejor con el NT-proBNP ($r=0,62$ $p=0,0001$) (Fig 4), es decir a menor TAPSE/PAPs mayor NT-proBNP. Usando un valor de corte de TAPSE/PAPs $> 0,36$ mm/mmHg se encontraban aquellos pacientes con menor nivel de NT-proBNP y de estos aquellos con un TAPSE/PAPs $> 0,26$ tenían valores de NT-proBNP < 274 pg/ml (fig.5). Por otra parte, utilizando los valores de corte previos, la variable discrimina bien a los pacientes con mayor nivel de RVP (fig. 6). No se encontró relación con otras variables pronósticas, pero puede deberse al bajo riesgo de la población (Ver Tabla).

Conclusión: Los p con HP en bajo riesgo son un desafío en cuanto a su evaluación pronóstica. La medición del AVP por ecocardiografía utilizando un método técnicamente sencillo demostró tener una correlación robusta con variables de conocido valor pronóstico.

0307 - ¿LA TROPONINA DE ALTA SENSIBILIDAD AGREGA VALOR PRONÓSTICO A LOS PUNTAJES DE RIESGO VALIDADOS PARA PREDECIR MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

BURGOS, Lucrecia María | VILLALBA, Lorena | MIRANDA, Rita Maria Paula | GIL RAMIREZ, Andreina | TALAVERA, Lujan | ACOSTA, Adriana | BOTTO, Fernando | DIEZ, Mirta

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

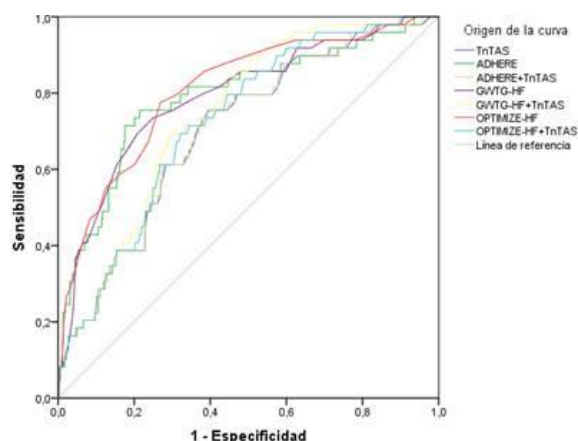
Introducción: La elevación de la troponina se correlaciona con un aumento de la mortalidad a corto y largo plazo en la insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Sin embargo, en el desarrollo de múltiples modelos predictivos de mortalidad validados, no la ha sido evaluada.

Objetivos: Determinar si incorporar la troponina T de alta sensibilidad (TnTAS) a los puntajes de riesgo ya validados mejora la predicción de mortalidad hospitalaria en pacientes con ICA.

CALCULO MODELOS DE RIESGO VALIDADOS											
ADHERE											
log odds de mortalidad = 0.0212×BUN + 0.0192 × PAS + 0.0131 × FC + 0.0288 × edad − 4.72											
GWTG-HF						OPTIMIZE-HF					
Edad	Puntos	Edad	Puntos	Edad	Puntos	Edad	Puntos	FC	Puntos	PAS	Puntos
50-59	26	≥130	4	≥130	0	20	0	40	0	50	20
60-69	26	120-129	3	120-129	3	20	0	50	0	60	20
70-79	24	110-119	2	110-119	2	20	0	60	0	70	18
80-89	22	100-109	1	100-109	1	20	0	70	0	80	16
90-99	20	90-99	0	90-99	0	20	0	80	0	90	14
100-109	18	80-89	0	80-89	0	20	0	90	0	100	12
110-119	16	70-79	0	70-79	0	20	0	100	0	110	10
120-129	14	60-69	0	60-69	0	20	0	110	0	120	8
130-139	12	50-59	0	50-59	0	20	0	120	0	130	6
140-149	10	40-49	0	40-49	0	20	0	130	0	140	4
150-159	8	30-39	0	30-39	0	20	0	140	0	150	2
160-169	6	20-29	0	20-29	0	20	0	150	0	160	0
170-179	4	10-19	0	10-19	0	20	0	160	0	170	0
180-189	2	0-9	0	0-9	0	20	0	170	0	180	0
≥190	0	≤10	0	≤10	0	20	0	180	0	190	0
FC	Puntos	Edad	Puntos	Edad	Puntos	FC	Puntos	FC	Puntos	FC	Puntos
≤129	0	100-109	1	100-109	1	≤129	0	≤129	0	≤129	0
130-139	1	90-99	0	90-99	0	130-139	1	130-139	1	130-139	1
140-149	2	80-89	0	80-89	0	140-149	2	140-149	2	140-149	2
150-159	3	70-79	0	70-79	0	150-159	3	150-159	3	150-159	3
160-169	4	60-69	0	60-69	0	160-169	4	160-169	4	160-169	4
170-179	5	50-59	0	50-59	0	170-179	5	170-179	5	170-179	5
180-189	6	40-49	0	40-49	0	180-189	6	180-189	6	180-189	6
190-199	7	30-39	0	30-39	0	190-199	7	190-199	7	190-199	7
≥200	8	20-29	0	20-29	0	≥200	8	≥200	8	≥200	8
Edad	Puntos	Edad	Puntos	Edad	Puntos	Edad	Puntos	Edad	Puntos	Edad	Puntos
≤129	0	100-109	1	100-109	1	≤129	0	≤129	0	≤129	0
130-139	1	90-99	0	90-99	0	130-139	1	130-139	1	130-139	1
140-149	2	80-89	0	80-89	0	140-149	2	140-149	2	140-149	2
150-159	3	70-79	0	70-79	0	150-159	3	150-159	3	150-159	3
160-169	4	60-69	0	60-69	0	160-169	4	160-169	4	160-169	4
170-179	5	50-59	0	50-59	0	170-179	5	170-179	5	170-179	5
180-189	6	40-49	0	40-49	0	180-189	6	180-189	6	180-189	6
190-199	7	30-39	0	30-39	0	190-199	7	190-199	7	190-199	7
≥200	8	20-29	0	20-29	0	≥200	8	≥200	8	≥200	8

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva y consecutiva de un hospital. Se incluyeron pacientes adultos internados entre 2015 y 2019; con diagnóstico primario de ICA, realizado por dos especialistas en insuficiencia cardíaca. Se excluyeron los casos de ICA secundaria a un infarto agudo de miocardio. La TnTAS (Roche Diagnostic) se midió al ingreso, siendo 14 ng/l el percentilo 99 para la población sana de referencia. Se calcularon tres puntajes de riesgo validados, en los que no se incluyó la TnTAS en el análisis de derivación: OPTIMIZE-HF [edad, frecuencia cardíaca (FC), creatinina, presión arterial sistólica (PAS), sodio, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) $<40\%$, otra causa de ingreso], GWTG-HF [edad, PAS, FC, enfermedad obstructiva crónica (EPOC), nitrógeno uréico en sangre (BUN), sodio y raza no negra] y ADHERE (edad, PAS, FC y BUN). El punto

final primario fue mortalidad hospitalaria por todas las causas. Se realizó un subanálisis según la FEVI (<40% vs ≥40%). La discriminación de la TnTAS aislada y de los puntajes de riesgo con y sin el agregado TnTAS se evaluó mediante el área bajo la curva ROC (AUC). Se compararon las AUC con el método no paramétrico de DeLong y cols., y se utilizó el índice de reclasificación neta entre aquellos con mejoría significativa de la discriminación. La calibración de los modelos se evaluó mediante el test de Hosmer-Lemeshow.



Resultados: De 712 pacientes consecutivos con ICA, 562 pacientes (79%) tuvieron medición de TnTAS al ingreso, y el 91% fue elevada. La mortalidad hospitalaria por todas las causas fue del 8,7% (n=49). El análisis ROC mostró un AUC de 0,70 (IC 95% 0,63-0,77) para TnTAS aislada, y de 0,80 (0,74-0,87), 0,79 (0,72-0,86) y 0,79 (0,71-0,86) para el puntaje OPTIMIZE-HF, GWTG-HF y ADHERE, respectivamente. El AUC del modelo OPTIMIZE-HF fue significativamente mayor que la TnTAS aislada ($p<0,05$). La adición de TnTAS a los modelos no aumentó el AUC: 0,72 (0,66-0,79) en la puntuación OPTIMIZE-HF + TnTAS (diferencia entre AUC -0,08 $p=0,04$), 0,74 (0,68-0,80) en GWTG-HF (diferencia entre AUC -0,04, $p=0,2$) y 0,7 (0,63-0,77) en ADHERE (diferencia entre AUC -0,08 $p=0,09$). Los modelos presentaron buena calibración ($p>0,05$). En el subanálisis, no se encontraron diferencias en los puntajes de riesgo con la adición de TnTAS en la población con FEVI <40% y ≥40%.

Conclusión: La TnTAS elevada al ingreso fue muy frecuente y su incorporación a los puntajes de riesgo validados no determinó un beneficio pronóstico incremental en pacientes hospitalizados por ICA, independientemente de la FEVI. El modelo OPTIMIZE-HF presentó una mayor capacidad de discriminación. La TnTAS aislada tuvo una modesta capacidad para predecir mortalidad hospitalaria. Se necesitan estudios prospectivos adicionales para validar estos hallazgos.

0309 - MIMETIZACIÓN DEL PRECONDICIONAMIENTO TEMPRANO Y TARDÍO DEL MIOCARDIO POR ACTIVACIÓN PARASIMPÁTICA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Investigación Básica

FRANCO RIVEROS, Verena (1) | KELLY, Jazmín(1) | MÉNDEZ DIODATI, Nahuel(1) | MARCHINI, Timoteo(2) | BERNATENE, Eduardo(1) | EVELSON, Pablo Andres(2) | BUCHHOLZ, Bruno(1) | GELPI, Ricardo Jorge(1)

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

Introducción: Un determinante fundamental en la evolución de la cardiopatía isquémica es el tamaño del infarto. Previamente demostramos que la EV preisquémica (EV) mimetiza el preconditionamiento isquémico clásico reduciendo el tamaño del infarto. Sin embargo, muchos de sus mecanismos y su comportamiento posterior son aún desconocidos.

Objetivos: El objetivo fue estudiar el comportamiento temporal y los mecanismos de protección sobre el tamaño del infarto de miocardio de la mimetización del preconditionamiento a través de la EV.

Materiales y Métodos: Ratones machos sometidos a 30 min de isquemia miocárdica regional y 2h de reperusión (I-R) fueron asignados aleatoriamente (n = 5-7 por grupo). El grupo control (I-R) no recibió EV. Al resto se les aplicó 10 min de EV antes de la isquemia, seguidos por diferentes tiempos sin estímulo hasta el inicio de la isquemia, 5 min,

3, 6, 12, 24, 48, 72 o 96 horas. Para estudiar los mecanismos de protección involucrados, se repitieron los grupos con 3 y 72 horas de recuperación posterior a la EV, y se les administró el antagonista de los receptores muscarínicos atropina, el bloqueador de canales mitocondriales de K⁺ + ATP 5-HD, o el inhibidor de la óxido nítrico sintasa L-NAME. Se evaluó la función ventricular por cateterismo y el área de riesgo con azul de Evans y el tamaño del infarto con TTC. Se tomaron muestras del septum (S) y el área de riesgo (AR) para evaluar la respiración activa mitocondrial (RAM), la respiración pasiva (RPM) y la relación de control respiratorio (RCR).

Resultados: La EV redujo significativamente el TI en el grupo EV-5min en comparación con el grupo I-R ($44 \pm 3\%$ y $57 \pm 2\%$, respectivamente; $p < 0.05$). Esta protección fue más intensa aun en los grupos EV-3h y EV-6h ($34 \pm 3\%$ y $34 \pm 3\%$, respectivamente; $p < 0.05$ vs I-R y EV-5min). La cardio-protección se perdió a las 12, 24 y 48h post-EV ($56 \pm 4\%$, $53 \pm 2\%$, $56 \pm 2\%$, respectivamente; $p = \text{NS}$ vs I-R), pero reapareció a las 72h post-EV ($42 \pm 4\%$; $p < 0.05$ vs I-R) y se perdió nuevamente a las 96 h post-EV ($56 \pm 3\%$; $p = \text{NS}$ vs I-R). La protección sobre el TI se abolió con la administración de atropina en los grupos 5min, 3 y 72h ($56 \pm 2\%$, $56 \pm 3\%$ y $56 \pm 3\%$; $p = \text{NS}$ vs I-R), de 5-HD en los grupos 5min y 72 h ($55 \pm 2\%$ y $62 \pm 5\%$, $p = \text{NS}$ vs I-R) y con L-NAME en los grupos 5min y 72h ($56 \pm 3\%$ y $57 \pm 2\%$, $p = \text{NS}$ vs I-R). No hubo diferencias significativas de RPM entre S y AR en ninguno de los grupos. Sin embargo, se redujo la RAM en el AR del grupo I-R en comparación con el S (83 ± 8 vs 131 ± 13 $p < 0.05$) y lo mismo ocurrió con la RCR ($3 \pm 0,2$ vs $5 \pm 0,2$ $p < 0.01$). Esta diferencia se invirtió en el grupo EV-5min tanto para la RAM (128 ± 12 vs 126 ± 11 $p = \text{NS}$) como en la RCR ($4 \pm 0,3$ vs $4 \pm 0,2$ $p = \text{NS}$). Sin embargo, en el grupo de 72h, la diferencia persistió tanto en la RAM (150 ± 5 vs $109 \pm 5,7$ $p < 0.01$) como en la RCR ($4 \pm 0,1$ vs $3 \pm 0,1$ $p < 0.01$).

Conclusión: De manera similar al preconditionamiento clásico, la EV induce dos ventanas de protección. La primera ventana, o preconditionamiento temprano, se extiende hasta las 6h luego de finalizar la activación vagal; y la segunda ventana, o preconditionamiento tardío, aparece a las 72h y desaparece a las 96h. En la protección parecen participar la activación muscarínica de la vía del óxido nítrico y los canales de potasio de la membrana mitocondrial interna. Además, se observó una mejoría en el consumo mitocondrial de oxígeno en la primera ventana, pero no en la segunda.

0310 - ANÁLISIS DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES GERONTES, UTILIZANDO EL HOLTER COMO ESTUDIO DE RUTINA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

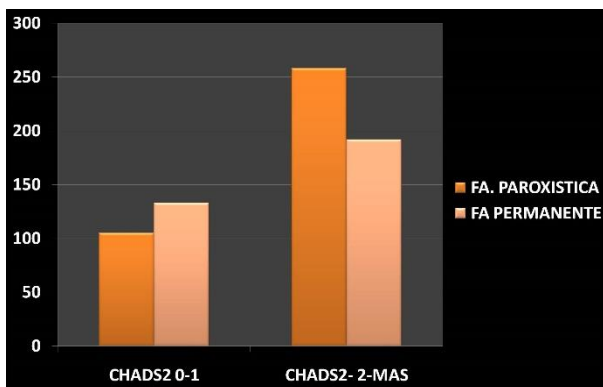
FUENTES, Richard | CAINZO, Christian Jose | CASTILLO, Marcos | BAZOALTO ORTUBE, Fernando | GIMENEZ, Carlos Hector | SEGOVIA CARDOZO, Patricia Pamela | COPA QUISPE, Jose Luis | NICOLOSI, Liliana

Hospital Español

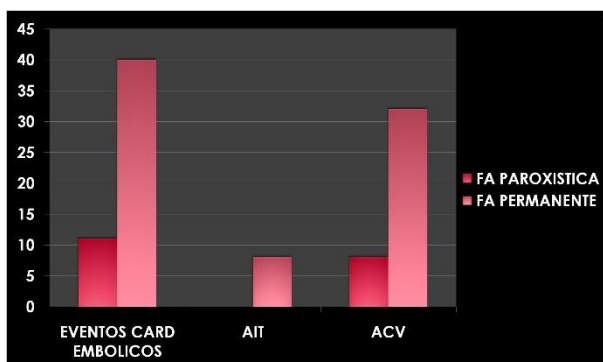
Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en los ancianos, la prevalencia de la FA estimada es del 9%, y el 70% de los afectados comprende a mayores de 75 años. La importancia clínica de la FA se encuentra que el riesgo asociado a esta arritmia incrementa la mortalidad, debido a que produce un efecto deletéreo por el deterioro hemodinámico progresivo, predisponiendo a la formación de trombos auriculares con riesgo de embolización sistémica.

Objetivos: El objetivo de este estudio es hacer un análisis global de la fibrilación auricular en gerontes utilizando el holter como rutina cardiologica en un hospital de 3er nivel.

Materiales y Métodos: Se revisaron estudios de holter e historias clínicas desde 2012-2019 en búsqueda de fibrilación auricular, se dividieron en dos grupos, FA fibrilación auricular paroxística (FAP) y fibrilación auricular permanente (FP). Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS, se utilizaron las pruebas de Chi cuadrado, Test de Fisher, intervalos de confianza del 95%, con un error alfa < 0.05 .



Resultados: Se revisaron 4781 pac, 2616(58%)corresponden a mujeres y 2165 (42%) hombres . Pac con Fa Paroxística 363 (7.6%) y FA permanente 325 (6,8%), edad 74-85 años FA paroxística fue 76.2 años, FA permanente 84.5 años . Los pacientes con Fap. presentaban 2 o mas frc, y el 45,6% FA permanente Pacientes que tenían un riesgo CHADS2 entre 0-1 punto presentaron FA paroxística 105 (2.2%), FA permanente 133 (2,8%), CHADS 2 o más puntos FA paroxística 258 (5,3%) FA permanente 192 (4%) . Eventos cardio embolicos 11 (3,2%) FA paroxística y 40 (11%) FA permanente. .



Conclusión: La fibrilación auricular paroxística en el paciente geronte fue la de mayor incidencia en el estudio, el monitoreo holter de 24 hrs fue la herramienta diagnóstica de importancia , la tasa de eventos cardioembólicos está estrechamente relacionada a la Fa permanente, a pesar de que los pacientes tenían un mayor puntaje del CHADS2 en la FAP.

0311 - CORAZÓN UNIVENTRICULAR: DESCRIPCIÓN DE CASOS CLÍNICOS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica - Imágenes

Unidad Temática 2: Cardiología Pediátrica

BURDET, Maria Sofia (1) | DE DIOS, Ana María Susana(1) | BIANCOLINI, María Fernanda(1) | BIANCOLINI, Julio(1) | TRENTACOSTE, Luis(2) | LUCINI, Victorio(1) | DAMSKY BARBOSA, Jesús María(1)

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde (1); Sanatorio Trinidad Mitre (2)

Introducción: El "corazón univentricular" es una malformación cardíaca compleja que se caracteriza por presentar sólo una cámara ventricular funcionalmente útil para suplir ambos circuitos. La incidencia es de 54 casos por millón de nacidos vivos . Los avances en las nuevas técnicas eco cardiográficas han permitido la evaluación temprana de la función ventricular para el diagnóstico y seguimiento de estas cardiopatías. El uso de técnicas derivadas del doppler tisular color (TDI) y Strain Global derivado del speckle tracking bidimensional (2DSTD) muestran una gran ventaja en el seguimiento y toma de decisiones. La cirugía de Fontan-kreutzer aumenta la expectativa de vida en estos pacientes.

Objetivos: Revisión retrospectivo de las HC de pacientes con corazones con fisiología univentricular registrados en el Servicio de Cardiología del Hospital P. de Elizalde y el Sanatorio Trinidad Mitre, entre el año 2007 al 2017

Materiales y Métodos: La muestra fue dividida en pacientes con ventrículos únicos morfológicamente derechos, izquierdos, indeterminados, dobles entradas ventriculares, ventrículos disbalanceados y atresia de una válvula auriculo-ventricular: derecha o izquierda, según la clasificación de Anderson (1976). Así mismo se agruparon en sus variantes morfológicas. Se cuantifico la función ventricular en cada estadio quirúrgico mediante ecocardiografía modo M, 2D, con técnicas tradicionales (DDVI, fracción de acortamiento, fracción de eyección) y con nuevas técnicas (TDI color, Strain Global (2dSTD) y regional).

Resultados: De un total de 47 pacientes (p), 33p correspondieron a ventrículos izquierdos de los cuales 16p (34%) presentaron atresia tricuspídea, 8p (17%) ventrículo único izquierdo y 9p (19%) atresia pulmonar con septum interventricular íntegro. 14p con ventrículo único derecho de los cuales 6p (12%) presentaron canal auriculoventricular disbalanceado derecho y 8p (17%) ventrículo único derecho. La edad media de los pacientes al diagnóstico fue de $1,34 \pm 0,51$ días. El primer estadio quirúrgico paliativo se realizó a una media de $2,7 \pm 4,9$ meses: anastomosis sistémico pulmonar o cerclaje de la arteria pulmonar según el caso. En este estadio 5p aun esperan cirugía de Glenn, 3p fallecieron y el resto se perdió del seguimiento. A 32 pacientes (68%) se les realizó anastomosis de Glenn a una media de $2,9 \pm 1,6$ años. La evaluación de la función ventricular mostro Strain global de $x = -12,9 \pm 3,3\%$. Del total de la muestra (47p), a 28 pacientes (59%) se les realizo By pass total ventricular a una edad media de $4,9 \pm 2,3$ años. En el 80% de los casos se les dejó una fenestración. Respecto a los valores de función ventricular pre y post Fontan, el strain global previo de $x = -12,9 \pm 3,2\%$ y post fontan inmediato de $x = 12,44 \pm 2,7\%$ no mostro cambios significativos, pero hay una tendencia a la mejoría de la función ventricular en los pacientes con fontan en el transcurso del tiempo: a los 5 años con un strain global medio de $-14 \pm 4,9\%$ y a los 10 años con un valor medio de $-16 \pm 2,56\%$ con valor estadísticamente significativo. En este estadio, 1 paciente falleció y 5p se perdieron de seguimiento. Se realizaron hasta el momento cuatro cierres de la fenestración efectiva debido a insaturación y uno en plan de cierre de la misma.

Conclusión: Sobre 47p con fisiología univentricular, 33p correspondieron a ventrículos izquierdos y 14p con ventrículo único derecho. La media de Strain global 2DSTD en el Glenn fue de $x = -12,9 \pm 3,2$ y post fontan alejado a 10 años en el seguimiento fue de $x = -16 \pm 2,56\%$, mostrando una tendencia a la mejoría de la función ventricular en el tiempo con valores estadísticamente significativos.

0313 - ¿ES DIFERENTE EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON DIABETES TRATADOS EN CONSULTORIOS DE CARDIOLOGÍA DE CABA Y PROVINCIA DE BUENOS AIRES CON RESPECTO AL RESTO DE LAS PROVINCIAS?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

Unidad Temática 2: Imágenes.20

GRASSANI, Ana Maria (1) | **BERENSTEIN, Cesar Damian**(2) | **LUCONI, Daniela**(3) | **GALDEANO, Ricardo** Sebastián(4) | **COURTADE IRIARTE, Pablo**(5) | **FORTE, Ezequiel Hernán**(6)

Hospital Regional de Ushuaia (1); **Instituto Medico de la Comunidad de El Bolsón** (2); **Hospital del Carmen, Mendoza** (3); **Sanatorio Racedo (Monteros - Tucumán)** (4); **Consejo de Cardiología Clínica SAC** (5); **CENDIC - Centro Diagnóstico Cardiovascular Concordia** (6)

Parámetro	BA	RP	p
Vacuna antigripal	157 (59,7%)	263 (62,0%)	0,54
Vacuna antineumo	122 (46,4%)	209 (49,4%)	0,44
Estatinas	190 (71,4%)	299 (69,9%)	0,67
Antiagregantes	147 (55,3%)	244 (57,0%)	0,65
IECA/ARAI	233 (87,6%)	352 (82,2%)	0,06
Metformina	225 (84,6%)	371 (86,7%)	0,44
iSGLT2	32 (12,0%)	36 (8,4%)	0,12
aGLP1	9 (3,38%)	12 (2,8%)	0,67
iDDP4	70 (27,2%)	93 (22,3%)	0,15
Insulina	54 (20,3%)	100 (23,4%)	0,34
Hb glic < 7%	142 (53,4%)	246 (57,5%)	0,29
LDL <70	79 (29,7%)	119 (27,8%)	0,59
LDL <100	146 (54,9%)	260 (60,8%)	0,13
TA <140/90	173 (65,0%)	255 (59,6%)	0,15

Introducción: Nuestro país es muy extenso y quizá pueda comprender distintas modalidades de atención en diferentes lugares. Decidimos valorar si existen diferencias en el manejo de pacientes que padecen diabetes en consultorios de cardiología entre Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires (BA) vs. el resto del país (RP)

Objetivos: Analizar las diferencias entre BA y RP en el tratamiento, y el logro de objetivos terapéuticos de personas con diabetes tipo II en el consultorio de cardiología.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional de corte transversal en 16 provincias de la Argentina y CABA durante 3 meses, con pacientes consecutivos portadores de diabetes tipo II que consultan en forma habitual al cardiólogo. Se excluyeron pacientes internados, embarazadas, diabetes secundaria, diabéticos tipo I, trastornos cognitivos y rechazo del consentimiento informado. Se dividió la población en grupos BA y RP. Se describieron las características demográficas, clínicas, tratamientos y cumplimiento de objetivos. Se utilizó estadística descriptiva cuantitativa y cualitativa según la distribución de los datos. La estadística inferencial utilizó los métodos de Chi2 o Mann-Whitney según las características de las variables.

Resultados: Se incluyeron 694 pacientes, que fueron clasificados en 2 regiones BA y RP con un porcentaje de participación por región del 38,33% (266 pacientes) y 61,67% (428 pacientes) respectivamente. En sus características hubo diferencias en el sexo, más frecuente el sexo masculino en BA 63,9% vs 55,1% en RP ($p=0,02$) y microangiopatía en BA 45,9% vs 37,1% en RP ($p=0,02$). No hubo diferencias en edad, ausencia de cobertura social, tiempos de evolución de la diabetes, presencia de enfermedad cardiovascular, valores tensionales, BMI y factores de riesgo. Los datos de cumplimiento de metas y tratamiento instituido constan en tabla anexa.

Conclusión: No hubo diferencias significativas entre BA y el RP en cuanto al tratamiento indicado y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

0316 - RESPUESTA DE LA TERAPIA DE RESINCRONIZACION CARDIACA EN MIOCARDIOPATIA ISQUÉMICO-NECRÓTICA Y NO ISQUÉMICO NECRÓTICA A LARGO PLAZO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

PELTZER, Michael Emiliano | GALIZIO, Nestor O | CARNERO, Guillermo Alejandro | MYSUTA, Mauricio | TRONCONI, Alejo | BOZZA, Arturo Hipólito | RENEDO, M Florencia | GONZÁLEZ, José Luis

Hospital Universitario Fundacion Favaloro

Introducción: La terapia de resincronización cardíaca (TRC) demostró ser más eficiente en miocardiopatía dilatada no isquémico necrótica (M-NIN) que en miocardiopatía isquémico-necrótica (M-IN).

Objetivos: Comparar la respuesta a la TRC en pacientes (pts) con M-NIN y M-IN a largo plazo.

Materiales y Métodos: En un registro unicéntrico evaluamos prospectivamente desde junio de 2009 hasta junio de 2018 a 381 p con TRC, 144 p (38%) con M-IN y 237 p (62%) con M-NIN. Consideramos respondedor al pt que presentó mejoría de fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) $\geq 5\%$ (absoluto) y/o ≥ 1 de clase funcional (CF) de NYHA; superrespondedor a quien mejoró $\geq 10\%$ FEVI (absoluto) y normalizador de FEVI a aquel pt que presentó FEVI $\geq 50\%$. Se realizaron las correlaciones estadísticas mediante Test de Student y Chi Cuadrado considerando una $p < 0.05$ como significativa. Características basales: edad promedio 64 ± 11 años, sexo masculino 268 pts (70%), prevención primaria 335 pts (88%), FEVI promedio $24.9 \pm 9\%$, DDVI $68,4 \pm 10$ mm, DSVI $55,6 \pm 12$ mm, IM moderada-severa 186 pts (53%), ritmo sinusal 280 pts (73%), BCRI 246 pts (72%), duración de QRS promedio 165 ± 27 ms, CF II-III 241 pts (90%), tratamiento médico optimizado. Media de seguimiento 58 ± 23 meses.

RESPONDADORES	M-ISQUEMICO NECROTICA	M- NO ISQUEMICO NECROTICA	P
<12 meses	89/107 (83%)	138/171 (81%)	0,5
12-24 meses	71/88 (81%)	113/136 (83%)	0,6
24-36 meses	51/68 (75%)	90/112 (80%)	0,8
36-48 meses	40/52 (77%)	72/85 (85%)	0,1
SUPER-RESPONDADORES			
<12 meses	20/64 (31%)	72/122 (59%)	<0.001
12-24 meses	22/65 (34%)	70/107 (65%)	<0.001
24-36 meses	24/50 (48%)	47/78 (60%)	0,2
36-48 meses	14/42 (33%)	52/74 (70%)	<0.001
NORMALIZADORES FEVI			
<12 meses	5/64 (8%)	17/122 (14%)	0,2
12-24 meses	8/65 (12%)	23/107 (21%)	0,1
24-36 meses	4/50 (8%)	20/78 (26%)	0,01
36-48 meses	0/42 (0%)	23/74 (31%)	<0.001

Resultados: Ver resultados en tabla I

Conclusión: En nuestra población de estudio, ambos grupos presentaron una buena respuesta a la TRC. Los pts con M-NIN mostraron significativamente mejores tasas de super-respondedores y normalizadores de FEVI que los pts con M-IN.

0317 - TRASPLANTE CARDIACO PEDIATRICO EN EL HOSPITAL GARRAHAN: RESULTADOS POST INCORPORACIÓN A UN SERVICIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y DURANTE LA PANDEMIA DE COVID 19

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

LODOS, Sofía | DR. QUIROGA, Luis | SIVORI, Gustavo Gaston | BARRETTA, Jorge Orlando | DRA. HAAG, Dora | RUFFA, Pablo

Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan



Introducción: Tomando el periodo desde Junio de 2019, en el cual el servicio de trasplante cardiaco se incorpora funcionalmente al servicio de cirugía cardiovascular pediátrica, se evaluó su primer año de trabajo hasta Julio de 2020. Durante dicho periodo, se reestructuraron diferentes aspectos, entre ellos los participantes del grupo, incluyendo a la residencia medica; la indicación de trasplante sumando a pacientes con cardiopatías congénitas e incluidos los pacientes con ventrículo único; y se aceptaron donantes marginales.

Objetivos: El objetivo es demostrar el trabajo realizado y compararlo con el antecedente histórico de un promedio de 4 trasplantes por año.

Materiales y Métodos: Se encontraron 18 pacientes inscriptos en emergencia en lista de trasplante cardiaco. Se realizaron un total de 14 trasplantes cardiacos siendo 4 realizados durante la pandemia del Covid 19. La edad media de los pacientes trasplantados fue de 7,7 años (1 -17 años), media de peso 26 KG (8,5 – 50 kg), siendo 57 % (8) pacientes de sexo femenino y el 43% (6) de sexo masculino. Los diagnósticos fueron en su mayoría miocardiopatías 78% (11) de los cuales uno fue un re trasplante; 1 paciente con diagnostico de Hipoplasia de Ventrículo Izquierdo en estadio Glenn; 1 paciente con diagnostico de Atresia tricuspidea tipo III en estadio Glenn y 1 paciente con antecedente de TOF operada. Ningún paciente requirió dispositivos de asistencia circulatoria prolongada ni ECMO inmediatamente previo al trasplante. En todos se realizo trasplante ortotópico bicaval y en dos pacientes se realizo take down del Glenn con plástica de rama pulmonar.

Resultados: Los pacientes fueron extubados en un tiempo promedio 32 horas (7 - 96 horas) y permanecieron con inotrópicos durante un tiempo medio de 3,7 días (2 – 6 días). Los días de internación en la UCI fueron en promedio 10 (4 – 30 dias). 13 pacientes obtuvieron el egreso hospitalario con buena evolución y continúan los controles clínicos y cardiológicos ecocardiograficos sin lesiones residuales para un seguimiento medio fue de 7 meses. Solo 1 paciente requirió ECMO post trasplante durante 7 días siendo el único con cierre de tórax diferido y óbito durante la internación secundario a una neumonía bacteriana necrotizante. Aquellos pacientes trasplantados durante la pandemia contaron con los estudios de evaluación pre trasplante realizados de rutina y PCR para Covid 19. Todos los donantes contaron con resultados de PCR para Covid 19 también como requisito previo para realizar la ablación.

Conclusión: Los resultados en cuanto a morbi mortalidad se encuentran dentro de parámetros mas que aceptables. No hubo mas mortalidad en pacientes con cardiopatía compleja ni con antecedente de operación previa y la reestructuración del programa aumento significativamente el volumen de los pacientes trasplantados en comparación con el promedio histórico ($P < 0.0001$). No se requirió de apoyo mecánico previo en ningún paciente.

0319 - MONITOREO HEMODINAMICO CON ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO CONTINUO EN POSTOPERATORIO DE IMPLANTE DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular

LEVIN, Ricardo Luis (1) | **RIOS, M. Ignacio**(1) | **RUANO, Carlos**(2) | **RIVADENEIRA MANRIQUE, Xavier**(2) | **PORCILE, Rafael**(2) | **DEGRANGE, Marcela Adriana**(1) | **LEVIN DEGRANGE, Matias**(2)

Vanderbilt University (1); Hospital Universitario de la UAI (2)



Introducción: Los dispositivos de asistencia ventricular izquierda (DAVI) han demostrado su utilidad en el tratamiento de pacientes (p) portadores de insuficiencia cardíaca (IC) avanzada. Su manejo postoperatorio (PostOp) resulta complejo requiriendo frecuentemente de valoración hemodinámica resultando limitado el uso convencional del catéter de Swan Ganz. La utilización de monitoreo hemodinámico a través de una sonda monoplanar para ecocardiograma transesofágico continuo (ETEh) ha demostrado su utilidad en otros escenarios.

Objetivos: Valorar la utilidad del ETEh en PostOp del implante de DAVI considerando: 1) número de p en los que se utilizó; 2) indicaciones primarias de dicha utilización; 3) modificación del tratamiento en función de los hallazgos, y 4) seguridad de su empleo.

Materiales y Métodos: Población: fueron incluidos pacientes bajo implante de DAVI Heart-Mate II y Heart-Ware entre 2011 y 2015. Todos los p tenía colocado desde el quirófano un catéter de Swan Ganz. El implante del ETEh fue definido por los médicos a cargo del manejo PostOp. Se consideró como indicación primaria a aquella que llevó al uso del dispositivo. Se valoró la utilidad del mismo cuando su información implicó una modificación de la conducta terapéutica del p. Se consideraron como complicaciones mayores a situaciones que obligaron al retiro del dispositivo (o alguna intervención como consecuencia de su uso), y como menores a aquellas situaciones que no requirieron ni del retiro ni de un procedimiento ulterior.

Resultados: Sobre 222 p implantados con un DAVI entre 2011 y 2015, un total de 114 (52.3%) p fueron manejados con el uso de 127 sondas de ETEh. Los mismos resultaron 92 (80.7%) hombres con un promedio de edad de 56.3 años (rango 24-73). Las indicaciones de utilización resultaron: inestabilidad hemodinámica, con hipotensión arterial 45(39.5%) p; cierre diferido del tórax, para valorar su momento oportuno 24 (21.1%)p; incremento de presiones de llenado 13 (11.4%) p, un aumento sostenido del ácido láctico 21 (18.4%) p y un índice cardíaco bajo en 11 (9.6%)p. Los hallazgos principales fueron: hipovolemia (en p que exhibían presiones de llenado elevadas por Swan) en 69

(60.1%) p; taponamiento en 4 (3.5%) p, hematoma compresivo (pero sin taponamiento) en 4 (3.5%) p y falla derecha en 37 (32.5%) casos. Los hallazgos aportados por el ETEh implicaron modificaciones terapéuticas en 101 (88.6%) p, ya que la observación de hipovolemia implicó el aporte de volumen y la discontinuación de inotrópicos, los hallazgos de taponamiento llevaron a la re-exploración quirúrgica, la observación de hematomas sin taponamiento permitió un manejo conservador de los mismos, y en aquellos p con cierre diferido del tórax definió el momento oportuno del mismo (tras la resolución de la falla derecha). En la imagen pueden apreciarse el menor diámetro de la sonda utilizada respecto de la de ecocardiograma transesofágico convencional, y a un paciente monitoreado con cierre diferido del tórax.

Conclusión: 1) El monitoreo basado en ETEh fue utilizado en mas de la mitad de los p implantados con un DAVI.

0320 - TASA DE ANTICOAGULACIÓN DE PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR AL EGRESO DE UNA HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD CORONARIA

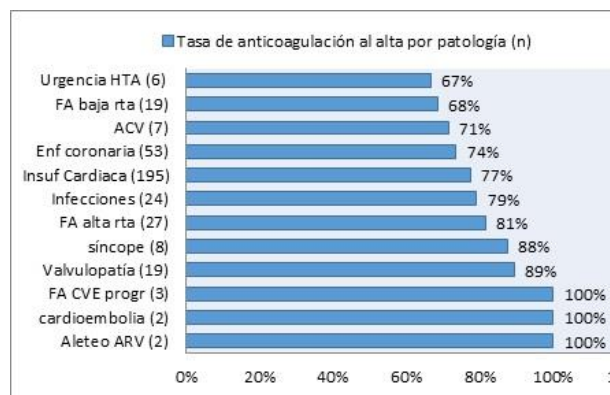
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

Unidad Temática 2: Trombosis y Hemostasia

SEGOVIA, Erna Florencia | **GOLDARACENA, Francisco** | VILLARREAL, Ricardo Alfredo | ZAIDEL, Ezequiel José | AGUILAR URIARTE, María Belén | CARBONI BISSO, Nicolas | MELE, Eduardo Fernando | SOSA LIPRANDI, Alvaro

Sanatorio Güemes



Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente en la población general. Los anticoagulantes orales antagonistas de la vitamina K (AVK) reducen el riesgo de accidentes cerebrovasculares (ACV). Los anticoagulantes orales de acción directa (NOACS) presentan una mayor eficacia, y su uso se encuentra en aumento. Sin embargo, el abordaje de pacientes hospitalizados en unidad coronaria por diferentes motivos no ha sido ampliamente explorado

Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar la tasa de anticoagulación por FA al alta de acuerdo al motivo de hospitalización de pacientes de una unidad coronaria de la ciudad de Buenos Aires

Materiales y Métodos: Se confeccionó una base de datos y se recopiló información en forma prospectiva acerca de variables epidemiológicas, clínicas, exámenes complementarios, y tratamientos, de sujetos mayores a 18 años hospitalizados por cualquier causa en unidad coronaria, y con diagnóstico confirmado de FA durante el periodo de enero 2015 a enero de 2020. Se determinaron predictores de la prescripción de AVK, NOACs, o del no uso de anticoagulantes en modelos de regresión logística con el programa Epi Info 7.1. Se consideró significativo un valor de p menor a 0.05.

Resultados: Se incluyeron 629 pacientes con diagnóstico de FA internados por diferentes causas. La edad promedio fue 75 (+/-12) años, y 45% era de sexo femenino. Las principales causas de internación fueron la insuficiencia cardíaca (37,04%), seguida por enfermedad coronaria (10,97%). La mayoría de los casos de FA fueron catalogados como "permanente" (n=302). Durante la hospitalización fallecieron 16,69% de los pacientes y presentaron ACV el 1,59%. Se hallaron diferencias en las características generales de los pacientes de acuerdo al motivo de

hospitalización. Luego de excluir óbitos, CHA2DS2VaSC menor a 2 (n=25), y contraindicaciones absolutas (n=10), permanecieron 490 sujetos. En ellos, la tasa de anticoagulación fue del 76%, siendo el principal motivo de no anticoagulación la decisión médica. En la figura 1 se describe la tasa de anticoagulación de acuerdo al motivo de internación. Se hallaron diferencias en la elección del tipo de anticoagulante al egreso (p=0.0027) entre los motivos de hospitalización, como FA de alta respuesta (68% NOACs) a enfermedad coronaria (40% NOACs).

Conclusión: El motivo de hospitalización de esta serie de pacientes contemporáneos con fibrilación auricular en un centro de la ciudad de Buenos Aires fue determinante en la tasa de anticoagulación al egreso, así como en el tipo de anticoagulante utilizado.

0322 - ESTRATEGIAS DE REPERFUSIÓN DEL INFARTO Y EVENTOS EN EL SEGUIMIENTO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

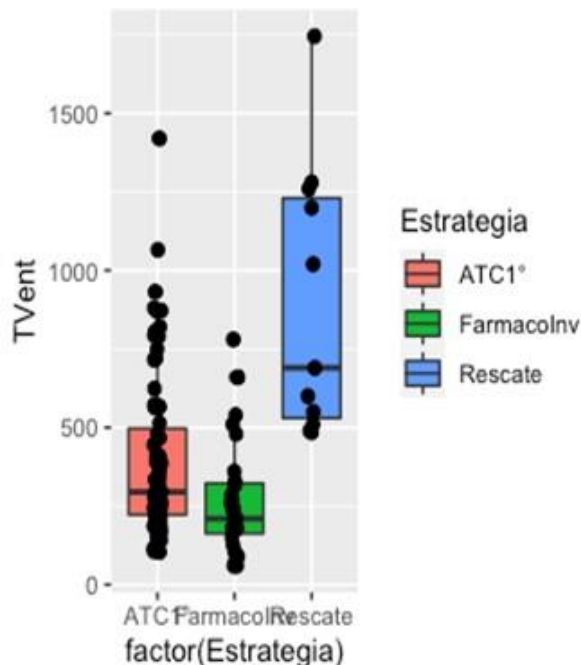
Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

CORZO, Sofia María | PEREA, Joaquin | ZAIDEL, Ezequiel José | ARCOS ALCIVAR, José Fabián | VILLARREAL, Ricardo Alfredo | PERALTA, Sebastián Pablo | BETTINOTTI, Marcelo O. | SOSA LIPRANDI, Alvaro

Sanatorio Güemes

variables	Atc primaria (n=87)	Farmacoinvasiva (n=28)	Atc de rescate(n=12)	p
Edad (media y ds)	58 (11)	60(9.6)	62(13.2)	0.78
Sexo masculino (%)	80	85	92	0.63
Hipertension(%)	55.6	57.1	75	0.42
Diabetes (%)	19.3	21.4	25	0.83
Tabaquismo (%)	37.5	35.7	50	0.67
Infarto previo(%)	4.54	0	8.3	0.39
Iam anterior(%)	40	42	50	0.00001
KKA (%)	82	82	100	0.00001
FEV(media y sd)	52(11)	49(11)	48(9)	0.25
DAPT alta (%)	90	92	92	0.94
Tiempo ventana (Mediana IIC)	295(222-497)	210(62-322)	690(530-1230)	0.0001
Reintern evento coronario 12 m (%)	13.7	14.2	0	0.04
Reintern causa CV 12 m (%)	22	25	25	0.47
Mortalidad 12 meses (%)	3.4	7	0	0.75
Criterio de valoración combinado (%)	17.2	32	25	0.23

Introducción: En pacientes con SCACEST, tanto la angioplastia primaria (ATC1), la angioplastia de rescate (ATCR) como la estrategia farmacoinvasiva (EFI) son aceptadas como terapéuticas efectivas de revascularización. Sin embargo, el tiempo total de isquemia (ventana, V) y el uso de líticos podrían tener alguna influencia en los eventos a largo plazo y existe poca información al respecto



Objetivos: Comparar eventos a 12 meses según las estrategias de revascularización en el SCACEST.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de la base de datos de un registro prospectivo en un centro de derivación de alto volumen de pacientes de la Ciudad de Buenos Aires. Se analizaron las características generales y se realizó un análisis descriptivo y comparativo entre los pacientes supervivientes al alta y que hayan recibido alguna de las tres estrategias de revascularización (ATC1, ATCR, o EFI). Se utilizó el programa R y se consideró significativo un valor de p menor a 0,05.

Resultados: Sobre 342 pacientes en la base de datos, entre enero 2015 y mayo 2020, se excluyeron los infartos evolucionados (n=58), los que fallecieron en la hospitalización (n=25), y los que no pudieron ser contactados para el seguimiento a 12 meses (n=132), permaneciendo 127 sujetos, los que constituyen la población de estudio. De ellos, un 68 % recibió ATC1, 9.4 % ATCR, y 22% EFI. Se hallaron diferencias en las características basales de estos pacientes (tabla 1 y figura 1). En el seguimiento a 12 meses, la tasa de reinternación por evento coronario fue de 13.7%, 0% y 14.2%, respectivamente (p=0.04), la tasa de reinternación por evento cardiovascular fue de 22%, 25% y 25% respectivamente (p=0.47), la tasa de mortalidad fue de 3.4%, 0% y 7% respectivamente (p= 0.75) y del evento combinado de rehospitalización, sangrado, muerte, o revascularización electiva, fue de 16%, 8%, 21% respectivamente (p= 0.58).

Conclusión: En esta cohorte contemporánea de un centro de derivación de la ciudad de Buenos Aires, hallamos que existen diferencias en la evolución de los pacientes a largo plazo de acuerdo al tipo de perfusión del SCACEST. El tiempo total de isquemia fue diferente entre las tres estrategias, y determinante de los eventos en el seguimiento a largo plazo

0323 - DESENLACES CLÍNICOS EN SUJETOS CON TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO EN ARGENTINA EN FUNCIÓN DE LA REPERFUSIÓN

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

Unidad Temática 2: Hipertensión Pulmonar y Tepapéutica

BOBADILLA, Julio Leandro | DENNER, German | OLIVA, Matias Ariel | PÉREZ BEC, Marina Raquel | LERECH, Ezequiel Darío | SIGAL, Alan Rodrigo | SCATULARO, Cristhian Emmanuel | ZAIDEL, Ezequiel José

CONAREC

	Reperfundidos (28)	No reperf (150)	P
Sexo masculino	14 (50%)	62 (41.3%)	0.2
Edad (media, DE)	57 (17)	68 (14)	0.001
Neoplasia	4 (14.2%)	42 (28%)	0.1
TEP motivo ingreso	27 (96%)	116 (76%)	0.01
PA sist , media (DE)	124 (19)	121 (19)	NS
FC, media (DE)	107 (18)	97 (22)	NS
FR, media (DE)	25 (5)	22 (5)	0.003
Saturación (DE)	88% (5)	91% (6)	0.006
proBNP, median RIC	2372 (4890-12138)	2921 (648-17045)	NS
Troponina HS	30 (27-43)	39 (7.5-65)	NS
TEP ambas ramas AP	22 (78%)	59 (43.7%)	0.001
PESI (media, DE)	89 (39)	85 (48)	NS
RIETE (mediana, RIC)	1 (1-2)	2 (1-3.5)	0.003
Sangrado mayor	1 (3.6%)	6 (4%)	NS
Mortalidad 30 días	1 (3.6%)	21 (14%)	0.1

Introducción: El tromboembolismo de pulmón (TEP) representa una urgencia cardiovascular con una mortalidad variable, por lo que su pronóstico depende en gran medida de su correcta estratificación. La reperfusión (R) de sujetos con riesgo intermedio continúa siendo controversial, con creciente evidencia acerca de su beneficio.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue explorar las características clínicas, R, y desenlaces clínicos de los sujetos con TEP de riesgo intermedio-alto en Argentina.

Materiales y Métodos: Se utilizó una base de datos de 75 hospitales con residencia de cardiología de Argentina. Se seleccionaron los sujetos con riesgo intermedio-alto (clasificación de la sociedad europea de cardiología), y en ellos se efectuó un análisis comparativo entre los que recibieron R o no. Se realizó análisis estadístico descriptivo y comparativo convencional. Se exploraron predictores de indicación de R en un modelo de regresión logística uni y multivariado. Se utilizó el programa EpiInfo V7.2 y se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Sobre 684 casos de TEP consecutivos, 178 (26%) correspondieron al riesgo intermedio-alto y constituyen la población de estudio. Un 16% ($n=28$) de esta cohorte recibió tratamiento de R, ya sea trombólisis sistémica (89%) o tratamientos locales. Se observaron diferencias entre los sujetos que recibieron o no R (tabla 1). En un modelo de regresión logística multivariable, la edad menor a 70 años (OR 3.06; IC 95% 1.03-9.03; $p=0.042$), la disnea persistente (OR 3.1; IC 95% 1.19-8.06; $p=0.019$), y la localización de trombos en ambas ramas pulmonares (OR 4.5; IC 95% 1.5-13.3, $p=0.0063$) fueron predictores independientes de reperfusión. No se observaron diferencias significativas en cuanto al sangrado total (7.14% vs 8%, $p=0.8$) y el sangrado mayor (3.6% vs 4%, $p=0.9$). Sin embargo, la mortalidad total fue de 3.6% en los que recibieron R en comparación con 14% en los sujetos no reperfundidos (OR= 0.22; IC 95%: 0.02 – 1.76; $p=0.1$).

Conclusión: Entre los sujetos con TEP de riesgo intermedio-alto, la decisión de R parece haber sido influenciada por factores clínicos (síntomas floridos, edad más joven) e imagenológicos (localización de trombos en tomografía) a pesar de similares biomarcadores y puntajes de riesgo clínico. Si bien la muestra es pequeña en cuanto a sangrados y mortalidad, existen indicios de beneficio con la R en los pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto en Argentina, en acuerdo con las tendencias actuales.

0334 - ARTERIA RESPONSABLE DEL INFARTO Y SU CORRELACIÓN CON EVENTOS EN EL SEGUIMIENTO A 12 MESES

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Intervencionismo

Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo

GRIEVE BRUNO, Juan Andrés | PERALTA, Sebastián Pablo | GNOATTO GRIGOLATTO, Giuliana María | CORZO, Sofia María | VILLARREAL, Ricardo Alfredo | ZAIDEL, Ezequiel José | SZTEJFMAN, Matías | BETTINOTTI, Marcelo O.

Sanatorio Güemes

Introducción: Existe escasa información en nuestro medio acerca del seguimiento alejado luego de un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST), y se desconoce si la arteria responsable del infarto (ARI) puede presentar relación con los eventos alejados.

Objetivos: Analizar diferencias en las características y desenlaces clínicos en función de la arteria responsable del infarto

Materiales y Métodos: Se analizó la base de datos de un centro de alta complejidad, se evaluó la mortalidad hospitalaria y la tasa de eventos en el seguimiento. Se realizó estadística descriptiva y comparativa convencional, con el programa Epi Info y se consideró significativo un valor de P menor a 0.05

baseles (n=341)	CD (99)	CX (28)	DA (147)	Dg (2)	DPCD (2)	LVCx (10)	Otro (5)	PV (4)	TCI (5)
Edad (años)	62	57	61	69	65	62	63	67	75
Sexo femenino (%)	22	14	18	100	50	100	100	50	60
Killip A ingreso (%)	78	78	79	100	100	100	100	50	60
Tiempo total isquemia (min)	528	469	481	340	482	381	455	335	485
Agioplastia 1ria (%)	67	60	68	50	100	70	40	75	40
Fracción Eyección (%)	57	72	45	67	51	59	57	51	44
Mortalidad hospitalaria (%)	6	18	10	0	50	0	0	0	60
Seguimiento a 12 m (131)									
Rehospitalizaciones (%)	32	0	29	0	0	20	0	ND	ND
Mortalidad 12m (%)	2.3	8.3	4.5	0	0	0	0	ND	ND

Resultados: Se evaluaron los resultados de 341 pacientes consecutivos que se realizaron cateterismo cardíaco en contexto de un SCACEST. Se hallaron diferencias en las características de los pacientes en función del tipo de arteria responsable (tabla 1). También se hallaron leves diferencias en una cohorte de 131 sujetos revascularizados y con seguimiento a 12 meses.

Conclusión: La arteria responsable del infarto parece influir en los desenlaces clínicos hospitalarios y en el seguimiento, siendo la arteria circunfleja la de mayor riesgo de eventos.

0336 - ABORDAJE DEL TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Tepapéutica

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

JIMENEZ, Juan Cruz | BOBADILLA, Julio Leandro | CESTARI, Horacio Germán | PÉREZ BEC, Marina Raquel | CARVALLO CLAROS, Diego | ZAIDEL, Ezequiel José | MELE, Eduardo Fernando | SOSA LIPRANDI, Alvaro

Sanatorio Güemes

Introducción: El tromboembolismo de pulmón (TEP) representa la tercera causa de muerte de causa cardiovascular, y una gran proporción de pacientes no reciben tratamientos de perfusión en nuestro medio.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, abordaje diagnóstico y terapéutico de una cohorte de sujetos con TEP en un centro de alta complejidad y evaluar la tasa de eventos en función de la perfusión.

Materiales y Métodos: Estudio observacional y prospectivo de 3 años de duración, que incluyó pacientes con TEP agudo confirmado en un centro de la ciudad de Buenos Aires. Se analizaron características clínicas, y exámenes complementarios utilizados. La estratificación del TEP en cuanto a su probabilidad, severidad y riesgo de sangrados, se realizó mediante los puntajes Wells, PESI, y RIETE, respectivamente. Se evaluaron las terapéuticas utilizadas durante la hospitalización y al egreso. Se realizó un análisis comparativo entre los reperfundidos y no reperfundidos. Las variables discretas se describen como números y porcentajes. Las variables continuas se describen como media

(desvío estándar), o mediana (intervalo intercuartilo) de acuerdo a su tipo de distribución. Se utilizó el paquete estadístico Epi Info 7.2.

	Reperfundidos	No reperfundidos	P
Sexo femenino	9 (39%)	70 (60.3%)	0.06
Edad (media, DE)	61.5 (± 14.8)	67.4 (± 15.6)	0.1
Neoplasia	5 (24%)	39 (35.4%)	0.3
TEP motivo de hosp inicial	12 (52.7)	58 (50%)	0.8
Pas (media, DE)	115 (± 19)	123 (± 21)	0.08
FC (media, DE)	107 (± 18)	97 (± 22)	0.039
FR (media, DE)	98 (± 17)	91 (± 18)	0.07
Sat <90	3 (13%)	11 (9.4%)	0.6
Troponina US (media, DE)	188 (± 218)	114 (± 215)	0.15
Relac AP/AO >1	3 (13%)	3 (2.6%)	0.02
Dilatación VD (ECO)	14 (60%)	23 (20%)	<0.001
PESI (media, DE)	118 (± 51)	103 (± 39)	0.1
RIETE (mediana, RIC)	2.3 (± 1.2)	2.5 (± 1.4)	0.6
Sangrado	3 (13%)	8 (7%)	0.3
Mortalidad	9 (39%)	19% (16%)	0.01

Resultados: Entre Octubre 2016 y Julio 2019 se registraron 139 casos de TEP agudo confirmado. Se trató de una población con una media de 67 años, siendo 56% de sexo femenino. El 16 % de los pacientes requirieron reperusión (R), 15 casos mediante tratamiento hemodinámico (trombo fragmentación con o sin líticas locales) y 13 casos con trombólisis sistémica. Se observaron diferencias en los sujetos que recibieron o no R. Los anticoagulantes más utilizados al alta fueron acenocumarol, apixabán, y enoxaparina (53, 17, y 15 casos, respectivamente). Se observaron diferencias entre los sujetos reperfundidos y los no reperfundidos (tabla 1).

Conclusión: En una cohorte de sujetos de un centro de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires, se comprobó una utilización de recursos acorde a las normativas vigentes, se destaca la decisión de reperusión en cuanto a estudios complementarios y estratificación de riesgo, sin embargo se observó mayor mortalidad en sujetos R, posiblemente por factores de mayor riesgo y decisión de tratamientos más agresivos, no detectados entre las variables registradas.

0337 - PUNTAJE DE RIESGO RIETE PARA LA PREDICCIÓN DE SANGRADO EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE ARGENTINA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Tepapéutica

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

DENNER, German | BURGOS, Lucrecia María | JIMENEZ, Juan Cruz | BOBADILLA, Julio Leandro | OLIVA, Matias Ariel | VILLACORTA, Matias Humberto | CIGALINI, Ignacio Manuel | ZAIDEL, Ezequiel José

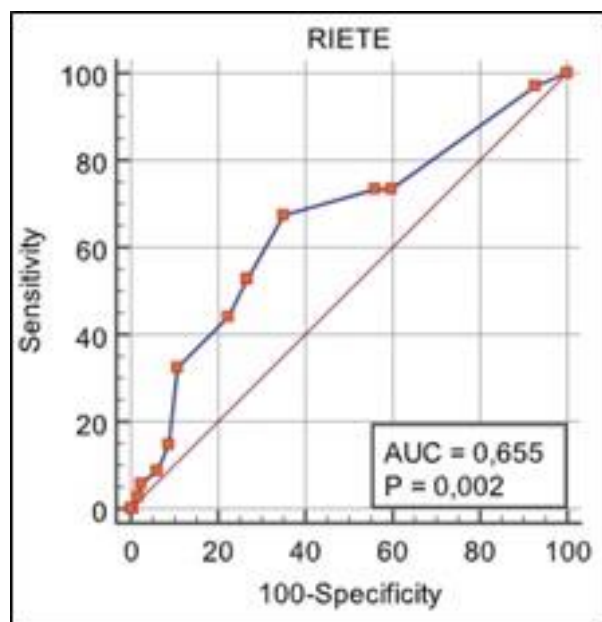
CONAREC

Introducción: La anticoagulación es mandatoria en todos los casos de tromboembolismo de pulmón (TEP), y en algunos casos se requieren fibrinolíticos, estrategias que inherentemente incrementan el riesgo de sangrado. El Registro Informatizado de la Enfermedad TromboEmbólica (RIETE) realizó un puntaje de predicción de sangrados que fue validado en diversos países de Europa.

Objetivos: Evaluar la capacidad del sistema de puntuación RIETE para predecir sangrado en pacientes con TEP agudo

Materiales y Métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico en el que se incluyeron pacientes de forma consecutiva con diagnóstico de TEP agudo en 75 centros con residencia de cardiología en Argentina, entre octubre de 2016 y noviembre de 2017. El puntaje de riesgo RIETE fue calculado de forma prospectiva. El punto final primario

evaluado fue sangrado durante la internación y seguimiento a corto plazo, considerando la clasificación del "Bleeding Academic Research Consortium" (BARC).



Resultados: De 684 sujetos del estudio global, 664 (97%) contaban con todas las variables disponibles para el cálculo del puntaje RIETE y constituyeron la cohorte analizada. Los pacientes presentaron una edad de 63,8 años (+/- 16) y 55% eran de sexo femenino. Los eventos de sangrado registrados fueron 35 (5,12%). La mediana de valor de RIETE fue 2.5 (RIC 1-3.5), y un 12% de los sujetos correspondían a riesgo alto. El puntaje RIETE tuvo un moderado poder de predicción (área bajo la curva ROC = 0.65, 95% 0.55-0.75, $p=0.0023$, figura 1). Mediante el índice de Youden, un punto de corte >2 fue considerado el valor de mayor sensibilidad y especificidad (67.65% y 64.76% respectivamente).

Conclusión: La tasa de sangrados en pacientes con TEP en Argentina fue baja. El puntaje RIETE tuvo un modesto desempeño, por lo que se requieren nuevos estudios y mayor tiempo de seguimiento para determinar su utilidad en nuestro medio.

0342 - VARIABLES PRONOSTICAS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA.SUBESTUDIO DEL REGISTRO ARGENTINO DE INSUFICIENCIA CARDIACA (ARGEN IC)

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

SORASIO, Guillermina (1) | **SORICETTI, Julieta**(1) | **BENAVIDEZ, Analia**(2) | **ARAKAKI, Diego**(1) | **VARGAS MIELES, Paul**(2) | **SCATULARO, Cristhian Emmanuel**(1) | **FERNANDEZ, Alberto**(1) | **LESCANO, Adrián José**(2)

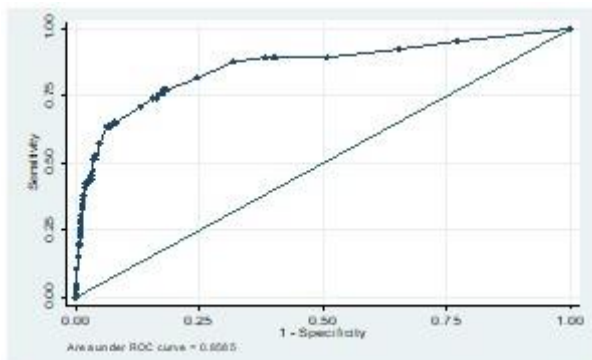
Consejo de Insuficiencia Cardíaca e hipertension pulmonar, SAC (1); Area de Investigación SAC (2)

Introducción: La Insuficiencia Cardíaca Aguda constituye la primera causa de hospitalización en pacientes de edad avanzada. En los últimos años no han surgido nuevas alternativas terapéuticas, en este complejo síndrome, por lo que la identificación de marcadores de riesgo de eventos durante la internación, ayudaría a optimizar la evolución de los pacientes

Objetivos: Describir los factores pronósticos asociados a mortalidad global y cardiovascular intrahospitalaria en los pacientes incluidos en el Registro Argentino de Insuficiencia Cardíaca Aguda (ARGEN IC)

Materiales y Métodos: Registro prospectivo, multicéntrico, nacional, descriptivo (agosto 2018 a marzo 2019,) que incluyó pacientes con diagnóstico primario de Insuficiencia Cardíaca Aguda, con un seguimiento de 12 meses. Se incluyeron en el análisis univariado, variables demográficas, clínicas, hemodinámicas, ecocardiográficas y de

tratamiento. En relación con la distribución y calidad de las variables se utilizaron test de T, chi cuadrado, Wilcoxon o Mann Whitney. El análisis multivariado se realizó con regresión logística cumpliendo los supuestos de los test. La significancia estadística se definió con un valor de $p < 0.05$ y se utilizó el programa STATA 14.



Resultados: Se incluyeron 909 de ellos (exclusión de 29 pacientes por datos incongruentes), La edad media fue de 72.2 (DS 14) años y el 60.5 % fue de sexo masculino. En el análisis univariado, con respecto a los factores demográficos y clínicos, la edad mayor a 70 años (p 0.0002), la presencia de hipoperfusión periférica (p 0.001), hipotensión arterial. (p 0.001), necesidad de asistencia mecánica ventilatoria(ARM), ventilación no invasiva(VNI) (p 0.001), sepsis (p 0.001) y shock cardiogénico (p 0.001) fueron las variables que se asociaron con mortalidad global. Los marcadores bioquímicos asociados fueron la glucemia (p 0.03), tasa de filtrado glomerular(TFG) (p 0.013), creatinina al ingreso (p 0.009) e hipoalbuminemia (p 0.004), los ecocardiográficos la presión pulmonar sistólica(PPS) (p 0.01) y vena cava inferior(VCI) (p 0.004) y con respecto al tratamiento, el cambio de estrategia diurética y la necesidad de dosis máxima de diuréticos promedio 183 mg (60-160) (p 0.001 y 95% IC -249.4-121, p 0.000, respectivamente) En el análisis multivariado se asociaron con mortalidad global de manera significativa, el cambio de estrategia diurética (OR 3.17, IC 95% 1.53-6.58, p 0.002), edad (OR 1.06, IC 95% 1.03-1.09, p 0.000), glucemia(OR 1, IC 95% 1.00-1.01, p 0.005) y VCI (OR 1.14, IC 95% 1.05-1.22, p 0.001), mientras que la necesidad de VNI fue limítrofe (OR 2.04, IC 95% .099-4.18, p 0.05) El modelo presenta una elevada predicción pronostica con un área bajo la curva de 0.85. En cuanto a la mortalidad cardiovascular los factores predictores fueron: creatinina (OR 1.24, p 0.002), edad (OR 1.03, p 0.000) y la glucemia anormal (OR 0.53, p 0.036)

Conclusión: La insuficiencia cardíaca aguda es una entidad heterogénea con elevada morbimortalidad. Es fundamental identificar las variables pronósticas intrahospitalarias asociadas a esta. El cambio en la estrategia diurética se identificó como un fuerte predictor independiente de muerte global; diferentes variables clínicas, demográficas, bioquímicas, ecocardiográficas y relacionadas a la estrategia terapéutica evidenciaron una relación estadísticamente significativa con respecto a la mortalidad global y cardiovascular intrahospitalaria.

0345 - DETECCIÓN DE BARRERAS E IMPLEMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS PARA REDUCIR LA DEMORA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST (SCACEST) MEDIANTE ANGIOPLASTIA (ATC) PRIMARIA. EXPERIENCIA DE 20 AÑOS DE UN CENTRO DE REFERENCIA EN UNA CIUDAD DE ALTA DENSIDAD DEMOGRÁFICA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

Unidad Temática 2: Imágenes.20

BLANCO, Federico Luis | SZARFER, Jorge | GARCIA ESCUDERO, Alejandro Mario | BLANCO, Rodrigo Ignacio | ALBORNOZ, Miguel Federico | YURKO, Vielka | FELDMAN, Matías Fabián | GIGENA, Gerardo Esteban

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La demora a la reperusión del SCACEST es un factor determinante en el pronóstico del paciente (p). La corrección de los factores determinantes de la misma mediante la interacción con un servicio de emergencias eficiente permitiría la reducción en los retrasos y, por lo tanto, la disminución en la morbimortalidad.

Objetivos: Identificar y modificar las barreras detectadas en nuestra experiencia de veinte años en el tratamiento del SCACEST en un centro de tercer nivel de una ciudad de alta densidad demográfica, para evaluar su efecto en el resultado del procedimiento.

Materiales y Métodos: Se incluyeron a partir del 01/01/2000 al 31/12/2019 en forma prospectiva y consecutiva, p con diagnóstico de SCACEST que activaron al servicio de hemodinamia para la realización de ATC dentro de las 12 horas de iniciados los síntomas. Para el análisis de los tiempos se definió una serie de intervalos (I) temporales: I A: Comprendido desde el inicio de los síntomas hasta la llegada del p al departamento de Urgencias del Hospital que activa el sistema. I B: Comprendido entre la llegada al hospital al contacto telefónico con el Equipo de Hemodinamia Cardiovascular de Urgencias (EHCU). I C: Comprendido entre el contacto con el EHCU hasta el ingreso del p a la sala de hemodinamia. I D: Comprendido entre el ingreso del p en la sala de hemodinamia hasta el primer balón insuflado. Luego de realizar la etapa de identificación de las barreras 2000-2009 se re-diseñó el proceso incorporando las siguientes estrategias: Prioridad de atención en guardia para p con dolor precordial, centralización de comunicación entre médicos mediante el SAME, traslado del p con ambulancia del Hospital derivador, puenteo de guardia y sala lista. Se dividió a la población en 2 grupos (G) según la implementación de los cambios; G1: pre-implementación, p tratados del 2000 al 2009 y G2: post implementación, del 2010 al 2019.

Resultados: Se incluyeron 3007 p (G1:1409, G2:1598). A excepción del tipo de ATC, no se evidenciaron diferencias en las características basales de la población. Durante el G1 encontramos demoras en la realización del diagnóstico del SCACEST, los médicos de los hospitales derivadores tenían dificultad en contactarse con el EHCU, el traslado del p lo hacía la ambulancia del hospital receptor, y en aquellos pacientes que consultaban al hospital con capacidad de hemodinamia, no ingresaban al quirófano hasta que el EHCU se encontrara en el hospital. Con la centralización de las llamadas mediante el SAME y el cambio de forma de traslado de los p entre centros, disminuimos significativamente el I2 [G1:90(36-168) vs. G2:77(36-144) $p < 0.01$] y el I3 [G1:75(55-100) vs. G2:51(34-70) $p < 0.01$]. Se evidenció de forma significativa una reducción del tiempo consulta-balón [G1:180(118-275) vs. G2:145(104-222)] y de la mortalidad (G1:13,1vs.G2:7,5; $p < 0.01$) entre periodos.

Conclusión: La demora en el diagnóstico, la dificultad en la comunicación y la forma de traslado de los p fueron las principales causas de demora. La implementación de un protocolo de procedimientos permitió reducir la demora en la atención de los pacientes con SCACEST. La evaluación continua de resultados, así como la educación permanente de la sociedad y del personal del sistema médico-asistencial constituyen los pilares para la optimización de este programa.

0350 - EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UNA PLATAFORMA DIGITAL INTERACTIVA REMOTA COMPARADA CON UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO ESTRUCTURADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

ELFMAN, Melisa | SOSA LIPRANDI, María Inés | ZAIDEL, Ezequiel José | VINIEGRA, Matias | LIC TORO, Laura | GIARROCCO, Agustina | VILLARREAL, Ricardo Alfredo | SOSA LIPRANDI, Alvaro

Sanatorio Güemes

VARIABLES	PROMA	APP
Edad	56,70	56,40
HTA	80%	80%
DBT	13%	33%
TBQ	8%	8%
FEY		
Severa	73%	73%
Moderada	3%	3%
Conservada	25%	25%
Etiología		
Chagas	2,5%	2,5%
HTA	15%	15%
Idiopática	40%	42,5%
IQN	25%	23%
TaquiMP	17,5%	13%
IECA/ARA/ARNI	85%	70%
BB	93%	95%
Antialdosterónicos	83%	80%
Furosemida	65%	68%
CDI	18%	13%
NT-ProBNP	2100	2040
Internación	2,5%	0%
Mortalidad	0%	0%

Introducción: Los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) crónica tiene elevadas tasas de rehospitalizaciones y mortalidad en los primeros 6 meses luego de una internación por IC descompensada. Los programas multidisciplinares estructurados de manejo ambulatorio (PROMA) han demostrado ser efectivos en la reducción de eventos, pero la telemedicina ofrece una oportunidad de optimizar el seguimiento de esta población en tiempos de pandemia COVID-19.

Objetivos: El objetivo fue evaluar la efectividad clínica de un programa de telemedicina no invasiva comparado con un programa de seguimiento estructurado ambulatorio en pacientes con IC.

Materiales y Métodos: Se evaluaron las características clínicas y la tasa de eventos en el seguimiento de una cohorte de pacientes consecutivos incorporados a una plataforma de seguimiento con telemonitoreo mediante una aplicación (app) instalada en el teléfono inteligente, tras una hospitalización por IC.

Resultados: Los 40 pacientes incorporados en el programa de telemedicina tenían un promedio de edad de 56 años y 25% de sexo femenino. De 300 sujetos del PROMA del mismo centro, se seleccionaron 40 casos con similares características basales (tabla 1). Luego del análisis apareado algunas diferencias en las características basales persistieron: uso de iECA-ARA-ARNI 85% en PROMA vs 70% en telemedicina ($p=0.1$), diabetes 13% vs 33% respectivamente ($p=0.06$), CDI (17,5% vs 37,5%, $p=0.07$).

Conclusión: La implementación de un seguimiento mediante telemedicina no invasiva demostró ser tan efectiva como un seguimiento ambulatorio estructurado. Estos resultados deben ser evaluados a mayor escala, pero sugieren que la telemedicina es una herramienta segura y eficaz para el manejo de IC luego de una hospitalización, con importantes implicancias en contexto de la pandemia COVID-19.

0351 - IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE TELEMEDICINA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA. RESULTADOS DE LA FASE PILOTO.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

ELFMAN, Melisa | ZAIDEL, Ezequiel José | SOSA LIPRANDI, María Inés | VINIEGRA, Matias | ING. URPI, Juan Ignacio | LIC TORO, Laura | LIC. PABLO, Salgado | SOSA LIPRANDI, Alvaro

Sanatorio Güemes

Introducción: Los pacientes que sobreviven a una hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC) se encuentran vulnerables, y su incorporación a programas multidisciplinarios de manejo ambulatorio ha demostrado reducir la probabilidad de rehospitalizaciones y mortalidad a corto plazo. El avance de la telemedicina ofrece oportunidades de mejora en la calidad de atención de estos pacientes, por lo que hemos desarrollado una programa de seguimiento remoto a través de una plataforma digital interactiva (aplicación en el teléfono inteligente, TI) en centro de tercer nivel de atención en la ciudad de Buenos Aires.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir los parámetros de implementación y dificultades de uso de esta herramienta por parte de los pacientes durante la fase piloto.

Materiales y Métodos: Luego de la firma del consentimiento informado, se descargó la aplicación en el TI de cada paciente, y a través de la misma fueron instruidos a incorporar diariamente sus registros de presión arterial, peso e ingesta de líquido, validar la toma o no de fármacos y comunicarse mediante tele chat. Se enviaron mensajes informativos semanalmente y se realizaron teleconsultas mediante un sistema de videollamadas estructuradas con un sistema de turnos. Se describen variables de interacción entre el paciente y la aplicación durante los primeros 6 meses, y se expresan como números y porcentajes. Al tratarse de un estudio de intervención, también se describen parámetros de seguridad.

Resultados: Se analizaron los datos de 40 sujetos con IC al alta luego de una hospitalización desde el 2 de diciembre de 2019 hasta el 11 de Junio 2020. Mediana de seguimiento 2 meses (1-6). Los primeros 15 pacientes incorporados en etapa pre COVID-19, y los 25 restantes en forma remota durante la pandemia. Edad mediana 60 años, 75% de sexo masculino, IC con fracción de eyección reducida 73%. El promedio de interacciones diarias por paciente fue 5, promedio interacciones semanales por paciente 25, promedio de sesión 27 minutos, promedio de apertura de los mensajes con información 18 veces/paciente y la calificación fue 4,6/5. La percepción del estado de salud (escala Likert) obtuvo 395 respuestas: respondió "mejor" 138, "igual" 246, y "peor" 11. La aceptabilidad fue elevada (Net Promoter Score promedio 9.123/10). La adherencia a medicación, evaluada por validación diaria del paciente, fue 98%. Con respecto a parámetros de seguridad, uno de cada cuatro pacientes requirió modificaciones en los fármacos de IC, de los cuales 50% fueron intensificación de los diuréticos y otros fármacos. A través de la teleconsulta se identificó un caso que fue derivado al servicio de emergencias por IC descompensada. Ningún paciente falleció ni se hospitalizó por IC. No se describieron efectos adversos provocados por la intervención.

Conclusión: La implementación de un programa de telemedicina al alta en pacientes con IC fue segura y presentó un elevado grado de aceptabilidad por los usuarios, facilitando el seguimiento durante la pandemia. Un 98% de

adherencia a fármacos y la nula tasa de hospitalizaciones o mortalidad durante la fase piloto avalan la aplicación de esta estrategia a mayor escala.

0353 - EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA CON IMPLANTE DE CATÉTER EN SENO CORONARIO VS EPICÁRDICO A LARGO PLAZO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular

PELTZER, Michael Emiliano | GALIZIO, Nestor O | CARNERO, Guillermo Alejandro | MYSUTA, Mauricio | TRONCONI, Alejo | RATTI, Roxana | FRAGUAS, Hugo | GONZÁLEZ, José Luis

Hospital Universitario Fundacion Favaloro

Introducción: La terapia de resincronización cardiaca (TRC) demostró mejorar la morbilidad y mortalidad en pacientes (pts) implantados con catéteres en seno coronario. En determinados pts el implante de este catéter resulta dificultoso debiéndose recurrir al abordaje epicárdico por toracotomía mínima.

Objetivos: Comparar la respuesta a la TRC en pts con catéter en ventrículo izquierdo por abordaje endocavitario y epicárdico a largo plazo.

Materiales y Métodos: En un registro unicéntrico evaluamos prospectivamente desde junio de 2009 hasta junio de 2019 a 403 p con TRC bajo indicación según guías de práctica clínica; 350 p (87%) con catéter endocavitario (C-Endo) y 53 p (13%) catéter epicárdico (C-Epi). Las causas por las que implantó C-Epi fueron: desplazamiento en 27 pts (51%), imposibilidad de implante en 17 pts (32%), umbral elevado 5 pts (9%), captura diafragmática 3 pts (6%) y endocarditis infecciosa en 1 pt (2%). Se consideró respondedores a los pts que presentaron mejoría de fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) $\geq 5\%$ (absoluto) y/o ≥ 1 Clase Funcional (CF) de NYHA; superrespondedor con mejoría de FEVI $\geq 10\%$ (absoluto) y normalizador de FEVI a aquel pt que presentó FEVI $\geq 50\%$. Se realizaron las correlaciones estadísticas mediante Test de Student y Chi Cuadrado considerando una $p < 0.05$ como significativa. Características basales: edad promedio 64 ± 11 años, sexo masculino 286 pts (71%), miocardiopatía isquémico-necrótica 138 pts (34%), miocardiopatía idiopática 168 pts (42%), prevención primaria 353 pts (88%), FEVI promedio $24.9 \pm 9\%$, DDVI 68.4 ± 10 mm, DSVI 55.6 ± 12 mm, IM moderada-severa 199 pts (53%), ritmo sinusal 295 pts (73%), BCRI 268 pts (73%), duración de QRS promedio 165 ± 27 ms, CF II-III 263 pts (90%), tratamiento médico optimizado. Media de seguimiento 58 ± 23 meses.

RESPONDEDORES	CATETER ENDOCAVITARIO	CATETER EPICARDICO	p
<12 meses	168/190 (88%)	38/46 (83%)	0,3
12-24 meses	180/218 (83%)	28/38 (74%)	0,2
24-36 meses	137/172 (80%)	32/38 (84%)	0,5
36-48 meses	112/129 (87%)	29/34 (85%)	0,8
SUPER-RESPONDEDORES			
<12 meses	87/183 (48%)	16/31 (52%)	0,7
12-24 meses	93/182 (51%)	16/31 (52%)	0,3
24-36 meses	76/126 (60%)	16/26 (62%)	0,9
36-48 meses	67/118 (57%)	14/27 (52%)	0,6
NORMALIZADORES FEVI			
<12 meses	18/183 (10%)	6/31 (19%)	0,1
12-24 meses	28/182 (15%)	8/29 (28%)	0,1
24-36 meses	25/126 (20%)	7/26 (27%)	0,4
36-48 meses	26/118 (22%)	7/27 (26%)	0,6

Resultados: Ver resultados en Tabla I

Conclusión: En nuestra población de estudio, la TRC presentó una buena respuesta en el seguimiento en ambos grupos, no mostrando diferencias significativas en tasas de respuesta, super-respuesta y normalización de FEVI independientemente el abordaje del implante del catéter en VI.-

0356 - SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST EN CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS: DIFERENTES POBLACIONES Y RESULTADOS DE UN REGISTRO MULTICENTRICO

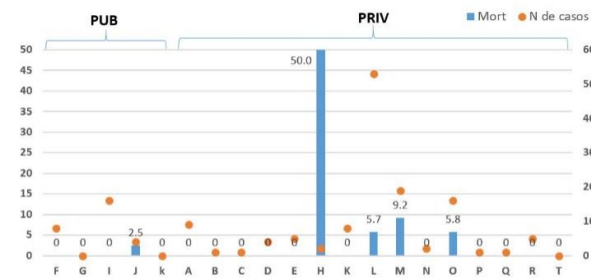
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

TORRES, Nicolás Arturo(1) | PEREZ CACERES, Nicolas Emanuel (1) | SANCHEZ, Agostina Antonella(1) | BONORINO, Jose(1) | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique(1) | BILBAO, Jorge(1) | ARBUCCI, Rosina(2) | TUFO PEREYRA, Andrea(2)

Hospital Austral (1); Consejo de Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica (2)



Introducción: Con los datos de un registro multicéntrico quisimos explorar el impacto en la evolución entre centros públicos y privados en el síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST).

Mort. n(%)	PUB	PRIV	p
ATC IH	5 (5,7)	10 (1,8)	0,047
CRM IH	1 (3,57)	7 (5,5)	NS
No revasc. IH	3 (5,56)	1 (0,4)	0,015
Total IH	9 (5,3)	18 (1,9)	0,03
Total 6 meses	11 (6,47)	43 (4,6)	NS
CV 6 meses	7 (4,1)	28 (3,0)	NS

Objetivos: Evaluar diferencias en las características poblacionales, el tratamiento y la mortalidad de los pacientes (p.) internados por SCASEST comparando centros públicos (PUB) con privados (PRIV).

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico de cohorte en el que participaron centros PUB y PRIV del área metropolitana de Buenos Aires que admitieron por guardia a SCASEST.

Resultados: Se incluyeron 1099 p. de 20 centros, 5 PUB y 15 PRIV, y se los siguió por 6 meses. Los PUB incluyeron 170 p. (15,4%), y los PRIV 929p. (84,6%). Se incluyeron 1099 p. de 20 centros, 5 PUB y 15 PRIV, y se los siguió por 6 meses. Los PUB incluyeron 170 p. (15,4%), y los PRIV 929p. (84,6%). GRACE SCORE PUB 141 (IQ115-185) vs. PRIV 129 (IQ 87-163)p < 0.005. FEY <35, PUB: 13.8% vs. PRIV 5.7% p< 0.0005. Diagnóstico final de infarto: PUB 127p. (74,7%) vs. PRIVp. 555 (59,7%), p <0,005. ESTRATEGIA INVASIVA INICIAL: PUB 140p. (82,3%) vs PRIV 810p. (87,1%) p= NS. REVASCULARIZACIÓN con angioplastia (ATC) : PUB 88p. (51,8%) y vs. PRIV 538p. (57,9%) p=NS. CRM: PUB 28p. (16,5%) vs. PRIV 127p. (13,7%) p= NS. La tasa de uso de CRM en los distintos centros mostró una mediana 10.3% (min= 0% y Max 27%) en PUB, mientras que en PRIV 11.8% (min= 0% max= 33%), p=NS. En la estrategia invasiva inicial el uso de antiP2Y12 al ingreso en PUB fue mayor: 126p. (90%) vs PRIV 467 (57,6%), p<0,005. En PRIV usaron más antiP2Y12 de manera inicial en sala de hemodinamia: PRIV 225/538 p. (41,9%) vs

PUB 21/88p. (23,86%) $p=0,001$ TIEMPOS A LA REVASCULARIZACIÓN (PUB vs PRIV): La mediana del tiempo a la ATC en PUB fue de 35 hs (IQ: 12-164) vs PRIV 19 hs (IQ: 8-36), $p<0,005$. La ATC en <24 hs en la estrategia invasiva inicial fue: PUB 39/88p. (44,3%) vs PRIV 342/538 (61,4%), $p=0,003$. La mediana del tiempo a la CRM en PUB fue de 300 hs (IQ: 180-396) vs PRIV 120 hs (IQ: 96-168), $p<0,005$. La CRM en <7 días en la estrategia invasiva inicial fue: PUB 1/28p. (3,6%) vs PRIV 78/127p. (61,4%), $p<0,005$. La figura muestra el número de pacientes y la mortalidad intrahospitalaria (IH) de la CRM por centro en forma anonimizada. La tabla muestra los resultados de mortalidad.

Conclusión: Los centros PUB reciben pacientes de mayor gravedad y utilizan con mayor frecuencia P2Y12 al ingreso, mientras que los PRIV reservaron esta estrategia para la sala de hemodinamia. La estrategia invasiva inicial y la tasa de revascularización fue similar en ambos grupos, pero los tiempos a la revascularización fueron más prolongados en los centros públicos. Se observó una gran dispersión en la tasa de CRM y su mortalidad según el centro lo que dificulta sacar conclusiones adecuadas (figura). La mortalidad hospitalaria fue mayor en PUB, traccionada por la mortalidad en ATC y no revascularizados. Finalmente la mortalidad total y CV a 6 meses son similares.

0360 - EFICACIA CLÍNICA DE MACITENTAN EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR. NUESTRA EXPERIENCIA EN ARGENTINA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Tepapéutica

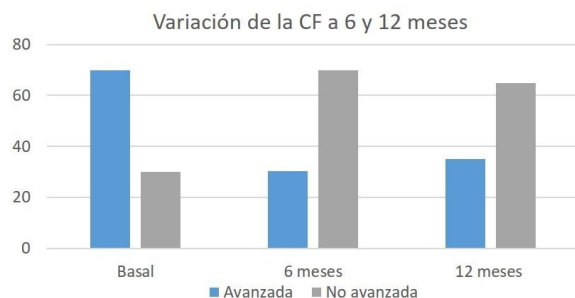
SORASIO, Guillermina (1) | **FARINA, Juan**(1) | **CARUSO, Nicolas**(2) | **BESMALINOVICH, Ezequiel**(1) | **ALVARADO, Alejandra**(2) | **PRINCICH, Lilia Gabriela**(1) | **BORTMAN, Guillermo**(2) | **LESCANO, Adrian**(1)

Sanatorio Trinidad de Quilmes (1); Sanatorio Trinidad Mitre (2)

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es una enfermedad crónica caracterizada por el incremento del valor de presión pulmonar media y resistencias vasculares pulmonares, de carácter progresivo y elevada morbimortalidad. El macitentan, es un inhibidor de los receptores de endotelina, que ha demostrado beneficio en términos de morbimortalidad (como punto combinado) en un estudio clínico randomizado (SERAPHIN), pero la información en relación al uso en condiciones de la práctica clínica diaria es limitada en nuestra región.

Objetivos: Describir los eventos clínicos en pacientes con diagnóstico de hipertensión pulmonar tratados con macitentan en Argentina.

Materiales y Métodos: Se diseñó una cohorte prospectiva de pacientes con diagnóstico de HP, confirmado por cateterismo cardíaco derecho, que iniciaron tratamiento con macitentan en Argentina entre marzo de 2015 y noviembre de 2019. Toda la información del estudio se obtuvo en una base de datos secundaria. Se incluyeron aquellos pacientes con tratamiento sostenido mayor de 6 meses y se definió el punto final clínico expresado por la mejoría en la clase funcional de avanzada (III-IV) a no avanzada (I-II) y el test de caminata de 6 minutos (TC6M). Pacientes en tratamiento durante al menos 9 meses fueron incluidos y el punto final fue la mejoría en la clase funcional y en la distancia recorrida en el TC6M a 6 y 12 meses



Resultados: Se incluyeron 126 pacientes con una mediana de edad de 46 años, con predominio de sexo femenino (74%) e HP del grupo 1 (98,6%). En condiciones basales el 70% de los pacientes se encontró en CF avanzada y la media del TC6M fue de 311 metros (DE 121 m). A 6 y 12 meses el porcentaje de pacientes en CF avanzada se redujo (30,2% 6 meses y 35% 12 meses) y la media del TC6M se incrementó a 360 (DE 110) y 361 metros (DE 113) respectivamente, ambos resultados con un beneficio estadísticamente significativo ($p<0,001$).

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes, la administración de macitentan se asoció con un beneficio clínico significativo, ya sea con una mejoría de la clase funcional y un incremento en el TC6M a los 6 y 12 meses. Esta información es consistente con los resultados del estudio SERAPHIN, pero representa a nuestro conocimiento, el primer aporte de datos sobre el uso de este fármaco en un escenario del mundo real en nuestra región.

0365 - IS DUAL-AXIS ROTATIONAL CORONARY ANGIOGRAPHY RADIATION DOSE REDUCTION ACHIEVABLE IN A POPULATION WITH 100% SUSPECTED CORONARY ARTERY DISEASE? A RANDOMIZED TRIAL

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

Unidad Temática 2: Intervencionismo

SZARFER, Jorge | ALBORNOZ, Miguel Federico | **KIM, Alejandro** | BLANCO, Federico Luis | BLANCO, Rodrigo Ignacio | FELDMAN, Matías Fabián | YURKO, Vielka | GIGENA, Gerardo Esteban

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Previous studies have shown a reduction in radiation dose and contrast volume using dual-axis rotational coronary angiography (DARCA), but this has not been replicated in a population with 100% coronary artery disease (CAD).

Objetivos: To find if DARCA dose reduction is achievable in this population, we sought to compare the radiation dose, contrast volume, and procedure time between DARCA and conventional coronary angiography (CCA) techniques in a setting characterized by a prevalence of 100% suspected coronary artery disease.

Materiales y Métodos: An all-comer, prospective, randomized, open-label trial was conducted. Cine acquisition dose-area product (DAP), cumulative air kerma (AK), effective dose (E), fluoroscopic time, contrast volume, AK, cine acquisition DAP (CADAP), fluoroscopic DAP (F-DAP), and total DAP were compared between DARCA and CCA groups. DAP is a surrogate measurement for the entire amount of energy delivered to the patient by the X-ray beam and is most often utilized in estimating stochastic risk. Kerma is an acronym for "kinetic energy released in material"; and AK represents the energy extracted from the X-ray beam per unit of mass of air in a small-irradiated air volume. The DAP obtained at procedure time was converted into E using a conversion factor of 0.17 mSv/Gycm². Categorical variables expressed as numbers or percentages and compared using Chi-square statistics. Quantitative variables expressed as a mean and standard deviation for normally distributed variables or median and interquartile range for nonparametric variables. We evaluate the sample distribution by the Kolmogorov Smirnov test to check normality and Levene's or Bartlett's test to assess the equality of variances. Normally distributed variables were compared using the Student t-test or Wilcoxon test for nonparametric and not normally distributed using the Mann-Whitney test. Sample Size: According to previous studies, radiation dose reduction (55%) and contrast volume reduction using DARCA (57%), and the possible effect of acquisitions besides DARCA in them, we estimated that 250 subjects per group would be necessary to detect a 25% reduction in radiation dose with DARCA, with a power of 90%, level of significance of 5%, and 5% of loss of information. A P-value of <.05 (two-sided) was considered statistically significant.

Resultados: We included 503 consecutive patients with suspected CAD. 252 were assigned to DARCA and 251 to CCA. Stable coronary artery disease was reported in 465 cases and non-ST elevation acute coronary syndrome in 38. Mean age: 61.88 ± 11.2 years, male gender 70.2%. DARCA arm patients showed lower total E dose (6.85 [4.55–10.83] vs. 7.91 [5.58–11.94] Sv; P < 0.0023), and cine E (3.00 [2.00–4.00] vs. 4.00 [3.00–5.00] Sv; P < 0.0001). Total DAP was also lower (40.3 [26.8–63.7] vs. 46.5 [32.8–70.2] Gycm²; P < 0.0023), as a consequence of a lower CADAP (16.3 [10.5–22.9] vs. 23.4 [17.4–32.0] Gycm²; P < 0.0001), with lower AK (367 [248–1497] vs. 497 [381–1827] mGy; P < 0.0001), with less contrast medium used (90 [60.0–106.0] vs. 100 [75.0–120.0] mL; P < 0.014).

Conclusión: In a population with 100% suspected coronary artery disease, DARCA provides accurate information required in CAD, is safe, and results in a significant decrease in contrast material volume and radiation dose compared with CCA. The required extra projections did not neutralize the DARCA radiation dose and contrast volume reduction achievements.

0366 - PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES EN LOS PACIENTES ADMITIDOS EN LA UNIDAD CORONARIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 - COMPARACIÓN CON AÑOS ANTERIORES.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

ISQUIERDO, Augusto Matías | FORNARO, Cecilia Gabriela | NOVIELLI, Diego Sebastián | JELUSIC, German | ALLENDE, Norberto Gustavo | TRONGÉ, Jorge Enrique | SOKN, Fernando José

Clínica IMA Adrogué

Introducción: El 20 de marzo de 2020 el gobierno Argentino promulgó el aislamiento social preventivo y obligatorio con la aparición de los primeros casos de infección por coronavirus en el país. Al igual que lo reportado en otros países que enfrentaron más tempranamente la pandemia, la percepción general de la comunidad de cardiólogos de CABA y GBA es una reducción en el número de internaciones y especialmente para los síndromes coronarios agudos (SCA). Sin embargo aún no existen datos publicados confirmando esta observación.

Objetivos: Comparar el número de pacientes admitidos en la Unidad coronaria (UCO) y los diagnósticos de internación durante los meses de la cuarentena obligatoria (20 marzo al 20 junio) con respecto al mismo período en los años anteriores (2018-2019).

Materiales y Métodos: En nuestra institución se realiza un registro prospectivo en base de datos de los diagnósticos de egreso y características clínicas de los pacientes admitidos en la UCO. Para este trabajo se analizaron los datos correspondientes al trimestre 20 de marzo – 20 de junio correspondientes al año en curso y se los comparó con el mismo trimestre de los 2 años previos (2018 y 2019). La composición de las diferentes patologías fue esencialmente la misma para los años 2018 y 2019 por lo que se tomaron en conjunto para su comparación con el 2020. Para el análisis estadístico se utilizó el test de Chi cuadrado (variables categóricas) y el test de T para variables continuas.

Resultados: Se recopiló información de 461 pacientes. La edad media y la proporción de sexo femenino fue similar para todos los períodos (tabla 1). La cantidad de pacientes admitidos en UCO fue estable para los períodos 2018 y 2019 (185 y 171 p respectivamente) mientras que en el año 2020 se registró un marcado descenso en el número de internaciones (105 p). Al analizar la distribución proporcional de los diferentes diagnósticos observamos una disminución significativa de la prevalencia de internaciones por SCA (2018/19=24% Vs 10,5% en 2020 P:0,003). Asimismo se observó un incremento proporcional en las internaciones para observación por unidad de dolor precordial (UDP) (2018/19=18,3% Vs 30,5% en 2020 P:0,007). En el subgrupo de los SCA se observó una reducción significativa en la proporción de SCA sin elevación del ST (69% de los SCA en 2018/19 Vs 45% en 2020 P:0,002).

Conclusión: •Nuestro trabajo confirma con datos objetivos la disminución de las internaciones en general por patologías cardiovasculares en UCO. •Se confirma además una reducción significativa de las internaciones por SCA, particularmente sin elevación del ST. •Se observó un aumento de las internaciones por dolor precordial dudoso que motivó observación en unidades de dolor precordial. •Las razones de los hallazgos descriptos están aún pendientes de esclarecer siendo actualmente sujeto de diferentes hipótesis.

0368 - CUANTIFICACIÓN AUTOMÁTICA DE LOS VOLÚMENES Y FUNCIÓN DE AMBOS VENTRÍCULOS EN RESONANCIA CARDÍACA: PROPUESTA Y EVALUACIÓN DE UN MÉTODO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Tomografía y Resonancia Magnética

CURIALE, Ariel H(1) | **CALANDRELLI, Matías E.** (2) | DELLAZOPPA, Lucca(3) | TREVISÁN, Mariano(2) | BOCIÁN, Jorge Luis(2) | BONIFACIO, Juan Pablo(2) | MATO, Germán(1)

CONICET - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (1); Sanatorio San Carlos (2); Instituto Balseiro (3)

Objetivos: 1) evaluar la precisión de la técnica propuesta para cuantificar los volúmenes y función sistólica, tanto del ventrículo izquierdo (VI) como el derecho (VD) en relación a la cuantificación manual, y 2) determinar la diferencia de tiempos de procesamiento entre ambos métodos

Materiales y Métodos: Se utilizaron dos bases de datos de resonancias cardíacas, una pública con 100 casos (ACDC, Siemens de 1,5 y 3 T), y otra de 89 casos consecutivos de un centro de salud de Bariloche (SSC, equipo Phillips Intera 1,5 T). Ambas incluyen casos normales, con cardiopatías isquémica, dilatada e hipertrófica del ventrículo izquierdo. La segmentación manual se realizó con el software Segment, estimándose la fracción de eyección (EF), el volumen telediastólico (VTD) y el volumen telesistólico (VTS) de ambos ventrículos, y la masa del VI. La cuantificación automática se realizó utilizando dos redes neuronales convolucionales (CNN). Una para identificar una región de 128x128 pixels que contenga al corazón, y la otra, para estimar las distintas estructuras de interés. La técnica propuesta de deep learning incorpora la información de la forma del corazón en las CNN para reducir el error en la clasificación de las estructuras de interés. Luego, se estimaron los volúmenes, EF y masa del VI. En un primer tiempo se desarrolló y evaluó en la base de datos ACDC, utilizándose luego para entrenar y validar en los casos locales. Todos los datos se recogieron como media $\pm$ desviación estándar, evaluándose las diferencias con el test t. Para la correlación lineal se calculó el coeficiente de correlación de Pearson. Para valorar el grado de concordancia y los errores sistemáticos se obtuvieron gráficos de Bland y Altman. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de Río Negro.

	Manual	IA	p	r Pearson	Bland-Altman
VTD VI [mml]	166.97 $\pm$ 44.74	164.50 $\pm$ 41.87	0,05	0,98	-1,65 (-15,56 a 12,26)
VTS VI [mml]	74.32 $\pm$ 44.48	74.54 $\pm$ 43.70	0,83	0,98	-0,13 (-11,73 a 11,98)
VTD VD [mml]	149.80 $\pm$ 33.06	143.40 $\pm$ 35.03	0,002	0,92	-6,41 (-43,17 a 30,35)
VTS VD [mml]	61.89 $\pm$ 20.55	64.71 $\pm$ 22.45	0,003	0,95	2,82 (-13,96 a 19,61)
EF VI [%]	58.02 $\pm$ 14.16	57.13 $\pm$ 15.31	0,07	0,96	-0,89 (-9,82 a 8,04)
EF VD [%]	59 $\pm$ 8.61	54.38 $\pm$ 14.45	<0,001	0,8	-4,63 (-22,48 a 13,22)
Masa VI [g]	141.11 $\pm$ 36.72	142.84 $\pm$ 35.08	0,21	0,97	-1,14 (-12,32 a 14,59)

Resultados: La cuantificación de las variables de estudio obtenidas manualmente y de forma automática de los casos locales se presenta en la Tabla 1. El tiempo de procesamiento del método prpouesto fue 5 segundos por paciente y 452.7 seg $\pm$ 191.9 para el operador manual, con una diferencia entre tiempos de 447,7 seg (IC 407,6-487,8, p= $<0,001$).

Conclusión: El método de inteligencia artificial propuesto en este estudio permitió una estimación de los volúmenes y la FE del VI de modo rápido y preciso en casos del mundo real, con una concordancia excelente con respecto al método de trazado manual convencional en todo el rango de volúmenes diferentes. La herramienta necesita refinamiento para identificar correctamente los volúmenes del VD. Más estudios son requeridos para validar la precisión de esta herramienta con otros equipos y condiciones cardíacas.

0369 - REGISTRO ARGENTINO DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA (ARGEN-IC) "REALIDAD EN EPOCA DE PANDEMIA"

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Investigación Básica

SANTUCCI, Jose Carlos (1) | **MORI, Ana**(1) | **SORASIO, Guillermina**(1) | **SORICETTI, Julieta**(1) | **ATAMAÑUK, Andrés Nicolás**(1) | **FERNANDEZ, Alberto**(2) | **LESCANO, Adrián José**(2)

Consejo de Insuficiencia Cardíaca e hipertension pulmonar, SAC (1); Area de Investigación SAC (2)

Introducción: El registro ARGEN-IC desde su lanzamiento nos ha permitido conocer mediante un análisis prospectivo y multicéntrico las características clínicas y epidemiológicas de la insuficiencia cardíaca aguda (ICA) en nuestro país; sin embargo, en la época actual de pandemia mundial por SARS-CoV-2 (coronavirus tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo grave) con necesidad de distanciamiento social, preventivo y obligatorio, no contamos con datos nacionales de las consecuencias del mismo sobre la ICA.

Objetivos: Evaluar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados al registro ARGEN-IC durante el confinamiento y distanciamiento social, preventivo y obligatorio debido a la pandemia por SARS-CoV-2.

Resultados: Se incluyeron 361 p, 222 p para el grupo ERA NO COVID y 139 p para el grupo ERA COVID. En cuanto a las características basales de ambas poblaciones (tabla 1) se encontraron diferencias significativas en cuanto a: edad, para el grupo ERA NO COVID 70.9 ± 14.8 vs ERA COVID 75.0 ± 13.3 (p 0.008); antecedente de HTA para grupo ERA NO COVID 156 (70.27%) vs ERA COVID 122 (87.77%) (p <0.001); antecedente de ACV isquémico para grupo ERA NO COVID 10 (4.5%) vs 14 (10.07%) grupo ERA COVID (p 0.039); HVI 11 (4.95%) grupo ERA NO COVID 11 (4.95%) vs 16 (11.51%) grupo ERA COVID (p 0.021); en cuanto a otras variables como etiología, factores desencadenantes y forma de presentación clínica no se hallaron diferencias significativas en ambas poblaciones aunque hubo una tendencia a mayor antecedente de depresión para el grupo ERA COVID 8 (5.76%) vs 5 (2.25%) grupo ERA NO COVID (p 0.082). En cuanto a la estadía hospitalaria, el grupo ERA COVID presentó mayor estadía que el grupo ERA NO COVID, 11.8 ± 11.9 días vs 9.4 ± 8.3 días (p 0.030). A continuación, se describen las características de la población.

0370 - ROL DE LA HETEROOLIGOMERIZACION ENTRE LOS RECEPTORES MAS DE ANGIOTENSINA-(1-7) Y MRGD DE ALAMANDINA

Unidad Temática: Investigación Básica

Unidad Temática 2: Hipertensión Arterial

SILVA, Mauro Gastón (1) | RUKAVINA MIKUSIC, Natalia Lucía(1) | MAZZITELLI, Luciana(1) | GOMEZ, Karina(1) | GRECCO, Hernán(2) | GIRONACCI, Mariela(1)

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

Introducción: La angiotensina-(1-7) (Ang)-(1-7), a través del receptor Mas, y la alamandina (ALA), a través del receptor MrgD, ejercen efectos que llevan a una disminución de la presión arterial, oponiéndose al efecto presor de la Ang II. Recientemente se ha demostrado que Ang- (1-7) y ALA inducen efectos antiinflamatorios en ratones. Dado que tanto el RMas como el RMrgD pertenecen a la familia de receptores acoplados a proteínas G (RAPG), y que los RAPG heteromerizan con otros Rs afectando su funcionalidad, planteamos la hipótesis que la acción antiinflamatoria de ambos péptidos resultaría de la heteromerización RMas-RMrgD.

Objetivos: Investigar la heteromerización RMas-RMrgD y sus consecuencias funcionales.

Materiales y Métodos: Las células THP-1 se diferenciaron en macrófagos después de la exposición a PMA (100 ng/ml, 48h). La concentración de la interleucina 6 (IL-6) secretada por los macrófagos frente a un estímulo pro-inflamatorio (LPS 1 μ M, 24 h) fue determinada por ELISA en el medio de cultivo de las células, previamente tratadas durante 24 horas. La interacción RMas-RMrgD fue determinada por co-inmunoprecipitación en las células THP-1 y por FRET en células HEK293T, que coexpresaron el RMas fusionado con la proteína YFP y el RMrgD con m-cherry. Se evaluó la fosforilación de Akt y ERK1/2 por Western-blot y la proliferación celular por la técnica de MTT. Para ello, las células HEK293T fueron transfectadas con las construcciones que codifican para el RMas o RMrgD o RMas + RMrgD y 48 hs después fueron tratadas durante 15 minutos y 24 horas respectivamente.

Figura 1

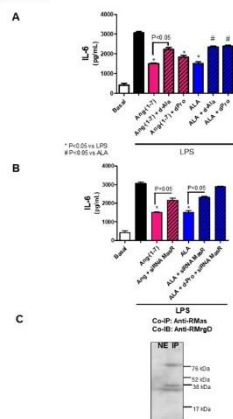
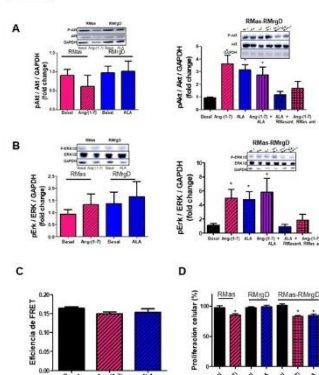


Figura 2



Resultados: Como se observa en la Figura 1A, la ALA y la Ang-(1-7) indujeron una disminución en los niveles de IL-6 en las células THP1 tratadas con LPS. La disminución de IL-6 inducida por ALA fue bloqueada por los antagonistas de RMasR y RMrgD (Fig 1A), y cuando la expresión de RMasR se redujo por un siRNA para el RMas (Fig 1B), lo que sugiere la interacción RMas-RMrgD. Tras la inmunoprecipitación del RMas del lisado celular, observamos la co-precipitación del RMrgD, indicando la existencia de una interacción entre ambos Rs (Fig 1C). Ang-(1-7) o ALA no tuvieron efecto sobre la fosforilación de Akt y ERK1/2 en células HEK293T que expresaron el RMas o RMrgD solos, respectivamente (Fig 2A-B, izquierda). En contraste, tanto la Ang-(1-7) como la ALA promovieron la activación de Akt y ERK1/2 en las células que expresaron los heterómeros RMas-RMrgD, y este efecto fue parcialmente prevenido por el antagonista del RMas (Fig 2A-B, derecha). El análisis de transferencia de FRET mostró que los RMas y RMrgD interaccionan a través de la formación de un heterómero constitutivo, que no fue modificado por sus agonistas (Fig 2C). Finalmente, la Ang-(1-7) provocó un efecto antiproliferativo en las células que expresaron el RMas (Fig 2D). La ALA no modificó la proliferación celular en las células que expresaron el RMrgD solo, sin embargo, indujo una disminución en la proliferación celular en las células que expresaron ambos Rs (Fig 2D).

Conclusión: Nuestros resultados demuestran la existencia de heteromerización RMas-RMrgD, lo cual proporcionaría una explicación a los efectos antiinflamatorios y antiproliferativos de ALA.

0372 - LA SOBREEXPRESIÓN CARDÍACA DE LA PROTEÍNA GS-ALFA INTERFIERE CON LA PROTECCIÓN DEL PRECONDICIONAMIENTO ISQUÉMICO Y LA ESTIMULACIÓN VAGAL

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Investigación Básica

MÉNDEZ DIODATI, Nahuel (1) | FRANCO RIVEROS, Verena(1) | KELLY, Jazmín(1) | BERNATENE, Eduardo(1) | CICALÉ, Eliana(2) | GRECO, Carla(2) | BUCHHOLZ, Bruno(1) | GELPI, Ricardo Jorge(1)

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

Introducción: Si bien los efectos protectores de la estimulación vagal (EV) sobre el miocardio han sido demostrados experimentalmente, los ensayos clínicos no han sido concluyentes. Es posible que la disautonomía que acompaña a la patología cardíaca interfiera con la protección miocárdica.

Objetivos: Establecer si la hiperactividad simpática cardíaca revierte los efectos protectores del preconditionamiento clásico y el efecto símil preconditionamiento inducido por EV en ratones transgénicos con sobreexpresión de la proteína GS-alfa.

Materiales y Métodos: Se realizó un protocolo de 30 minutos de isquemia regional y 2 horas de reperusión (I/R) en ratones FVB transgénicos con sobreexpresión específica cardíaca de la proteína GS-alfa (TG) y sus controles no transgénicos (WT). Ambos grupos recibieron 10 minutos de EV antes de la isquemia o preconditionamiento isquémico (PC) mediante 3 ciclos alternantes de 5 minutos de isquemia y reperusión antes de la isquemia prolongada (n=5-7 por grupo). Los animales fueron cateterizados para evaluar la función ventricular. Los corazones fueron teñidos con Azul de Evans para medir el área de riesgo (AR) e incubados en TTC para medir el tamaño de infarto (TI).

Resultados: La frecuencia cardíaca (FC) de los grupos WT y TG fue 438 ± 11 y 664 ± 14 ($p < 0,05$) respectivamente. La EV redujo la FC un 10% en el grupo WT ($p < 0,05$ vs. basal) y solo 6% en los TG ($p = \text{NS}$ vs. basal). La EV y el PC redujeron el TI con respecto al grupo control en los grupos WT (I/R-WT: $56 \pm 2\%$, EV-WT: $44 \pm 3\%$, PC-WT: $35 \pm 2\%$; $p < 0,05$). El TI del grupo I/R-TG fue similar al WT ($57 \pm 5\%$, $p = \text{NS}$ vs I/R-WT). Sin embargo, en el grupo TG desapareció la protección conferida por la EV ($55 \pm 5\%$) y el PC ($52 \pm 2,0\%$) ($p = \text{NS}$ vs I/R-TG).

Conclusión: La EV redujo el TI de forma semejante al PC. Este efecto protector de la EV y el PC no fue observado en ratones TG con hiperactividad simpática cardíaca debido a la sobreexpresión de proteína GS-alfa.

0373 - CIRUGÍA CARDÍACA COMBINADA CON CIRUGÍA DE TÓRAX EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

Unidad Temática 2: Enfermedad Cardiovascular

BARBAGELATA, Leandro Ezequiel | ANTUNEZ, Ramiro | STUPENENGO, Guido | MARENCHINO, Ricardo Gustavo | KOTOWICZ, Vadim | SMITH, David | KRAUSS, Juan G. | PIZARRO, Rodolfo

Hospital Italiano de Buenos Aires

	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3
EDAD, AÑOS	60	80	60
PRINCIPALES COMORBILIDADES	Diabetes Adenocarcinoma de tiroides Enfermedad coronaria	Diabetes tipo II Hipertensión arterial Dislipidemia Ex tabaquismo Enfermedad coronaria	Diabetes tipo II Hipertensión arterial Ex tabaquismo Obesidad Bocio eutiroideo Aneurisma arco aórtico
PATOLOGIA ONCOLÓGICA	Metástasis mediastinal de cáncer tiroideo	Adenocarcinoma de pulmón	
TIPO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	Cirugía de revascularización miocárdica	Cirugía de revascularización miocárdica	Reemplazo de arco aórtico
TIPO DE CIRUGÍA NO CARDIACA	Resección tumor mediastinal	Lobectomía	Tiroidectomía total
TIPO DE ABORDAJES	Esternotomía mediana	Esternotomía mediana	Esternotomía mediana
DÍAS DE INTERNACION	7	10	
COMPLICACION POST QUIRÚRGICAS	No	Insuficiencia renal aguda Fibrilación auricular	Insuficiencia renal aguda Fibrilación auricular Distrés respiratorio
MORTALIDAD INTRAOPERATORIA	No	No	No
MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA	No	No	Si
MORTALIDAD A AÑOS	No	No	-
RECURRENCIA ONCOLÓGICA	No	No	-

Introducción: De manera infrecuente coexisten enfermedades cardiovasculares con criterio quirúrgico y enfermedades no cardiovasculares que requieren también resolución quirúrgica, principalmente enfermedades oncológicas. El abordaje de dichas patologías continúa siendo controvertido. Tradicionalmente los procedimientos quirúrgicos se han organizado realizando la cirugía cardiovascular en primera instancia y en una fecha posterior la cirugía no cardiovascular, pero existen situaciones clínicas en las cuales esta segunda intervención no puede ser retrasada por la imperiosidad que representa la enfermedad de base y es donde adquiere un rol central la cirugía combinada. Algunas series de casos se han reportado en centros de experiencia de otros países con buenos resultados, aunque no contamos a la fecha con casos publicados a nivel nacional.

Objetivos: Reportar los casos realizados de cirugías cardiovasculares y no cardiovasculares en simultáneo en un Hospital Universitario de nuestro país.

Materiales y Métodos: Reportamos una serie de pacientes con enfermedades cardiovasculares con criterio quirúrgico coexistentes con patologías extracardíacas, también con indicación quirúrgica, efectuadas en simultáneo entre el 1/1/2013 y el 31/12/2019 en nuestra Institución.

Resultados: Se revisaron tres pacientes, todos de sexo masculino, dos de 60 años y uno de 80 años. Los servicios intervinientes fueron cirugía cardiovascular y cirugía de tórax. Las principales comorbilidades fueron diabetes, hipertensión arterial y tabaquismo. Se concretaron dos cirugías de revascularización miocárdica (CRM) y un reemplazo del arco aórtico; la principal vía de abordaje fue la esternotomía medial. Las cirugías no cardíacas fueron resección de tumor mediastinal, lobectomía y tiroidectomía (bocio endotorácico). Las patologías oncológicas asociadas fueron cáncer de pulmón y adenocarcinoma de tiroides con metástasis en mediastino. No hubo mortalidad intraoperatoria sin embargo un paciente falleció durante la internación por distrés respiratorio. Las principales complicaciones postoperatorias fueron insuficiencia renal aguda y fibrilación auricular. Los días de internación promedio fueron 8. La sobrevida de los pacientes externados a 5 años fue del 100% y ninguno presentó recidiva de la patología oncológica. Tabla 1

Conclusión: Presentamos por primera vez en nuestro país una serie de casos de cirugía cardíaca y no cardíaca simultánea. Esta modalidad, según la bibliografía cuando se realiza en sujetos seleccionados y es llevada a cabo en centros de alta complejidad, se asocia con una baja morbi-mortalidad. Desarrollar y aumentar este tipo de estrategias en nuestro país constituye un verdadero desafío.

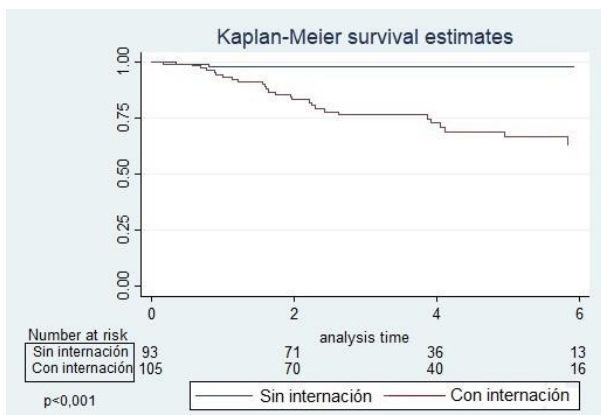
0376 - TRASPLANTE CARDIACO: CAUSAS DE REINTERNACIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORTALIDAD ALEJADA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

LEE, Martin Gustavo | CAPDEVILLE, Sofía | BAROLO, Ramiro | ROSSI, Emiliano | MARENCHINO, Ricardo Gustavo | PIZARRO, Rodolfo | VULCANO, Norberto O. | BELZITI, César Antonio

Hospital Italiano de Buenos Aires



Introducción: El trasplante cardíaco sigue siendo en la actualidad el gold standard de tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada. A pesar de los avances logrados hasta la fecha y la notable mejoría de la sobrevida en este grupo de pacientes, las complicaciones con requerimiento de internación en el seguimiento siguen siendo elevadas. Existen pocos datos locales con respecto a las causas de las reinternaciones después del trasplante y su impacto en la mortalidad alejada.

Objetivos: Describir las causas de reinternación en el seguimiento posterior al trasplante cardíaco y analizar su asociación con la mortalidad alejada.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva. En el análisis se incluyeron de forma consecutiva a todos los pacientes receptores de trasplante cardíaco realizados en el periodo Enero 2010 hasta Mayo de 2019. Se excluyeron pacientes receptores de trasplantes combinados y aquellos con fallecimiento durante la internación correspondiente al trasplante. Reinternación se definió como el reingreso hospitalario no planificado desde el egreso hospitalario del trasplante. Mortalidad alejada fue considerada la de causa cardiovascular y no cardiovascular posterior al alta.

Resultados: Se incluyeron 198 pacientes. Su mediana de edad fue de 53 años (IQR 45-61) y el 73% era de sexo masculino. La media de seguimiento fue de 3,6 años (+/- 2,2). Durante el seguimiento se reinternaron al menos una vez 105 pacientes (53%). Los rechazos del injerto fueron la causa de reinternación cardiovascular más frecuente (31%), mientras que las infecciones (21%) lo fueron de las no cardiovasculares. La densidad de incidencia de mortalidad fue de 8 (IC95% 5,4-11,7) cada 100-pacientes/año para el grupo que tuvo reinternación y de 1 cada 100-pacientes/año (IC95% 0,4-2,8) para el grupo que no la tuvo (Figura 1). El HR de mortalidad, ajustado por edad y sexo, para reinternación de cualquier causa fue de 7,74 (IC95% 2,70-22,24).

Conclusión: Las causas de reinternación mas frecuentes fueron por rechazo e infecciones, teniendo ambas una relación estrecha con el estado de inmunidad del paciente. Las reinternaciones en el seguimiento post trasplante, incluidas las debidas a rechazo del injerto, se asocian con un aumento significativo de la mortalidad alejada.

0379 - SIGNOS ECOCARDIOGRÁFICOS NO ESTÁNDARES EN LAS VÁLVULAS AORTICAS BICÚSPIDES. PREVALENCIA Y UTILIDAD DIAGNÓSTICA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

Unidad Temática 2: Cardiopatías Congénitas Del Adulto

LAFFAYE, Nicolas | GINESI, Agustina | DEKETELE, Felipe Santiago | MORALES LEZICA, Maria Alejandra | NOGUES, Ignacio | RIVAS, Carlos Antonio | PICCININNI, Rocio Agustina | HIGA, Claudio

Hospital Alemán

Introducción: La válvula aórtica bicúspide (VAB) es la cardiopatía congénita más frecuente del adulto, presente en 0,5 a 1,4% de la población general. Su diagnóstico tiene claras implicancias clínicas pues está asociada a disfunción valvular y patología de la aorta, y en un 25% de los casos desarrollará un evento cardiovascular mayor o requerirá cirugía. Según registros observacionales existen discrepancias en el diagnóstico en hasta un 20% de los casos. Las

limitaciones técnicas que llevan a errores diagnósticos o estudios no concluyentes son la calcificación valvular, la mala ventana ecográfica y ejes oblicuos en la adquisición. El diagnóstico ecográfico de VAB se establece al visualizar dos valvas en el eje corto paraesternal durante ambas fases del ciclo cardíaco. Existen signos ecocardiográficos no estándares que se observan habitualmente como la apertura valvular en domo, el cierre excéntrico y el prolapso valvular aórtico que podrían contribuir al diagnóstico de VAB. La prevalencia de estas variables ecográficas no está descripta en la literatura y su estudio fue objeto del presente trabajo.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de variables ecocardiográficas no estándares como la apertura valvular en domo, el cierre excéntrico y el prolapso valvular aórtico en pacientes con VAB; y si las mismas podrían contribuir a su diagnóstico.

Tabla

Variable	VAB (n:83)	VAT (n: 75)	p
Edad (media $\pm$ DS) años	44 $\pm$ 16	45 $\pm$ 11	NS
Mujeres	42%	50 %	NS
Cierre excéntrico	85%	0%	<0.0001
Apertura en domo	50.5%	1.5%	<0.0001
Prolapso valvular aórtico	37%	0%	<0.001

Materiales y Métodos: Se construyó prospectivamente una base de datos con casos de pacientes portadores de (VAB) de un hospital de comunidad. Se analizaron variables demográficas (género y edad), antecedentes de enfermedad de Marfan, variables ecocardiográficas estándares (presencia de rafe, insuficiencia aórtica, estenosis aórtica, dilatación aórtica y coartación de aorta) y no estándares (presencia de cierre excéntrico, apertura en domo y prolapso valvular aórtico). Se analizó su prevalencia en los pacientes con BAV y se compararon las mismas con pacientes con válvulas aórticas tricúspides (VAT) ajustados por género y edad. Se utilizaron los siguientes ecógrafos: Philips IE33 - Toshiba Artida. Se compararon variables cualitativas mediante test de chi cuadrado y las continuas con test de T de Student. Se construyó un score en base a la presencia o no de los hallazgos no estándares para validar la capacidad de detección de VAB mediante análisis bajo la curva ROC y de bondad de ajuste o calibración con Test de Hosmer Lemeshow.

Resultados: Se analizaron 83 de 114 pacientes con diagnóstico confirmado de VAB (27% fueron dudosos) y 75 de 114 pacientes con VAT ajustados a género y edad a la población de VAB, incluidos desde noviembre de 2017 al julio del 2010. En la Tabla se observa que la prevalencia de los signos no estándares (cierre excéntrico, apertura en domo y prolapso valvular aórtico) fue significativamente mayor en las VAB respecto a las VAT. Se construyó un score según la presencia o ausencia de signos no estándares en cada caso. Los valores posibles fueron: 0, 1, 2 y 3. El Área bajo la curva ROC del score fue de 0.96 IC 95% 0.93-0.99, $p=0.0001$, con una calibración que mostró una coincidencia entre los observados y esperados en todos los puntajes del score. Test de Hosmer y Lemeshow, chi-cuadrado de 0.003, $p=NS$.

Conclusión: Los signos ecocardiográficos no estándares (cierre excéntrico, apertura en domo y prolapso valvular aórtico) son significativamente más prevalentes en los casos de VAB respecto las VAT. Este score sencillo construido con dichos signos se puede constituir en una herramienta de utilidad en la práctica diaria, para la confirmación diagnóstica en los casos de difícil caracterización.

0380 - SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST: RETRASOS EN LA CONSULTA Y PUERTA-BALON EN PACIENTES OCTOGENARIOS

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

ALBORNOZ, Miguel Federico | **LACUSANT, Jeanette** | FELDMAN, Matías Fabián | BLANCO, Rodrigo Ignacio | BLANCO, Federico Luis | YURKO, Vielka | GIGENA, Gerardo Esteban | SZARFER, Jorge

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

	Octogenario	No octogenario	p
Hombres	300 (55%)	2051 (83%)	<0,01
HTA	430 (78%)	1170 (48%)	<0,01
Dislipemia	156 (28%)	1132 (46%)	<0,01
Tabaquismo	147 (27%)	1359 (55%)	<0,01
Diabetes	83 (15%)	427 (17,4%)	0,3
Sedentarismo	248 (45%)	1703 (69%)	<0,01
Antecedente coronario	94 (17%)	319 (13%)	0,01
Enfermedad multivaso	251 (45%)	786 (32%)	<0,01
Demora del p.	90 (44-210)	75 (30-180)	0,03
Demora puerta-balón	75 (46-133)	63 (37-104)	0,01
Muerte	90 (16,4%)	223 (9,1%)	<0,01

Introducción: El adulto mayor es la población prevalente en la enfermedad cardiovascular. Estudios previos, demostraron que algunos aspectos demográficos y clínicos podrían estar vinculados a un retraso en la reperusión del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST).

Objetivos: Evaluar la demora en la consulta, tiempo puerta-balón, características clínicas y angiográficas, en pacientes (p.) octogenarios con diagnóstico de SCACEST, a los cuales se les realizó una angioplastia coronaria (AC) de urgencia.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, de p. que ingresaron al servicio de hemodinamia de un hospital público de alta complejidad con diagnóstico de SCACEST e indicación de AC de urgencia, entre enero del 2000 y diciembre del 2019. Se dividió a la población según tuviesen ≥ 80 años y se analizó: demografía, factores de riesgo cardiovasculares, antecedentes coronarios (historia previa de infarto, angioplastia, angina crónica o cirugía de revascularización), enfermedad multivaso (lesión en dos o más vasos coronarios), mortalidad y las demoras (expresadas en minutos): desde el inicio del dolor hasta el primer contacto médico (demora del p.); demora puerta-balón definida según las actuales guías de tratamiento. Análisis estadístico: χ^2 para variables discretas (expresadas en n y %), T de student, ANOVA o Kruskal-Wallis para continuas expresadas en media/desvio standard o mediana/intervalo intercuartilo (IIC) según correspondiera. Se considero significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 3007 p. de los cuales 550 (18,2%) fueron octogenarios. La mediana para la edad en ≥ 80 años fue 83 (RIC 81-85) vs 58 (RIC 50-60) Los resultados se resumen en la tabla.

Conclusión: Los octogenarios con SCACEST son una población que consulta más tardíamente y tienen mayor demora puerta-balón. Adicionalmente presentan mayor prevalencia de factores de riesgo, antecedentes coronarios y enfermedad multivaso. Todas estas variables podrían estar asociadas a la mayor mortalidad observada.

0381 - RESERVA CONTRÁCTIL POR FRACCIÓN DE EYECCIÓN SOLA Ó CON ELASTANCIA. ¿CUÁL ES EL MEJOR PREDICTOR DE EVENTOS LUEGO DE UN ECOESTRÉS SIN ISQUEMIA?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

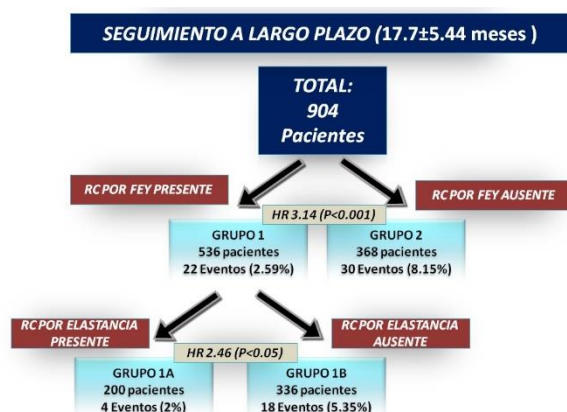
LOWENSTEIN HABER, Diego Maximiliano | ARBUCCI, Rosina | MERLO, Pablo Martín | MARTINEZ GOLLETTI, Liliana | GASTALDELLO, Natalio Alberto | SAAD, Ariel Karim | ZAMBRANA, Gustavo Fernando | LOWENSTEIN, Jorge A.

Investigaciones Médicas - Centro de Diagnóstico

Introducción: El comportamiento de la fracción de eyección (Fey) durante el ejercicio se utiliza para medir la reserva contráctil (RC). La Elastancia Ventricular se define como la relación entre presión arterial sistólica y volumen de fin de sístole indexado del ventrículo izquierdo (TAS/VFSi). La RC medida por Elastancia podría tener aún mayor valor pronóstico cuando se incorpora su análisis.

Objetivos: Establecer cuál es el valor pronóstico a largo plazo de la RC evaluada por Elastancia, como valor adicional al comportamiento de la Fey, en pacientes (ptes) sin isquemia.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, realizado en 904 ptes, edad promedio: 61.92 ± 12.59 años, hombres 509(56.3%), a quienes se les realizó un Eco Estrés con ejercicio informado sin isquemia. Se valoró la RC por Fey(RC por Fey presente: Incremento de la Fey en el ejercicio $> =5$ puntos), y por elastancia(RC por Elastancia presente: cociente de elastancia esfuerzo/reposo $=$). Los ptes fueron divididos en 2 grupos(G): G1: ptes que presentaron RC por Fey presente(a su vez este grupo se dividió en 2 Subgrupos: G1A:RC con elastancia presente y G1B:Ausencia de RC por elastancia) y G2: Ptes con ausencia de RC por Fey. No hubieron ptes con ausencia de RC por Fey y presente por Elastancia. El seguimiento promedio fue de 17.7 ± 5.44 meses. Se consideró evento cardiovascular mayor a: muerte, IAM, ACV y/o necesidad de internación por causa cardiovascular.



Resultados: De los 904 ptes seguidos, 536(59.29%) se incluyeron en el G1 y 368(40.70%) en el G2. Los ptes del G2 fueron significativamente más añosos (63.58 ± 11.2 vs. 60.78 ± 13.3 , $p < 0.001$). Del total del G1, 200 ptes (37.31%) se incluyeron en el G1A y 336 (62.68%) en el G1B. No hubo diferencias clínicas basales entre los pacientes del subgrupo G1A y G1B. El comportamiento de los volúmenes con el ejercicio mostraron diferencias entre los Grupos: los ptes del G2 tuvieron aumento del volumen de fin diástole indexado (VFDi) (delta del VFDi estrés-reposo: G1 - 1.10 ± 11.1 ml vs. G2 3.22 ± 11.1 ml; $p < 0.001$) y menor disminución del VFSi (delta del VFSi estrés-reposo: G1 - 3.52 ± 3.75 ml vs G2 -0.86 ± 5.6 ml; $p < 0.001$). Los ptes del G1A presentaron mayor disminución del VFSi en el ejercicio comparados con el G1B (delta del VFSi estrés-reposo: G1 - 5.12 ± 3.3 ml vs G2 -2.54 ± 3.68 ml; $p < 0.001$). En el seguimiento a largo plazo, se demostró que los ptes del G2 tuvieron más eventos 30 (8.15%), en comparación con los del G1 que tuvieron 22 (2.59%), HR = 3.14 (IC95%: 1.95-5.9), log Rank $p < 0.001$. Cuando se compararon los resultados de los ptes del subgrupo G1A y G1B, se evidenció que los del G1A presentaron 4 eventos (2%) vs. 18 eventos (5.35%) del G1B, HR = 2.46 (IC95%: 1.06-7.3), log Rank $p < 0.05$. Finalmente, se realizó un modelo de Regresión de Cox en donde se incluyeron todas las variables con significancia < 0.10 y la RC valorada adicionalmente con elastancia resultó ser la única variable predictora de eventos (HR: 3.22, IC95% 1.83-5.6), $p < 0.001$).

Conclusión: En el ecoestrés ejercicio negativo para isquemia el comportamiento de la reserva contráctil evaluada por elastancia permitió identificar un subgrupo de peor pronóstico a largo plazo, en pacientes con comportamiento normal de la Fracción de eyección.

0382 - EVOLUCIÓN HISTÓRICA COMPARATIVA DE DOS FORMAS CLÍNICAS DE ANGINA INESTABLE SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE BERTOLASI

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo

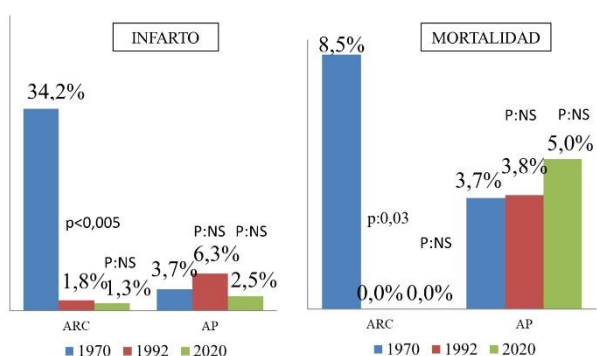
BONO, Leandro | PUENTE, Luciana Jimena | **COLLA, Carlos Julián** | GADEA, Francisco Jose | INDAVERE, Agustín | KIM, Alejandro | SZARFER, Jorge | GAGLIARDI, Juan Alberto

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: En los 70's el Dr Bertolasi propuso una clasificación de la angina inestable (AI) que luego se simplificó en los 90's. Esta clasificación se basa en criterios fisiopatológicos, donde la angina de reciente comienzo (ARC) presenta más trombo y vasoespasmos y la angina progresiva (AP) por progresión secundaria al crecimiento de la placa aterosclerótica. El tratamiento con aspirina y anticoagulación redujo la tasa de eventos (infarto de miocardio (IAM) y muerte) en más del 50%, principalmente en la ARC.

Objetivos: Comparar la evolución de la ARC y la AP a lo largo de los últimos 50 años con los nuevos tratamientos de la AI.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en el estudio 119 pts. consecutivos ingresados en unidad coronaria (UCO) con diagnóstico clínico de ARC o AP, sin límite de edad entre enero de 2018 y enero 2020. Para poder comparar con las series históricas se utilizó la definición clásica de IAM no considerando la troponina. Se excluyeron los pts. con angina secundaria y los que al ingreso ya presentaban CK en rango de infarto. Se definió ARC como el cuadro de angina de pecho de menos de tres meses de evolución y AP como el agravamiento en los tres últimos meses de una angina crónica estable, ya sea en la intensidad, frecuencia o clase funcional de presentación del dolor. En ambos casos los pts presentaron clase funcional III-IV, requiriendo internación en UCO. Se registró la tasa de IAM y muerte intrahospitalaria y se las comparó con las de los datos históricos de nuestro centro de los 70' (tratados con nitratos vía sublingual y propranolol) y 90' (tratados con aspirina, nitratos endovenosos, betabloqueantes y heparina).



Resultados: Se incluyeron 79 pts con ARC y 40 con AP. La mediana de edad fue de 62,5 años (IIC:55-69) para la ARC y 63,6 años (IIC: 56,5-71) para la AP (p:NS). Al ingreso el 100% recibió aspirina, 80% inhibidor ADP, 82% enoxaparina y todos betabloqueantes. Se revascularizaron en agudo 47 pts. por ATC (40,5%) y 25 por CRM (21%). La incidencia de IAM fue similar en ambos grupos (1,3% en la ARC y 2,5% en la AP). La mortalidad intrahospitalaria resultó de 0% para los pts con ARC y de 5,0% para los pts con AP (p: 0,1). El 20% (n=8) de los pts con AP evolucionaron con angina refractaria mientras que ninguno con ARC. Comparando los datos actuales de la ARC con los de hace cinco décadas vemos se observa una reducción en la incidencia de infarto (34,2% vs 1,3%; p<0,005) y muerte (8,5% vs 0%; p:0,03), esta reducción ocurrió en los primeros 20 años ya que desde 1990 a la fecha no hubo cambios en la incidencia de infarto y de muerte en este grupo. Por otro lado el tratamiento instituido en la AP no modificó su mortalidad a lo largo de 50 años (figura).

Conclusión: Observamos una notoria disminución de IAM y muerte en los pacientes con AI por ARC. Esta mejoría se logra a partir de la incorporación de aspirina y heparinas no observando mejoría con el tratamiento ulterior. No observamos mejoría de los eventos a lo largo de los años en los pacientes con AP.

0385 - ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y USO APROPIADO DE ESTATINAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO SEGÚN DIFERENTES ESTRATEGIAS

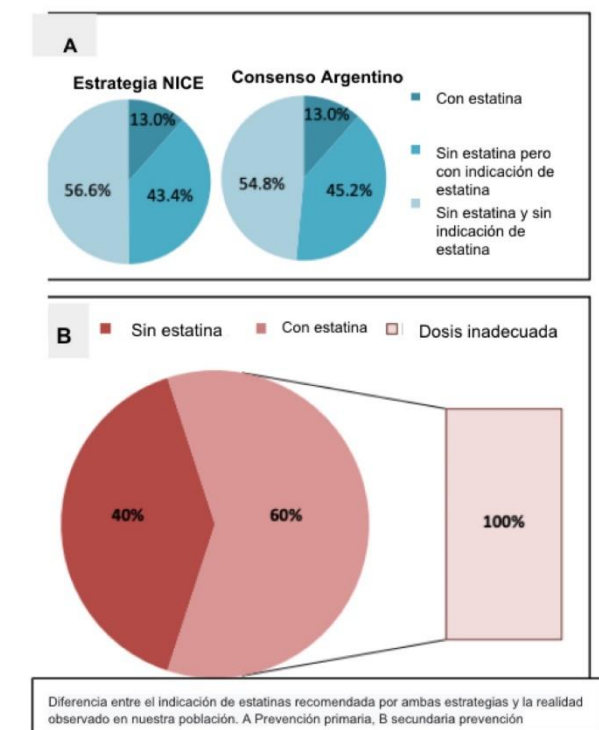
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

Unidad Temática 2: Imágenes.20

CORNEJO PEÑA, Guillermo Andres | MASSON JUÁREZ, Walter Mauricio | ROSSI, Emiliano | MORA CRESPO, Lorena Mishel | GAGO, Mariela Fernanda | PESSIO, Carla | SCOLNIK, Marina | ALVARADO, Nicolas

Hospital Italiano de Buenos Aires



Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) se asocia con aterosclerosis acelerada y un mayor riesgo de cardiopatía. Las escalas de riesgo tradicionales subestiman el riesgo en los pacientes con LES, debido al hecho de que no se desarrollaron específicamente en dicha población. Una mala evaluación del riesgo podría favorecer una menor indicación de estatinas.

Objetivos: Estimar el riesgo cardiovascular en pacientes con LES mediante diferentes estrategias, analizando qué proporción de pacientes sería candidata a recibir estatinas.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal de una base de datos secundaria. Siguiendo las recomendaciones del Instituto Nacional para las pautas de Excelencia en Salud y Atención (NICE) y el Consenso Argentino, el QRISK-3 y el Framingham ajustado (factor multiplicador $\times 2$) las puntuaciones se calcularon en sujetos de prevención primaria. Las indicaciones para el tratamiento con estatinas de acuerdo con estas recomendaciones fueron analizadas.

Resultados: En total, se incluyeron 110 pacientes. En cuanto a los pacientes sin antecedentes cardiovasculares, la mediana ajustada La puntuación de Framingham fue del 12,8% (4,1–21,9), y el 45,2%, el 22,6% y el 32,2% de ellos se clasificaron en riesgo bajo, moderado o alto. La mediana del puntaje QRISK-3 fue de 6.0% (2.1–14.1) y 42.1% de los sujetos fueron clasificados "en riesgo". Solo el 60% de los sujetos en la prevención secundaria recibió estatinas, aunque ningún paciente recibió las dosis recomendadas. Analizando pacientes en primaria prevención que no recibió estatinas (87%), 43.4% y 45.2% de los pacientes fueron elegibles para la terapia con estatinas de acuerdo con Directrices NICE y Consenso argentino, respectivamente.

Conclusión: Nuestro estudio mostró que los pacientes con LES mostraron un riesgo cardiovascular considerable y muchos fueron candidatos a recibir estatinas. Sin embargo, el uso observado de estatinas fue bajo.

0386 - CONSULTA VIRTUAL EN ADULTOS MAYORES: ¿ES LA EDAD UNA BARRERA PARA SU REALIZACIÓN?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Enfermedad Cardiovascular

BENZADON, Mariano N. | CANDIELLO, Alfonsina | BURGOS, Lucrecia María | COSTA, Guido | FERRADAS, Silvina | CEREZO, Gustavo | ALVES DE LIMA, Alberto E. | BELARDI, Jorge Atilio

Introducción: La utilización de tecnología móvil por parte del paciente es un requisito indispensable para poder realizar exitosamente una video consulta o consulta virtual (CV). Esta característica podría ser una barrera para los pacientes mayores de 65 años.

Objetivos: Evaluar la factibilidad, usabilidad y experiencia subjetiva de la CV en los adultos mayores, y compararla con los < de 65 años.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo unicéntrico, que incluyó consecutivamente pacientes con enfermedad cardiovascular en los cuales se realizó una CV durante el periodo Abril - Junio del 2020. Cada paciente recibió una encuesta por mail destinada a valorar la factibilidad, usabilidad y experiencia subjetiva de la atención virtual. Esta encuesta fue una versión modificada de la "Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems" (CAHPS). Se compararon sus resultados entre los mayores (Grupo 1) y los menores de 65 años (Grupo 2). La plataforma utilizada para realizar la CV fue la historia clínica electrónica institucional y la tecnología empleada para lograr la comunicación con video en tiempo real fue la aplicación WhatsApp ®.

Resultados: Se evaluaron un total de 3401 encuestas, el 49% correspondió al Grupo 1. La edad media de este grupo fue de 73,2 años (DE 13), en comparación a 52,2 (DE 13,4) del Grupo 2. Los pacientes del Grupo 1 fueron más frecuentemente hombres (60% vs 56%, $p=0,01$), presentaron más factores de riesgo cardiovasculares (diabetes 22% vs 11%, $p<0,001$, hipertensión 74% vs 46%, $p<0,001$ y dislipemia 68% vs 49%, $p<0,001$). Los diagnósticos primarios más frecuentes fueron: hipertensión arterial (29%), cardiopatía isquémica (21%), arritmias (14%) e insuficiencia cardíaca (5%) y valvulopatías (4%). La CV pudo ser realizada en el 99% del Grupo 1, sin diferencias con el Grupo 2 ($p=0,8$). La facilidad en realizar la CV fue menor en el Grupo 1 con respecto al Grupo 2, que refirieron estar totalmente de acuerdo en que fue fácil en un 79,3% vs 83,9% ($p=0,001$). Al calificar la experiencia del 1 al 10 donde 1 era mala y 10 era excelente, no se observó una diferencia significativa en el puntaje asignado a la experiencia subjetiva entre Grupo 1= 9,5 (DE 1) y Grupo 2=9,4 (DE 1,1) ($p=0,3$).

Conclusión: : Con la plataforma utilizada, los adultos mayores de 65 años tienen algo mayor de dificultad en realizar la CV pero pudieron llevarla a cabo en la gran mayoría de los casos con una experiencia subjetiva sumamente satisfactoria, comparable a la de los pacientes más jóvenes. En nuestro trabajo, la edad no mostró ser una barrera significativa para la realización de esta novedosa modalidad de atención.

0387 - SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST EN OCTOGENARIOS: ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL PROCESO DE DIAGNOSTICO Y REALIZACION DE UNA INTERVENCION CORONARIA PERCUTÁNEA DE URGENCIA SEGÚN EL GENERO?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

ALBORNOZ, Miguel Federico | **HELGUERA, Lucia** | BLANCO, Federico Luis | ALONSO, Analía Mabel | BLANCO, Rodrigo Ignacio | YURKO, Vielka | SZARFER, Jorge | GIGENA, Gerardo Esteban

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

	Hombres	Mujeres	p
Edad	83 (81-85)	84 (82-86)	0,3
HTA	228 (76%)	202 (81%)	0,3
Dislipemia	93 (31%)	63 (25%)	0,4
Tabaquismo	83 (28%)	64 (26%)	0,7
Diabetes	60 (20%)	23 (9%)	<0,01
Sedentarismo	137 (46%)	111 (45%)	0,8
Antecedente coronario	54 (18%)	40 (16%)	0,7
Enfermedad multivaso	152 (51%)	99 (39%)	<0,01
Demora del p.	104 (42-205)	90 (45-220)	0,05
Demora diagnóstica	57 (20-136)	69 (30-136)	0,3
Demora puerta-balón	76 (49-136)	70 (49-136)	0,5
Muerte	47 (15,6%)	43 (17,3%)	0,7

Introducción: Introducción Existe escasa información local sobre el proceso de diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) en los pacientes (p.) octogenarios. También contamos con poca evidencia sobre la incidencia del género en la implementación de una intervención coronaria (ICP) de urgencia en esta población.

Objetivos: Describir características clínicas y angiográficas, y evaluar los tiempos en el proceso de consulta, diagnóstico y tratamiento con una ICP, en octogenarios con SCACEST, según el género.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional de p. mayores de 79 años ingresados al servicio de hemodinamia de un hospital público de alta complejidad con diagnóstico de SCACEST e indicación de ICP de urgencia, entre enero del 2000 y diciembre del 2019. Se dividió a la población según el sexo, analizando: demografía, factores de riesgo cardiovasculares, antecedentes coronarios (historia previa de infarto, angioplastia, angina crónica o cirugía de revascularización), enfermedad multivaso (lesión en dos o más vasos coronarios), mortalidad y las demoras (expresadas en minutos): desde el inicio del dolor hasta el primer contacto médico (demora-paciente), desde la consulta hasta la llamada al intervencionista (demora-diagnóstica), y demora puerta-balón definida según las actuales guías de tratamiento. Análisis estadístico: chi2 para variables discretas (expresadas en n y %), T de student, ANOVA o Kruskal-Wallis para continuas expresadas en media/desvío standard o mediana/intervalo intercuartilo (IIC) según correspondiera. Se considero significativa una p <0,05.

Resultados: De un total de 3007 p., se incluyeron 550 > 79 años: hombres 300 (54,6%), mujeres 250 (45,4%); p < 0,01. Los hombres presentaron mayor prevalencia de diabetes y enfermedad multivaso sin otras diferencias significativas en factores de riesgo o antecedentes coronarios. Se observó una tendencia de mayor demora del p. en las mujeres, sin diferencias significativas en la demora diagnóstica, demora puerta-balón o mortalidad. Los resultados se resumen en la tabla.

Conclusión: Los p. octogenarios con SCACEST son más frecuentemente de sexo masculino con enfermedad multivaso, y con alta mortalidad en ambos sexos. La diferencia de género no fue un parámetro de mayor vulnerabilidad en nuestra población.

0388 - FACTORES CLINICOS ASOCIADOS AL INGRESO HOSPITALARIO PARA EVIDENCIA DE TROMBO EN LA AURICULA IZQUIERDA EN LA FIBRILACION AURICULAR DE TIEMPO INDETERMINADOS

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

PAEZ, Diego Nicolas | ALUSTIZA, Walter Ramon | BISUTTI, Julio Hector | VENTRICI, Javier Fabian | DÍAZ NAVA MORALES, Norah Marcela | VIZCARRA, Sergio Adrián | RONCORONI NUÑEZ, Anabella Estefanía | MARTURANO, María Pía

Sanatorio Pasteur de Catamarca

Introducción: Se realizó un análisis de estudio observacional de cohorte - retrospectivo de una muestra de 365 pacientes desde enero del 2015 a diciembre del 2019 con diagnóstico de fibrilación auricular de tiempo incierto, al ingreso a unidad coronaria

Objetivos: Analizar variables asociadas con la presencia de trombo en orejuela de aurícula izquierda (OAI) en el Ecocardiograma Doppler Transesofágico (ETE) en pacientes con fibrilación auricular de tiempo indeterminado (FATI)

Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectivo en único centro incluyendo 365 pacientes (pac), ingresados en forma consecutiva con diagnóstico de FATI desde enero del 2015 a diciembre del 2019. Todos los ETE fueron realizados por único operador entrenado. Las variables cuantitativas fueron descriptivas, posteriormente dicotomizadas y las variables cualitativas fueron comparadas utilizando test estadístico de Chi-cuadrado y test estadístico de Fisher, objetivándose un nivel estadístico de significancia menor a 0.05 con un intervalo de confianza del 95%

Resultados: Se incluyeron 365 pac con FATI con la intención de realizar cardioversión eléctrica durante la internación por lo que se les efectuó ETE a 320 pac (87,6%) para evaluar presencia de trombo (OAI) independientemente si recibían o no terapia anticoagulante previa. Con una mediana de edad de 72 años (RIC 63-79) 42% fueron mujeres, enfermedad coronaria 22%, HTA 81%, DBT 24%, ACV 18%, enfermedad vascular periférica (EVP) 21 %, Insuficiencia cardíaca 35%, Tabaquista 24 %, Obesidad 22%, insuficiencia renal crónica (IRC) 11%, anemia 28 %, CHADS VASC < 2 30%, HAS BLEED < 2 64%. En los ETE realizados se evidenciaron trombos en OAI en 63 pac (17,5%). En el análisis comparativo de la muestra (pac con y sin trombos) dio significancia estadística en las siguientes variables clínicas: sexo masculino p 0.02, OR 1.98 (IC 95% 1.1-3.5), antecedentes de insuficiencia cardíaca p < 0.001 OR 2.9 (IC 95 % 1.7-5.1), enfermedad vascular periférica p 0.04, OR 1.86 (IC 95 % 1.02-3.31)

Conclusión: En nuestra población se hallaron trombos en el 17.5% de los pacientes con fibrilación auricular de tiempo indeterminado. La presencia de trombo en el ETE se asoció a ciertos factores clínicos sexo masculino, insuficiencia cardíaca y enfermedad vascular periférica

0389 - EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR DE TIEMPO INDETERMINADO ¿SON SUFICIENTES CUATRO SEMANAS DE ANTICOAGULACIÓN ORAL PARA REALIZAR CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

DR FERNANDEZ, Fabricio | DR ZARATE, Luis | VENTRICI, Javier Fabian | ALUSTIZA, Walter Ramon | BISUTTI, Julio Hector | VIZCARRA, Sergio Adrián | PAEZ, Diego Nicolas | MARTURANO, María Pía

Sanatorio Pasteur de Catamarca

Introducción: La evidencia actual indica que el tiempo de anticoagulación oral (ACO) necesario para la cardioversión (CV) de una fibrilación auricular o aleteo auricular (AA) no valvular mayor a 48 horas o de tiempo indeterminado (FATI) es de al menos 4 semanas sin monitorización para los nuevos anticoagulantes (NACO) o con un cociente internacional normalizado (RIN) superior o igual a 2 para los antagonistas de la vitamina K (AVK) o previa realización de ecocardiograma transesofágico (ETE) para descartar trombo.

Objetivos: Analizar las variables en los pacientes con FATI y persistencia de trombo en el ETE a pesar de la anticoagulación en tiempo recomendado.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectivo en único centro incluyendo 355 pacientes (pac), ingresados en forma consecutiva con diagnóstico de FATI desde enero del 2015 a diciembre del 2019. Todos los estudios ecocardiográficos fueron realizados por operador entrenado. Se realizó análisis estadísticos aplicado la funcionalidad de 2 variables cualitativas binomiales aparejadas donde se compara efectividad de tratamiento. Se utiliza tabla de contingencia de 2x2 y aplicación de test de McNemar y test de Fisher obteniendo como resultado p < 0.05 con IC 95 %. Además se realizaron análisis descriptivos de variables cuantitativas como edad, obteniendo gráficos de box plot que desarrolla la asimetría de la muestra y gráficos histograma para variables nominales .

Resultados: Se incluyeron 365 pac . con FATI con la intención de realizar cardioversión eléctrica durante la internación por lo que se les efectuó ETT al 100% de los pac y ETE a 320 pac (87,6%) para evaluar presencia de trombo (OAI) independientemente si recibían o no terapia anticoagulante previa. Con una mediana de edad de 72 años (RIC 63-79) 42% fueron mujeres, enfermedad coronaria conocida 22%, HTA 81%, DBT 24%, ACV 18%, enfermedad vascular periférica 21 %, Insuficiencia cardíaca 35%, Tabaquista 24 %, Obesidad 22%, insuficiencia renal

crónica 11%, anemia 28 %, CHADS VASC < 2 30%, HAS BLEED < 2 64%. En los estudios realizados se evidenciaron trombos en OAI en 56 pac (15.7%) y con persistencia del mismo luego de 4 semanas de anticoagulación en 18 pac (5%). Los esquemas anticoagulantes fueron: Acenocumarol 42.8%, Rivaroxaban 39.2%, Dabigatran 7.1 %, Apixaban 1.7 %, Warfarina 1.7 % En el análisis comparativo de la muestra (pac con trombo y persistencia del mismo) se vio asociación estadísticamente significativa a que 4 semanas de anticoagulación no es tiempo suficiente . $p < 0.01$ IC 95 % en el grupo persistencia de trombos.

Conclusión: Se podría concluir que 4 semanas de anticoagulación no son suficientes para una cardioversión segura como recomiendan las guías ya que el 32 % de los pac presentaron persistencia de trombos en el segundo ETE.

0390 - IMPLEMENTACIÓN DE UNA LÍNEA DE URGENCIAS CARDIOVASCULARES EN RESPUESTA A LA PANDEMIA POR COVID-19

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

Unidad Temática 2: Enfermedad Cardiovascular

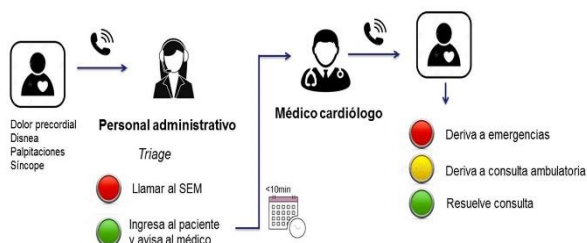
BURGOS, Lucrecia María | CANDIELLO, Alfonsina | ORDOÑEZ, Santiago | GIL RAMIREZ, Andreina | MONDRAGON, Ignacio | BELARDI, Jorge Atilio | CONDE, Diego Gabriel | COSTABEL, Juan Pablo

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) ha limitado el acceso a la salud de pacientes con enfermedad cardiovascular (CV). Múltiples reportes a nivel mundial informaron una reducción de las consultas CV a los departamentos de emergencias, presentaciones con mayor severidad y mortalidad. Para facilitar el acceso a la atención médica decidimos implementar una línea telefónica para urgencias CV.

Objetivos: Describir la implementación y realizar un análisis de una línea telefónica para urgencias CV durante el aislamiento por la pandemia por COVID-19.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de datos colectados prospectivamente. Se analizaron consecutivamente los llamados telefónicos a una línea de urgencias CV desde el 18 de mayo al 12 de julio de 2020 realizadas en un centro privado de la ciudad de Buenos Aires. Se analizó el número de pacientes atendidos, el % de pacientes que requirieron evaluación en servicio de emergencias, y aquellos que fueron hospitalizados. Se determinaron los diagnósticos finales de los pacientes que fueron internados acorde a equipo médico tratante.



Resultados: Se implementó una línea de urgencias CV las 24 horas de lunes a domingo destinada a pacientes con síntomas CV de urgencia (disnea, angina, síncope y palpitaciones). Se realizó la capacitación mediante una plataforma virtual, participaron más de 30 médicos cardiólogos y 6 personas del sector administrativo. El personal administrativo atendió inicialmente al paciente, mediante un triaje identificó aquellos con dolor precordial, disnea de reposo o foco neurológico en curso y se le indicó solicitar asistencia de emergencias. En el caso de no presentarlos, se los comunicó directamente con el médico. Las posibles conductas médicas fueron: 1) resolución de consulta, 2) orientación a consultas ambulatorias, 3) evaluación en servicio de emergencias. Se recibieron un total de 199 llamadas, el 35,1% requirió evaluación en el servicio de emergencias, y el 19% de ellos requirió internación. Los diagnósticos finales de los pacientes internados fueron: síndrome coronario agudo 46%, bloqueo AV completo 23%, insuficiencia cardíaca 15%, taponamiento cardíaco y aleteo auricular 8%.

Conclusión: Una línea telefónica de urgencias CV permitió mejorar el acceso a los servicios de salud a un número significativo de pacientes durante el aislamiento por la pandemia por COVID-19. Se logró atender a un considerable número de pacientes con múltiples patologías CV que requerían evaluación y tratamiento urgente.

0391 - MAYOR MORTALIDAD Y DEMORAS AL TRATAMIENTO EN MUJERES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST SEGÚN LA EDAD DE PRESENTACION

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

ALBORNOZ, Miguel Federico | **ESTRELLA, Maria Laura** | BLANCO, Federico Luis | BLANCO, Rodrigo Ignacio | YURKO, Vielka | ALONSO, Analía Mabel | GIGENA, Gerardo Esteban | SZARFER, Jorge

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Primer tercio	H	M	p
Demora diagnóstica	59 (20-122)	74 (25-165)	0,1
Puerta-balón	64 (37-102)	66 (34-129)	0,5
Tiempo de isquemia	256 (173-372)	335 (220-458)	<0,01
Mortalidad	55 (5,8%)	5 (5,7%)	0,6
Segundo tercio			
Demora diagnóstica	50 (20-120)	60 (25-137)	0,09
Puerta-balón	63 (37-104)	60 (36-100)	0,4
Tiempo de isquemia	246 (173-407)	297 (200-449)	0,04
Mortalidad	43 (6,2%)	16 (6,1%)	0,6
Tercer tercio			
Demora diagnóstica	50 (20-120)	80 (30-137)	<0,01
Puerta-balón	63 (38-107)	70 (42-122)	0,1
Tiempo de isquemia	274 (190-384)	314 (221-505)	0,01
Mortalidad	91 (9,6%)	26 (14,7%)	0,01

Introducción: Existe información acerca del mal pronóstico en las mujeres que cursan un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). Sin embargo, la peor evolución se encuentra asociada a la mayor edad de presentación en este género

Objetivos: Determinar la influencia de la edad en la mortalidad y las demoras durante el proceso de diagnóstico y tratamiento, del SCACEST, según el género.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, de pacientes (p.) que ingresaron al servicio de hemodinamia de un hospital público de alta complejidad con diagnóstico de SCACEST e indicación de angioplastia coronaria (AC) de urgencia, entre enero del 2000 y diciembre del 2019. Se estratificó la población según la edad de presentación por tercios en 3 grupos: Primer tercio < a 54 años en hombres (H), y < 53 en mujeres (M); Segundo tercio entre 54 y 61 años en H, y entre 54-61 en M; Tercer tercio > a 61 años en H, y > 70 años en M. Se analizó la mortalidad y los minutos de demora (expresadas con mediana e intervalo intercuartilo): tiempo diagnóstico, (desde la consulta del p. hasta la activación, vía telefónica, del equipo de intervencionismo de guardia); tiempo puerta-balón, definido según las actuales guías de tratamiento; y tiempo de isquemia desde el inicio del síntoma a la reperusión). Análisis estadístico: chi2 para variables discretas (expresadas en n y %), T de student, ANOVA o Kruskal-Wallis para continuas expresadas en media/desvío standard o mediana/intervalo intercuartilo según correspondiera. Se consideró significativa una p <0,05.

Resultados: El tiempo de isquemia fue mayor en las mujeres, en los tres grupos. Se observó un mayor tiempo diagnóstico y mortalidad en las mujeres del tercer tercio. Los resultados se resumen en la tabla.

Conclusión: En mujeres con SCACEST, el tiempo de isquemia es mayor, independientemente de la edad de presentación. Adicionalmente la presentación más tardía, podría estar vinculada a dificultades en el diagnóstico y mayor mortalidad. La diferencia en mortalidad de las mujeres solo está presente en las de mayor edad, no constituyendo el género un factor de mayor riesgo en pacientes de menos de 61 años.

0395 - SINDROME CORONARIO AGUDO Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA ASOCIADO AL USO DE RITUXIMAB

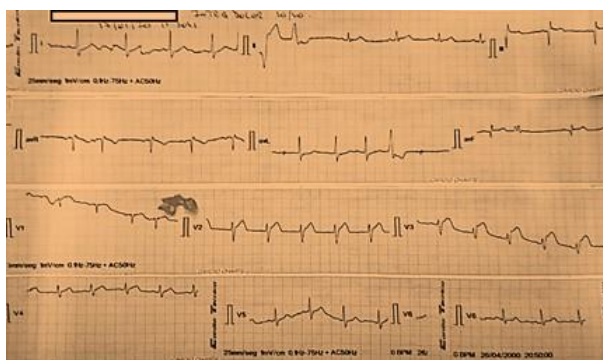
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardio Oncología

Unidad Temática 2: Cardiotoxicidad

MORALES SANTANA, Jhonny de Jesus | CABO, Constanza Patricia | TUMBACO QUIJIJE, Lenin Fernando | IBACETA ALANIZ, Eduardo Andrés | GUARINO, Bruno | PÉREZ DE LA HOZ, Ricardo Alfredo

Hospital de Clínicas UBA



Introducción: La quimioterapia con anticuerpos monoclonales ha cambiado la historia natural de los linfomas de células B convirtiéndose actualmente en la droga de primera línea¹, sin embargo su uso frecuente ha puesto en evidencia efectos adversos potencialmente mortales. Los síndromes coronarios agudos y la disfunción ventricular izquierda hacen parte de algunos de los efectos secundarios a la infusión de rituximab². No se conoce con exactitud con que frecuencia se presentan estos eventos cardiovasculares en contexto de quimioterapia con Rituximab y otros anticuerpos CD20, se presentan a continuación dos casos de infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) y uno de disfunción ventricular izquierda relacionados al uso de rituximab.

Objetivos: Mostrar algunas complicaciones cardiovasculares graves asociado al uso de Rituximab

Materiales y Métodos: Para realizar este E-poster se hizo una búsqueda en PUBMED, NEJM, Cochrane, principales sociedades de cardiología como Journal Of The American College Of Cardiology, utilizando palabras claves como; Rituximab, cardiotoxicidad, disfunción ventricular izquierda, síndrome coronario agudo. Se escogieron los casos clínicos en los que el diagnóstico de infarto se realizó de acuerdo a la cuarta definición.

Resultados: Caso 1. Femenina de 82 años con antecedentes de hipertensión arterial, IAM anterior con angioplastia a descendente anterior en 2015, insuficiencia cardíaca con función sistólica ventricular izquierda (FSVI) moderada. Con diagnóstico de Linfoma B de cavum de alto grado, se encontraba en tratamiento quimioterápico con (Rituximab, ciclofosfamida, etoposido, vincristina y prednisona). Durante el segundo ciclo, mientras se administraba la infusión de rituximab, presenta angina de pecho de intensidad 9/10 asociado a náuseas, vómitos y diaforesis. Al examen físico con TA:160/80mmHG, frecuencia cardíaca 95 LPM, sin signos de falla de bomba. Se suspende la infusión y se realiza electrocardiograma (ECG) que muestra supradesnivel del ST de V1 a V4 (ver figura1). Se decide cinecoronariografía urgente evidenciándose oclusión en tercio medio de la descendente anterior a nivel intra-stent y se realiza angioplastia primaria con stent convencional. Caso 2. Mujer de 82 años con antecedentes de hipertensión arterial, linfoma B de la zona marginal esplénico diagnosticado en el 2014 por el que realizó tratamiento con R-CHOP. Presenta recaída en junio 2019, por lo que se indica nuevo esquema con Rituximab. Es internada de manera programada para recibir quimioterapia. A su ingreso no presenta signos clínicos de insuficiencia cardíaca, ECG normal. Se inició infusión de rituximab y a los 45 minutos presenta dolor anginoso, irradiado a cuello, de más de 5 minutos de duración asociado a disnea. Se suspendió la infusión y se realizó electrocardiograma que mostro elevación del ST en V2,V3,V4 y DIII, AVF. (ver figura 2). Se administra mononitrato de isosorbide y aspirina con posterior mejoría del dolor y reversión de los cambios electrocardiográficos. Presento elevación de troponina Us hasta 231pg/ml.

Conclusión: En relación al sistema cardiovascular los principales efectos adversos observados fueron la hipotensión, taquicardia, palpitaciones, fibrilación auricular, con una evolución relativamente benigna. Los síndromes coronarios agudos (SCA) y la disfunción ventricular izquierda son complicaciones descriptos en la literatura como infrecuentes y

no se tiene claro los mecanismos fisiopatológicos subyacentes. Presentamos una serie de casos registrados en nuestro hospital a fin de alertar acerca de estos efectos que quizás sean mas frecuentes de lo que describe la literatura.

0396 - COMPLICACIONES MICROVASCULARES DE PERSONAS CON DIABETES EN EL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

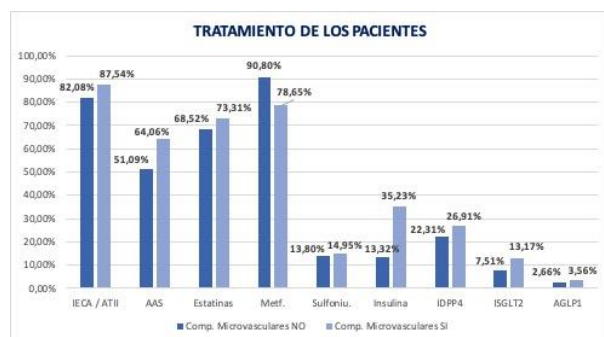
Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

BARBA, Virginia (1) | FONSECA, Sebastian Raul(1) | SANABRIA, Hugo Daniel(2) | HARWICZ, Paola S.(3) | BAEZ NÚÑEZ, María Del Mar(4) | FORTE, Ezequiel Hernán(5)

Sanatorio Trinidad Mitre (1); ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (2); Sanatorio Dupuytren (3); Actividad Clínica Privada (4); CENDIC - Centro Diagnóstico Cardiovascular Concordia (5)

	Comp. Micro SI	Comp Micro NO	p
Edad (años) μ - DE	65.6 $\pm$ 10.5	64 $\pm$ 10.5	0.047
Tiempo DM2 (años) μ - DE	11.2 $\pm$ 8.6	9.9 $\pm$ 7.5	0.03
Glucemia (mg/dl) μ - DE	143.5 $\pm$ 55.7	135.6 $\pm$ 39.3	0.02
Hb1Ac (%) μ - DE	7.39 $\pm$ 1.7	7.11 $\pm$ 1.55	0.02
Cl de Cr (CKD EPI) μ - DE	65.7 $\pm$ 23.4	89 $\pm$ 14.8	< 0.0001
HTA n (%)	258 (91.8)	373 (90.3)	0.2
Dislipemia n (%)	229 (81.4)	320 (77.4)	0.1
Tabaquismo n (%)	22 (7.8)	39 (9.4)	0.2
Ex tabaquismo n (%)	107 (38)	119 (28.8)	0.005
Obesidad n (%)	166 (59)	251 (60.7)	0.3
Antecedentes CV n (%)	179 (63.7)	150 (36.2)	0.0001
ICC n (%)	105 (37.3)	71 (17.1)	0.0001

Introducción: Las complicaciones microvasculares son frecuentes y subdiagnosticadas en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Suelen estar fuertemente asociadas con la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular así como con complicaciones macrovasculares de la diabetes, como infarto y accidente cerebrovascular.



Objetivos: Describir la prevalencia, características clínicas y tratamiento de pacientes con DM2 y complicaciones microvasculares.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, de corte transversal, llevado a cabo en 17 provincias de la Argentina entre los meses de mayo y julio de 2019. Se incluyeron los dos primeros pacientes con diagnóstico de DM2 atendidos en consultas ambulatorias cardiológicas, de los que se valoraron características clínicas, de laboratorio y de tratamiento. Las complicaciones microvasculares se definieron de acuerdo a los antecedentes autoreferidos por el paciente. Los datos se analizaron en EPIINFO 7.0. Se utilizó estadística descriptiva cuantitativa y

cualitativa así como inferencial dependiendo de las variables analizadas. El valor de p para la significación estadística se estableció en 0.05.

Resultados: Se incluyeron 694 pacientes en el estudio con una edad media de 64.7 ± 10.5 años, un tiempo de evolución de DM2 en años de 10.7 ± 9.3 , índice de masa corporal (IMC) de 32 ± 5.9 kg/m², tensión arterial sistólica (TAS) de 135 ± 16 mmHg, tensión arterial diastólica (TAD) de 80 ± 9.2 mmHg y una hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) de 7.3 ± 1.6 mg%. El 40.9% de los pacientes presentó complicaciones microvasculares (31.4% nefropatía, 10.5% retinopatía, 8.3% neuropatía y 3.3% pie diabético). La edad media fue de 65 ± 10 años, el tiempo de evolución de DM2 fue 11.2 ± 8.6 años, el IMC 28.8 ± 5.3 kg/m², el LDL 97.5 ± 41.2 mg/dl, la TAS de 134.7 ± 17.3 mmHg, la TAD de 79.2 ± 9.9 mmHg, la Hb1Ac de 7.3 ± 1.7 mg%, la glucemia en ayunas de 143.5 ± 55.7 mg/dl y el clearance de creatinina (CKD EPI) de 65.7 ± 23.4 mL/min/1.73m². De estos pacientes el 91.8% eran hipertensos, 81.4% dislipémicos, 7.8% tabaquistas, 38% ex tabaquistas, 59% obesos, 63.7% presentaba antecedentes cardiovasculares mayores (CV) y el 37.3% insuficiencia cardíaca (IC). En el análisis univariado sólo el abandono del hábito tabáquico (p 0.005), los antecedentes CV mayores (p 0.00001) y la presencia de IC (p 0.00001) se asociaron de forma independiente con las complicaciones microvasculares (Ver tabla). En relación al tratamiento de los pacientes con estas complicaciones, 87.5% recibían IECA/ATII, 64% AAS, 73% estatinas, 78.6% metformina, 14.9 % sulfonilureas, 35.2% insulina, 26.9% IDPP4, 13% ISGLT2 3.5% y 3.5% AGLP1 (Ver gráfico).

Conclusión: Las complicaciones microvasculares son frecuentes en pacientes con DM2 atendidos en el consultorio de cardiología, predominando la nefropatía. Se encontró asociación entre la existencia de dichas complicaciones con los antecedentes CV mayores y la presencia de insuficiencia cardíaca, no así con los factores de riesgo cardiovascular tradicionales.

0398 - CIRUGÍA DE PRESERVACION VALVULAR COMO ALTERNATIVA EN ENFERMEDAD DE LA RAÍZ AÓRTICA, RESULTADOS A 10 AÑOS

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Valvulopatías

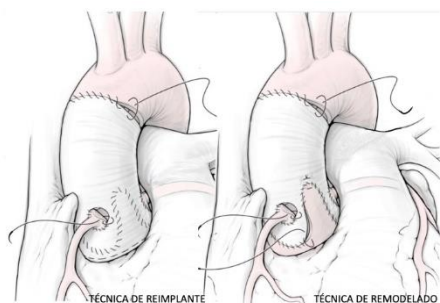
Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular

PICCININI, Fernando | ARANDA, Adriana | VRANCIC, Juan Mariano | CAMPORROTONDO, Mariano | ESPINOSA, Juan Carlos | SEOANE, Leonardo | DORSA, Alberto | NAVIA, Daniel

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

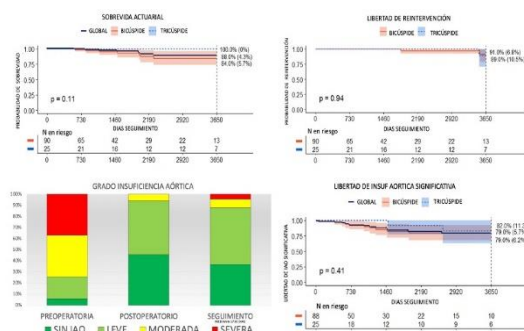
Introducción: Desde 1968, la enfermedad aneurismática de la raíz aórtica ha sido tratada mediante el remplazo con tubo valvulado. En las últimas décadas, la cirugía de preservación valvular surge y evoluciona como una opción al remplazo protésico.

Objetivos: Reportar la experiencia en la técnica de preservación valvular aórtica y su impacto a largo plazo.



Materiales y Métodos: Revisión de 116 casos consecutivos de enfermedad aneurismática de la raíz aórtica, con o sin disfunción valvular y criterios de reparabilidad, intervenidos entre 2005 y 2019; todos pacientes con indicación quirúrgica por guías clínicas. Previo ecocardiograma transesofágico y angiotomografía, se procedió al reemplazo de aorta ascendente y reparación valvular acorde a su clasificación anatomofuncional. Realizado el control intraoperatorio la decisión de conversión a reemplazo resultó criterio del cirujano interviniente y comorbilidades. Se reportan variables

intraoperatorias, morbimortalidad intrahospitalaria y mortalidad, libertad de insuficiencia valvular significativa y reoperación al seguimiento, clínico y ecocardiográfico reglado.



Resultados: La edad media 56 ± 15.6 años, varones 73%, mayormente asintomáticos (59%), intervenidos por diámetro aórtico (52 ± 11.7 mm) o progresión de valvulopatía. Postprocedimiento, 94% con insuficiencia leve o nula, 6% con IAo moderada y 2 conversiones (1.7%). Reop por sangrado 4.3%, MCP definitivo 2.6%, IRA no dialítica 6%, ACV 0.9%. Mortalidad 0.9%. A 10 años de seg., sobrevida actuarial del 88% y libertad de insuficiencia significativa (mod/severa) 79%. Se reintervinieron 5 casos, a un intervalo promedio de 9.1 años, libertad de reoperación de 90% a 10 años. No se registraron eventos tromboembólicos ni hemorrágicos mayores.

Conclusión: Conclusión: las técnicas de preservación valvular aórtica, en contexto de enfermedad de la raíz resulta opción válida, segura, reproducible y estable en el tiempo.

0399 - IMPLEMENTACIÓN DE MÉTODO DE NAVEGACIÓN NO RADIOLÓGICA, ECG INTRACAVITARIO Y RADIOSCOPIA COMO MÉTODO DE CONFIRMACIÓN DE PUNTA, EN RELACIÓN A LA DISMINUCIÓN DE COMPLICACIONES ASOCIADAS DE LOS CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

LESCANO, Alejandro Javier | CARUSO, Nicolas | NOVACOVICH, Noemí | COHEN ARAZI, Hernán | BENAİM, Fernando | ALVARADO, Alejandra | FERREYRA, Raul Eduardo | BORTMAN, Guillermo

Sanatorio Trinidad Mitre

Introducción: Disponer de un acceso vascular confiable y efectivo tuvo un rol preponderante a la hora de instaurar tratamientos intravenosos y un desafío constante en para el personal sanitario. La tecnología aplicada a la instalación como el uso del ultrasonido, los sistemas de navegación no radiológicos, la confirmación de punta por electrocardiograma (ECG) intracavitario, aumentaron la tasa de éxito casi al 100% y disminución de complicaciones a valores por debajo del 5%. La utilización del método SIM (Zone Insertion Method) para determinar el lugar de salida/inserción del catéter, también tuvo un rol preponderante en la disminución de complicaciones pre y post inserción

Objetivos: • Identificar las posibles complicaciones asociadas a los catéteres, el nivel de efectividad y disminución de complicaciones.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo y consecutivo de pacientes con PICC colocados entre Enero de 2016 y Junio de 2020 en un Sanatorio de CABA. "PICC colocados con guía ecográfica y posicionamiento de punta con: radioscopia continua, ECG intracavitario y sistema de navegación no radiológico". La vena de elección en todos los casos fue la vena basilica ya que nos permitía un índice de ocupación del vaso del 30%. Y solo un caso se abordó la vena femoral superficial en tercio medio del muslo con tunelización hacia la cara externa del muslo, por no disponer otro sitio de abordaje. Muestreo: Base de datos del servicio de Trasplantes, Insuficiencia Cardíaca y Hipertensión pulmonar de un Sanatorio de CABA. Criterios de Inclusión: Todos los pacientes con terapias intravenosas prolongadas, infusiones vesicantes o irritantes, pacientes con alteración de la coagulación que contraindique un acceso vascular central convencional. Criterios de Exclusión: No hubo

Resultados: Se colocaron 641 catéteres en 605 pacientes, el promedio de días/catéter fue de 71,6. La principal indicación que requirió indicación de PICC fue la patología oncológica, seguido de patología cardiovascular, Hipertensión pulmonar, tratamiento de infecciones severas, cirugías abdominales, quemados, nutrición parenteral y otras patologías crónicas. (Tabla 1) En total se observaron 54 complicaciones asociadas a catéter, de las cuales solo 18 requirieron recolocación (Tabla 2) La incidencia de complicaciones asociadas fue de 8,42%, lo que representa 84/1000 días catéter, valor muy bajo en comparación con el resto de los catéteres centrales disponibles.

Conclusión: • Se obtuvo como resultado un dispositivo seguro aplicable para todos los tratamientos intravenosos prolongado y patologías complejas, apto para todo el entorno médico, con un promedio de 71,6 días catéter, muy por encima del valor obtenido en estudio anterior y con otro tipo de catéteres. • Este dispositivo tiene un mayor grado de recomendación en pacientes COVID-19 por menor riesgo de exposición del instalador cerca de la cabeza tanto para la colocación como para el mantenimiento y la posibilidad de colocación de un PICC en decúbito prono, también la utilización de sistemas de navegación no radiológicos y el uso de ultrasonido evita el traslado de los pacientes por diferentes servicios y la movilización de equipos de rayos hacia la habitación del paciente. • La baja tasa de incidencia global de complicaciones y la duración de los dispositivos, se considera que es altamente recomendable la utilización de PICC para terapias intravenosas prolongadas independientemente de la complejidad de los pacientes.

0400 - INDICE DE PULSATILIDAD DE LA ARTERIA PULMONAR EN CIRUGIA CARDIACA Y SU CORRELACIÓN CON PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS DE DISFUNCION VENTRICULAR DERECHA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

CRACCO, Miguel Angel | BURGOS, Lucrecia Maria | GHIBAUDO, Sebastian Oscar | BALLARI, Franco | FURMENTO, Juan Francisco | GIL RAMIREZ, Andreina Josefina | NAVIA, Daniel Oscar | SEOANE, Leonardo Adrián

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

VARIABLES HEMODINÁMICAS	ÁREA BAJO LA CURVA ROC	95% de intervalo de confianza	
		Límite inferior	Límite superior
iPAP	0,72	0,57	0,88
GTP	0,94	0,89	0,99
dGTP	0,92	0,78	1,0

iPAP=presión sistólica pulmonar-presión diastólica pulmonar/presión auricular derecha.

GTP=Wedge-presión pulmonar media. dGTP=Wedge-presión diastólica pulmonar.

Introducción: La disfunción ventricular derecha (DVD) es un posible escenario en el post-operatorio de cirugía cardíaca que está asociado a un aumento de la morbi-mortalidad. Para su diagnóstico bedside se utilizan distintos métodos como el ultrasonido cardíaco y la cateterización derecha. Se ha demostrado que un parámetro hemodinámico novedoso, el índice de pulsatilidad de la arteria pulmonar (iPAP) predice DVD en otros escenarios clínicos, pero no ha sido evaluado en el post-operatorio de cirugía cardíaca.

Objetivos: 1) Evaluar la relación entre los parámetros ecocardiográficos de función del ventrículo derecho (VD) y el iPAP obtenido mediante el catéter de Swan-Ganz en el post-operatorio de cirugía cardíaca. 2) Evaluar la capacidad de parámetros hemodinámicos invasivos para predecir falla de VD.

Materiales y Métodos: Se analizó una cohorte retrospectiva y consecutiva, unicéntrica, en el que se incluyeron pacientes de cirugía cardiovascular que posean una medición hemodinámica mediante catéter de Swan-Ganz y una valoración ecocardiográfica de forma sincrónica en el post-operatorio temprano. Se midieron parámetros de función ventricular derecha ecocardiográficos (TAPSE: excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo, DTI: pico de onda sistólica del anillo tricuspídeo; FAC: fracción de acortamiento) y se correlacionó con el iPAP (presión sistólica pulmonar-presión diastólica pulmonar / presión de aurícula derecha) obtenidos mediante cateterización derecha. Esta correlación se evaluó mediante el coeficiente de Spearman o Pearson, según corresponda. Se calculó el área bajo la curva ROC para evaluar el valor predictivo del iPAP, gradiente transpulmonar (GTP) y gradiente diastólico transpulmonar (dGTP) para la falla de ventrículo derecho. Ésta se definió mediante parámetros ecocardiográficos (TAPSE < 17 mm, DTI < 10 cm/s y Fac < 25%) y parámetros hemodinámicos (presión auricular derecha > 17 mmHg e índice cardíaco < 2,2 l/min/m²).

Resultados: Se incluyeron 110 pacientes. La edad promedio fue de 66 años (±13). El 56% eran de sexo masculino. De los procedimientos quirúrgicos realizados, el 52% fueron cirugías de reemplazo valvular, el 17% cirugías de aorta, el 8% cirugía de revascularización miocárdica aislada, 4,5% trasplantes cardíacos, 2,7% endarterectomías

pulmonares y 18% otros. En el 13% se trataba de una re-operación cardíaca. Al analizar la asociación de PAPI con TAPSE, el coeficiente de Spearman mostró una correlación positiva (ρ de Spearman=0,308, $p=0,001$). El DTI del anillo triscúpeo también se correlacionó positivamente con el PAPI (ρ de Spearman= 0,247, $p=0,009$) mientras que la FAC no presentó correlación ($p=0,1$). 4 pacientes presentaron falla de ventrículo derecho. El análisis ROC demostró un área bajo la curva de 0,72 (IC 95%, 0,57-0,88) para el parámetro iPAP, de 0,94 (IC 95%, 0,89-0,99) para el GTP y de 0,92 (IC 95% 0,78-1) para el dGTP para predecir falla de ventrículo derecho.

Conclusión: Los parámetros ecocardiográficos de función ventricular derecha en el post-operatorio de cirugía cardiovascular tuvieron una buena correlación con iPAP. Presentando el GTP y el dGTP una muy buena capacidad predictiva de falla de VD. Éstos podrían ser de utilidad como potenciales marcadores de falla de VD en el postoperatorio de cirugía cardíaca, siendo necesario estudios adicionales que determinen la utilidad e implicancias clínicas en este escenario.

0401 - LA LOGÍSTICA PREHOSPITALARIA EN EL MANEJO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Imágenes.20

ANQUIZ DORADO, Abdiel Mateo (1) | PINTO MENCHACA, Luis Fernando(2) | CHARASK, Adrian(3) | DRA. MAZZUCHELLI, Gabriela(4) | DORRE, Martín(4) | ANDERSEN, Gustavo Federico(3) | DR. LEGUIZAMON, Jorge(3) | BARRERO, Carlos Manuel(3)

Clínica Bazterrica (1); CLINICA SANTA ISABEL (2); Clínicas Bazterrica y Santa Isabel (3); OMINT Emergencias (4)

	Código IAM 25 pts
EDAD mediana RIC.	63 (57-73)
SEXO	72%
Diabetes	24%
Tabaquista	44%
Dislipemia	20%
Angioplastia previa	8%
Cirugía previa	8%
Killip > 1	12%
Inicio dolor ingreso	165 (95-233)
TPB	65 (43-151)
TTI	250 (138-360)

Introducción: El Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del segmento ST (IAMCEST) es una de las principales causas de mortalidad cardiovascular. El tratamiento de reperfusión (REP) y en especial la angioplastia primaria (ATCp) es la terapéutica de elección, sin embargo, la sola disponibilidad no asegura que se realice en los tiempos recomendados y puede no impactar en la reducción de la morbimortalidad del infarto (IAM). La recomendación actual es que los pacientes (Pts) consulten al sistema de emergencias y que los pts no concurren en forma directa a la guardia, sin embargo sin un sistema de logística prehospitalaria esa recomendación puede ser inadecuada.

Objetivos: 1- Establecer la factibilidad de realizar un sistema de logística prehospitalaria para el tratamiento del IAMCEST en el sistema privado de salud a través de una prepaga. 2- Evaluar el Tiempo Puerta Balón (TPB) y Tiempo Total de Isquemia (TTI) de los pts del prepago con activación del Código IAM.

Materiales y Métodos: Es un estudio prospectivo en el cual se realizó en forma conjunta con dos clínicas privadas de CABA y el prepago perteneciente al mismo grupo de salud. Se estableció un protocolo operativo (Código IAM): la llamada del paciente por dolor precordial al prepago activa el Código Rojo (llegar < 15 ´) que vira a Código IAM lo que obliga al médico (primer contacto médico) realizar en menos de 10 minutos un electrocardiograma y a través de la logística del prepago se envía la imagen del ECG por WhatsApp a un smartphone institucional de la UCO activo 24h x 7días. La activación del Código IAM preactiva al servicio de hemodinamia. Se utilizó como validación externa y confiabilidad de los datos el registro ARGENIAM de la SAC vía WEB y llenada por diferentes operadores que desconocían la forma de consulta del paciente.

Resultados: En total se registraron 911 ECG en los smartphones de las 2 clínicas desde enero de 2018 a junio de 2020, el código se activó en 65 pts (7,2%) de los cuales 25 pts ingresaron con elevación del ST (2,75%). En la tabla se resume las características de la población el tiempo puerta balón (TPB) y tiempo total de ischemia (TTI).

Conclusión: En el sistema privado de atención de urgencias es factible realizar un programa Código IAM, siempre que haya una adecuada logística prehospitalaria. Asimismo, el programa demostró poder cumplir con los tiempos recomendados por los consensos nacionales e internacionales (≤ 90 min)) y disminuir el TTI. Existen otros componentes del tiempo total de ischemia que deben ser valorados y dependen especialmente de la consulta temprana del paciente. Implicancia epidemiológica: En nuestro país en donde la medicina prepaga abarca alrededor de un 15% de la cobertura de la población debiera haber una política pública para establecer un sistema de logística prehospitalaria para disminuir el tiempo de tratamiento del IAM y, asimismo, promover entre sus afiliados llamar al servicio de emergencias en forma temprana cuando aparecen los síntomas.

0402 - PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DE LOS INFARTOS AGUDOS DE MIOCARDIO CON TROPONINA T POSITIVA Y CK MB NEGATIVA

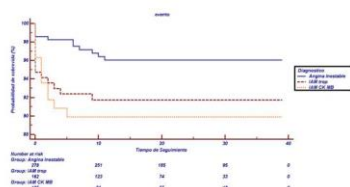
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

NOVO, Fedor Anton Fernando | GAMBARTÉ, María Jimena | HIGA, Claudio | GIORGINI, Julio | BERTOLINO, Tomas | TUPAYACHI VILLAGOMEZ, Omar Darío | BORRACCI, Raul Alfredo | FEDERIK, Guadalupe

Hospital Alemán



Introducción: En la actualidad se desconocen las implicancias pronosticasde los Infartos Agudos de Miocardio (IAM) con troponina positiva y CK MB negativa (IAM TNT+ MB-). El objetivo de este trabajo consiste en evaluar la mortalidad y la tasa IAM no fatal a largo plazo en estos pacientes y comparar su evolucióncon las anginas inestables (AI) y los IAM MB+.

Objetivos: Evaluar la mortalidad y la tasa de IAM no fatal a largo plazo en pacientes con IAM TnT + MB - y comparar su evolución con las anginas inestables (AI) y los IAM TNT+MB +, acorde a la redefinición actual de Infarto

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años ingresados consecutivamente a la Unidad Coronaria de un Hospital de Comunidad con diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA) con y sin elevación del Seg ST. El rango de tiempo de inclusión fue desde 2007 hasta el 2019. El análisis primario tuvo un total de 718 pacientes. Luego de aplicar los criterios de exclusión se obtuvo una población de 645. Aplicando la cuarta redefinición, se clasificaron como IAM MB+ a aquellos que presentaron una elevación de los valores de CK MB mayor del doble del valor máximo de referencia normal y como IAM TNT+ MB - a aquellos que presentaron elevación de los valores de troponina T por encima del percentilo 99 normal y MB-. Las AI quedaron definidas como SCA con TNT- y MB-. Definidas con un score de GRACE > 140. Se aplicó un seguimiento promedio de 37 meses. Se utilizó el test de chi-cuadrado para comparar variables categóricas y el test de ANOVA (Kruskal Wallis) para variables continuas y de Schaffé para comparación intragrupo post hoc. Las variables discretas se expresaron como porcentajes y las variables cuantitativas como media, desvío estándar o mediana y cuartiles 25-75 según si su distribución haya sido paramétrica o no paramétrica, respectivamente. El punto final fue mortalidad e infarto no fatal

Resultados: Alrededor del 30% de los pacientes ingresados tuvieron diagnósticos de IAM TNT+ MB-, un 19% elevación de ambos marcadores y el restante (AI) marcadores negativos. Los primeros fueron pacientes de mayor edad (68 ± 12 vs 62 ± 14 años $p < 0.0001$), y hombres presentaron más infradesnivel del ST (24% vs 19% $p < 0.05$) e inversión de la onda T (30% vs 10% $p < 0.0001$) y menos frecuentemente supradesnivel transitorio del ST (17% vs 57% $p < 0.0001$). Los IAM TNT+ MB- recibieron en comparación a los IAM MB+ menor tratamiento con clopidogrel (92% vs 94% $p < 0.006$), inhibidores de la HMG CoA reductasa (4.3% vs 16% $p < 0.0001$), inotrópicos (4.7% vs 9.6% $p < 0.01$) y se les realizó menor número de cinecoronariografías (77% vs 91% $p < 0.0001$). También presentaron menos shock cardiogénico (0 vs 2.4% $p < 0.0001$). El punto final combinado ocurrió con mayor frecuencia en el grupo CK MB+ (5.5% vs 4.7% $p < 0.001$, log Rank test $p = 0.03$.)

Conclusión: Al diferenciar los pacientes que teniendo troponina positiva pero marcadores convencionales negativos encontramos una muestra, en donde el riesgo cardiovascular es diferente, ubicándose en un sector intermedio entre las Anginas inestables y los Infartos CPKMB+. Por lo que nos parece prudente discriminar a este grupo y por ello no abandonar el uso de marcadores clásicos de lesión miocárdica.-

0403 - PREDICTORES ECOCARDIOGRÁFICOS DE TROMBO EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR DE TIEMPO INDETERMINADO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

RIVADENEIRA, Cinthia Yohana | DR FERNANDEZ, Fabricio | DR ZARATE, Luis | BISUTTI, Julio Hector | ALUSTIZA, Walter Ramon | VENTRICI, Javier Fabian | DR BULACIOS, Marcelo | MARTURANO, María Pía

Sanatorio Pasteur de Catamarca

Introducción: El ecocardiograma transtorácico (ETT) posee una baja sensibilidad para detectar trombos en la orejuela de la aurícula izquierda.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio fue analizar la existencia de variables ecocardiográficas para predecir su presencia y además analizar variables asociadas a la presencia de trombo en el ecotransesofágico (ETE).

Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectivo en único centro incluyendo 365 pacientes (pac), ingresados en forma consecutiva con diagnóstico de FATE desde enero del 2015 a diciembre del 2019. Todos los estudios ecocardiográficos fueron realizados por operador entrenado. Las variables cuantitativas fueron descriptivas, posteriormente dicotomizadas y las variables cualitativas fueron comparadas utilizando test estadístico de Chi-cuadrado y test estadístico de Mann Whitney, complementando el análisis con Test de regresión logística multivariado, objetivándose un nivel estadístico de significancia menor a 0.05 con un intervalo de confianza del 95%

Resultados: Se incluyeron 365 pac. con FATE con la intención de realizar cardioversión eléctrica durante la internación por lo que se les efectuó ETT al 100% de los pac y ETE a 320 pac (87,6%) para evaluar presencia de trombo (OAI) independientemente si recibían o no terapia anticoagulante previa. Con una mediana de edad de 72 años (RIC 63-79) 42% fueron mujeres, enfermedad coronaria 22%, HTA 81%, DBT 24%, ACV 18%, enfermedad vascular periférica (EVP) 21 %, Insuficiencia cardíaca 35%, Tabaquista 24 %, Obesidad 22%, insuficiencia renal crónica (IRC) 11%, anemia 28 %, CHADS VASC < 2 30%, HAS BLEED < 2 64%. En los estudios realizados se evidenciaron trombos en OAI en 63 pac (17,5%). En el análisis comparativo de la muestra (pac con y sin trombos) se vio significancia estadística en las siguientes variables cualitativas ecocardiográficas del ETT: Dilatación de aurícula

izquierda (DAI) $p < 0.001$ OR 7.8 IC 95% 2.7-22, Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI por simpson) $< 55\%$ $p < 0.001$ OR 3.8 IC 95 % 2.1-6.7. En el ETE se encontraron las siguientes variables cualitativas y cuantitativas de asociación: Velocidad de orejuela de AI < 35 cm/sg $p < 0.001$ OR 25 IC 95 , ecogenicidad sanguínea espontanea $p < 0.001$ OR 19 IC 95 %, ateromatosis aortica $p < 0.02$ OR 2.3 IC 95 % 1.3-4.

Conclusión: En nuestra población estudiada el tamaño de AI y la disfunción ventricular encontrada en el ETT se asocio a presencia de trombo en el ETE. Además podemos concluir que la presencia de ateromatosis aortica, ecogenicidad sanguínea espontanea y bajas velocidades en la orejuela de AI en el ETE se asociaron a presencia de trombo.

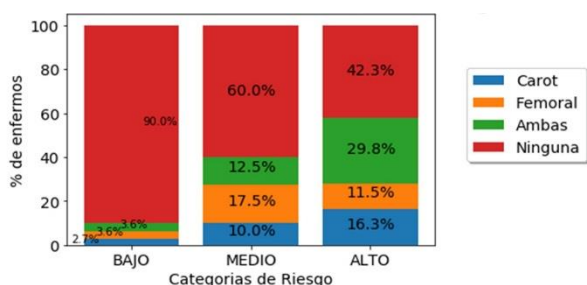
0406 - ENCUESTA DE FACTORES DE RIESGO Y DETECCIÓN DE ATEROSCLEROSIS SUBCLINICA

Modalidad: Temas Libres

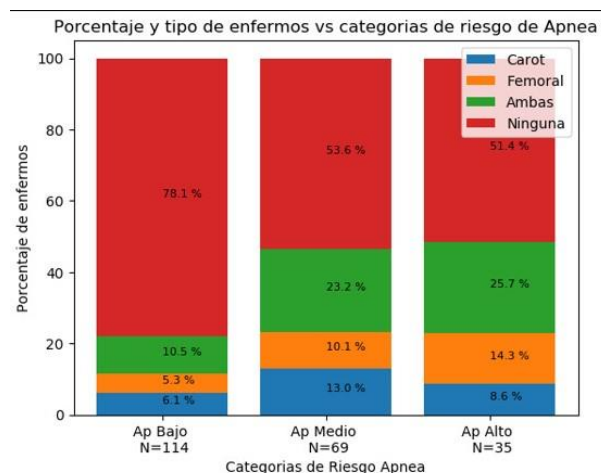
Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

GONZALEZ PARDO, Fernando Omar | CASAS, Jorge María | PIPKIN, Mariano | LEZCANO, María Milagros | MATEU, María Vanesa | GONZÁLEZ ROS, Mauro | LORENZO, Olivero | BAVIO, Jose

Diagnóstico Cardiovascular y Especialidades Médicas (CEDIC)



Introducción: Los scores de cálculo de riesgo cardiovascular(RC) han sido diseñados para estimar y predecir eventos en pacientes sin enfermedad vascular entre los 40 y 79 años. El RC en el hombre se incrementa a partir de los 45 años y en las mujeres a partir de los 55 años. En pacientes catalogados de riesgo intermedio la tasa de eventos cardiovasculares estimada es de 8 a 11 %. Se cuestiona el valor predictivo, la aplicabilidad, y su validación.



Objetivos: 1. Conocer los factores de riesgo de la población de Bahía Blanca y zona de influencia en un predio ferial 2. Determinar mediante el uso de técnica de ultrasonido vascular la presencia de ASC(ateromatosis subclínica) en vasos femorales y carotídeos 3. Analizar la correlación entre factores de riesgo , grupos de riesgo y ASC

Materiales y Métodos: Se realizaron 347 encuestas en forma consecutiva durante los 4 días de la feria. En 254 registros se analizaron las placas carotídeas, femorales., los factores de riesgo, hábitos saludables , peso ,presión arterial y test de probabilidad de apnea de sueño. Se establecieron tres categorías de riesgo: bajo riesgo(hombres < 45 años , y mujeres menores 55 años) moderado riesgo(hombres 45 a 55 años ,y mujeres 55 a 60 años),alto riesgo(hombres >55 años, mujeres> 60 años).).Para la determinación de placa de ateroma se utilizó un equipo portátil marca GE con transductor lineal de 7 MGHZ.La exploración de vasos femorales se realizó hasta la bifurcación en arteria femoral común y profunda. Se definió placa de ateroma a la presencia de elevación = 1.5mm sobre la íntima del vaso. Se exclu-yeron personas >de 80 años y<="" p="">

Resultados: La edad promedio fue de 53 ±5 (18-78), el 61 % sexo femenino. 114 encuestas se clasificaron en individuos de bajo riesgo por edad, 47 moderado, y 148 alto. El 26.5% de los encuestados no tenían factores de riesgo cardiovasculares (FRC), el 34,5% 1, 28,3% 2, 8,6% 3,2,3 % 4 FRC. La prevalencia de DSL fue del 36%, HTA 32%, obesidad 32%, TBQ15% y DBT 10%. El 45 % de los encuestados recibía tratamiento farmacológico para dislipemia y 108 para HTA estando bien tratados el 63.8%, mal tratados el 36.2%. 234 refirieron no ser HTA,181(78.21% tenían valores normales) y 51(21.79%) eran HTA no tratados. El 68.7% (234) eran sedentarios. En 254 se realizó ecodoppler siendo la prevalencia de ASC 34.2% (84/254), el 15.7% ambas, 9.1% carotídea, 9.4% femoral. El 9.9 % bajo riesgo tenían placas (2.7% carotídea, 3.6% femoral, 3.6% ambas). En mediano riesgo el 40% placa (10% carotídea, 17.5% femoral, 12.5%ambas) y en alto riesgo el 57.6% (16.3% carotida,11.5%femoral y 29.8% ambas). El RR para asociación con placa fue 2 DBT; 1.96 Dislipemia,1.48 HTA, 1.0 TBQ, 1 obesidad. La alta probabilidad de apnea de sueño se asoció con el FR obesidad e HTA y el 50% de este grupo tenía placa de ateroma.

Conclusión: La encuesta (FISA) permitió conocer FRC y ASC en una población no seleccionada de BA.BCA. La presencia de placa de ateroma permite identificar a un número importante de sujetos con riesgo bajo o intermedio por edad, quienes no califican para ser tratados con estatinas . La búsqueda de ASC es útil para reclasificar a los casos de riesgo bajo o intermedio a una categoría de riesgo superior. Se destaca un alto prevalencia de obesidad, sedentarismo, e HTA coincidiendo con registros argentinos el 36.4% de los hta no estaban bien tratados y el 21.79% no diagnosticados. El factor de riesgo obesidad e hta se asoció con una alta probabilidad de tener apnea obstructiva de sueño.

0408 - CAPTURE: UN ESTUDIO TRANSVERSAL DE LA PREVALENCIA CONTEMPORÁNEA (2019) DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ARGENTINA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

Unidad Temática 2: Enfermedad Cardiovascular

DIEUZEIDE, Guillermo (1) | WAITMAN, Jorge(2) | PUGNALONI RODRIGUEZ, Natalia(3) | RODRIGUEZ, Maria Virginia(3) | NARDONE, Lucrecia(4) | OVIEDO, Alejandra Isabel(5)

Centro de Atención Integral en Diabetes, Endocrinología y Metabolismo, Chacabuco, Buenos Aires, Arge (1); Centro Diabetológico Córdoba Dr. Waitman (2); Novo Nordisk A/S, Buenos Aires, Argentina. (3); Fundación CEMAIC, Córdoba, Argentina (4); CENUDIAB (Centro Médico Diabetes y Nutrición), CABA, Argentina (5)

Introducción: En general contamos con pocos datos sobre la prevalencia de enfermedad cardiovascular (ECV) en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Objetivos: El estudio CAPTURE investigó la prevalencia contemporánea (2019) de ECV establecida en una muestra representativa de la población general con DM2 en 13 países. A continuación, presentamos los hallazgos de Argentina.

Materiales y Métodos: CAPTURE (NCT03811288; NCT03786406) fue un estudio multinacional, transversal, no intervencionista. Se recopilaron datos demográficos, clínicos detallados y estandarizados de adultos >=18 años con DM2 que asistieron a una sola visita de atención médica de rutina en atención primaria o especializada entre diciembre de 2018 y septiembre de 2019. Los datos se analizaron descriptivamente.

Tabla 1. Estimaciones de prevalencia de ECV en adultos con DM2 en 13 países (N = 9823) y en Argentina (n = 834) *				
Diagnóstico de ECV	Definición de diagnóstico de ECV	N (global); n (Argentina)	Prevalencia Global [†] [95% CI] (%)	Prevalencia Argentina [95% CI] (%)
ECV	Enfermedad cerebrovascular; enfermedad arterial carotídea; EC; enfermedad arterial periférica; insuficiencia cardíaca; arritmia cardíaca; enfermedad aórtica	N=3582; n=347	34.8 [32.7; 36.8]	41.5 [38.4; 44.7]
ECV aterosclerótica	Enfermedad cerebrovascular; enfermedad arterial carotídea; EC; enfermedad arterial periférica	N=3074; n=295	31.8 [29.7; 33.8]	35.3 [32.3; 38.4]
EC	Infarto de miocardio; enfermedad coronaria estable; otra cardiopatía isquémica; procedimiento de revascularización anterior	N=2078; n=169	17.7 [16.2; 19.3]	20.2 [17.6; 22.8]
Enfermedad arterial carotídea	–	N=627; n=25	8.4 [7.0; 9.7]	3.0 [1.8; 4.1]
Enfermedad cerebrovascular	Accidente cerebrovascular isquémico; hemorrágico o no especificado; ataque isquémico transitorio	N=672; n=69	7.2 [5.9; 8.4]	8.3 [6.5; 10.1]
Arritmia cardíaca y anomalías en la conducción.	Fibrilación auricular; aleteo auricular; taquicardia supraventricular o ventricular; fibrilación ventricular; bradiarritmia: disfunción del nodo sinusal o bloqueo AV	N=685; n=60	4.2 [3.4; 5.1]	7.2 [5.4; 8.9]
Enfermedad arterial periférica	Enfermedad arterial periférica asintomática (índice tobillo/brazo <0,90) o abolición del pulso; claudicación isquémica de extremidades; amputación no traumática	N=489; n=94	2.6 [2.0; 3.1]	11.2 [9.1; 13.4]
Insuficiencia cardíaca	Insuficiencia cardíaca sintomática o asintomática; hospitalización por insuficiencia cardíaca	N=579; n=47	2.4 [2.1; 2.7]	5.7 [4.1; 7.2]
Enfermedad aórtica	Dissección aórtica o aneurisma; enfermedad aórtica tromboembólica	N=96; n=8	0.4 [0.2; 0.6]	1.0 [0.3; 1.6]

* Las estimaciones globales se ponderan para el tamaño de la población con DM2 de cada país en Argentina, Australia, Brasil, China, República Checa, Francia, Hungría, Israel, Italia, Japón, México, Arabia Saudita y Turquía.
AV, auriculoventricular; EC, enfermedad coronaria; IC, intervalo de confianza; ECV, enfermedad cardiovascular

Resultados: De la población total del estudio CAPTURE (N = 9823), 834 participantes fueron de Argentina (atención primaria: 474; atención especializada: 360) con las siguientes características: medias ($\pm$ desvío standar) y [mediana]: edad 63.8 años ($\pm$ 10.1) [64.0], duración de la diabetes 11.9 años ($\pm$ 8.0) [10.7] y HbA1c 7.59% ($\pm$ 1.55) [7.20]; El 44,6% eran mujeres. La prevalencia global de ECV fue del 41,5% [38,4; 44.7] IC 95%, la mayoría fue categorizada como ECV aterosclerótica (35.3% [32.3; 38.4] IC 95%) (Tabla 1). La prevalencia de enfermedad coronaria fue: 20,2% [17,6; 22.8] IC 95%, enfermedad arterial carotídea: 3.0% [1.8; 4.1] IC 95%, enfermedad cerebrovascular: 8.3% [6.5; 10.1] IC 95% y enfermedad arterial periférica: 11.2% [9.1; 13.4] IC 95%. La prevalencia de insuficiencia cardíaca fue: 5,7% [4,1; 7.2] IC 95%. Las estimaciones de prevalencia fueron similares en los entornos de atención primaria y especializada.

Conclusión: CAPTURE fue el primer estudio multinacional transversal que evaluó la prevalencia de ECV en adultos con DM2 utilizando una metodología estandarizada y demostró que, en Argentina, cuatro de cada diez adultos con DM2 presentan ECV establecida. La prevalencia de ECV en Argentina es más alta que la estimación de prevalencia global (41.5% vs 34.8%).

0409 - IMPACTO DEL SEGUIMIENTO POR UNA CLÍNICA DE VALVULOPATIAS EN LOS RESULTADOS INMEDIATOS DE PACIENTES DERIVADOS A CIRUGÍA E INTERVENIDOS POR INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA.

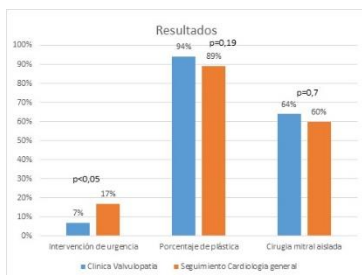
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Valvulopatías

VIVAS, Martín Federico | CASTRO, María Florencia | CAMPINS, Rodrigo | MITRIONE, Soledad | CAMPORROTONDO, Mariano | NAVIA, Daniel | VRANCIC, Mariano | TRIVI, Marcelo

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires



Introducción: La Clínica de Valvulopatías del ICBA (ClinV) está integrada por un grupo de cardiólogos especialistas en enfermedades valvulares que realizan las consultas clínicas, los estudios diagnósticos, la discusiones terapéuticas con los cirujanos cardiovasculares, valoración de resultados intraoperatorios y seguimiento post procedimiento

Objetivos: Comparar los resultados inmediatos de pacientes derivados a cirugía cardiovascular, donde se intervino la insuficiencia mitral, según el seguimiento haya estado a cargo de la ClinV o cardiólogos generales (Institucionales o extra institucionales).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, unicentrico, de corte transversal. Se incluyeron 300 pacientes (p) derivados a cirugía cardiovascular entre el 2006 y el 2019, en los cuales se intervino la válvula mitral por insuficiencia severa. Se analizaron 100 p en seguimiento por la ClinV (G 1) y se los comparó con 200 p, que recibieron seguimiento por cardiólogos generales (G 2). Se evaluaron variables clínicas y ecocardiográficas, relacionando la estrategia de seguimiento implementada con la evolución intrahospitalaria. Se realizó análisis multivariado con modelos de regresión de Cox para comparar HR para muerte a 30 días. También se analizó el porcentaje de plástica, los días de internación y la urgencia en la indicación. Para el análisis se evidencio distribución normal de las variables por los cual se utilizaron test exacto de Fisher o Chi2 para variables categóricas y test T de student para variables continuas

Resultados: La edad media de la población fue de 64 ± 12 años, 58% de sexo masculino (173p). Se detectó fibrilación auricular (FA) en 88p (29%), sin diferencias estadísticas entre los grupos. La fracción de eyección promedio fue de $61 \% \pm 11$, similar en ambos grupos, y la presión sistólica de la arteria pulmonar fue de 44 ± 12 mmhg, significativamente mayor en el G2 (42 ± 11 vs 46 ± 13 p<0.05). Se realizó plástica mitral en 90% de los p y se registró una mediana de 6 días RIC 5-10 de internación, sin diferencias entre los grupos. 259 p fueron sometidos a cirugía electiva 93% en el G1 y 83% en el G2 y 41 p a cirugía de urgencia 7% en el G1 y 17% en el G2, p < 0.05. En el análisis multivariado, se asociaron al evento muerte a 30 días la cirugía de urgencia HR 7.69 (IC95% 1.73 - 34.28) p:0.007, la edad HR 1.18 (IC95% 1.01-1.23) p: 0.029 y el sexo femenino HR 0.16 (0.03- 0.98) p:0.05

Conclusión: El seguimiento de pacientes valvulares por una clínica de especialistas, evidencia menores intervenciones de urgencia y derivación a cirugía con grados menores de hipertensión pulmonar. La mortalidad intrahospitalaria se asoció independientemente a la edad del paciente, al sexo femenino y a la cirugía de urgencia. El manejo por la ClinV implica una derivación oportuna, de claro impacto en la mortalidad a 30 días.

0410 - CARACTERÍSTICAS Y EVENTOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA SEGÚN FRACCIÓN DE EYECCIÓN

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

INGINO, Florencia Paula | DEL CASTILLO, Santiago Luis | BAGNATI, Rodrigo P. | DUARTE, Daniel | LOMBARDO, Leonardo Jesús | BLANCO, Narel

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Las guías clasifican la insuficiencia cardíaca (IC) en tres grupos en base a la fracción de eyección al momento de presentación. Es conocido que estos grupos difieren en sus características clínicas y pronóstico.

Objetivos: Evaluar las características basales y eventos clínicos durante la internación y a 90 días de pacientes internados por IC aguda según fracción de eyección.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo, de pacientes ingresados con diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda entre 2018-2020. Se dividieron en tres grupos según FE siguiendo las guías internacionales (ICFEr, ICFEm y ICFEp). Se compararon características basales y eventos clínicos durante la internación y a los 90 días.

Tabla 1 Características clínicas nasales y resultados				
	ICFEr	ICFEm	ICFEp	P
Pacientes n (%)	38 (28.6)	16 (12)	79 (59.4)	
Edad media (±DS)	75 (15)	81(10)	79 (13)	0.019
Sexo femenino %	39.5	37.5	56.9	0.012
HTA	84.2	87.5	83.5	0.92
DBT	47.3	37.5	29.1	0.15
FA	34.2	75	53.1	0.017
Enf. Coronaria.	39.4	18.5	18.9	0.047
EAP	13.6	31.2	26.2	0.12
Sobrecarga de vol.	84.2	62.5	73.4	0.12
Bajo volumen min.	2.6	6.2	0	0.12
BNP mediana (RIC)	5000 (1960-10000)	4742 (4225-5469)	3405 (1777-8835)	0.06
Tn de Ingr, mediana (RIC)	59 (31-144)	52 (36-113)	47 (18-70)	<0.001
Cr de ingr, media (±DS)	1.4 (0.6)	1.6 (0.7)	1.3 (0.8)	0.03
Valvulopatía Mitral o Ao, significativas%	32.8	11.9	52.2	0.53
Hipertrofia del VI %	20.7	13.5	65.8	<0.001
Valvular	18.4	12.5	22.8	0.6
Etiología isquémica Vs otra causa	50	31.2	12.6	<0.001
Tabla 2 Resultados intrahospitalarios y a 90 días				
	ICFEr	ICFEm	ICFEp	P
Muerte intrahospitalaria n(%)	4 (10.5)	1 (6.7)	6 (7.5)	0.8 (0.9) ¹ (0.7) ²
Síndrome cardiorenal n (%)	19 (48.7)	5 (33.3)	42 (52.5)	(0.2) ¹ (0.4) ²
Reinternación CV a 90 días n (%)	9 (23.1)	0	10 (12.5)	(0.1) ¹ (0.04)²

¹ ICFEm Vs ICFEp / ² ICFEm Vs ICFEr

Resultados: Se incluyeron 133 pacientes, 28.5% presentaron ICFEr, 12% ICFEm y 59.4% ICFEp. En las características clínicas se observaron diferencias en edad (75±15 vs. 81±10 vs. 79±13 años, P=0.019) y en la proporción de sexo femenino a predominio de ICFEp (39.5% vs. 37.5% vs 56,9%, P=0.012). Se observó una diferencia en la prevalencia de FA (34% vs 75% vs 53.1%, P=0.017), y enfermedad coronaria (39.4% vs 18.5% vs 18.9%, P=0.04) más frecuente en ICFEr. Se observaron diferencias significativas en los valores de troponina ultrasensible y creatinina de ingreso entre los distintos grupos, los pacientes del grupo ICFEm mostraron valores intermedios en troponina y los más elevados en Creatinina(tabla 1). Morfológicamente los pacientes con ICFEp tuvieron mayor prevalencia de hipertrofia del VI que el resto de los grupos (20.7% vs 13.5 % vs 65%, P <0.001) y una tendencia a presentar mayor porcentaje de valvulopatías significativas. La etiología isquémico-necrótica fue significativamente mayor en el grupo ICFEr (50% vs 20% vs 12.6 %, P<0.001). No se observaron diferencias significativas respecto de otras etiologías. En cuanto a eventos intrahospitalarios(tabla 2) no hubo diferencias en mortalidad o en síndrome cardiorenal entre los distintos grupos, sin embargo en el grupo ICFEm se observó menor número de días de internación con respecto a los otros dos grupos [6 (4-8) vs 3.5 (2-7) vs 5 (2-8) días, P<0.001]. En el seguimiento a 90 días, si bien las reinternaciones de causa cardiovascular mostraron una tendencia mayor en ICFEp respecto de ICFEm, solo fueron significativamente mayores en ICFEr respecto de ICFEm (23.1% vs 0%, P=0.04).

Conclusión: El subgrupo ICFEm comparte algunas características (edad y etiología isquémica) con el grupo ICFEp y se acerca más al grupo ICFEr en menor hipertrofia del VI. En cuanto a los eventos clínicos, los pacientes con ICFEr presentaron mayor tiempo de internación y mayor número de reinternaciones al compararlos con ICFEm.

0416 - VALOR PRONÓSTICO DE LA RESERVA CONTRÁCTIL EVALUADA POR STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA ASINTOMÁTICA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

Unidad Temática 2: Valvulopatías

ARBUCCI, Rosina | ROUSSE, Maria Graciela | LOWENSTEIN HABER, Diego Maximiliano | SAAD, Ariel Karim | AMOR, Miguel | CANIGGIA, Cristian | MERLO, Pablo Martín | LOWENSTEIN, Jorge A.

Cardiodiagnóstico

Introducción: El strain longitudinal global (SLG) en reposo ha demostrado valor pronóstico en los pacientes (ptes) con estenosis aórtica severa (Eao S). Su comportamiento durante el esfuerzo, es decir la reserva contráctil estimada por SLG (RC SLG), podría estratificar mejor a los ptes asintomáticos que se beneficiarían de una intervención precoz.

Objetivos: Establecer el valor pronóstico a largo plazo de la RC SLG en ptes con Eao S asintomática durante un Eco estrés ejercicio sin isquemia. Secundariamente, comparar si la RC evaluada por Fracción de eyección (Fey) presentaba resultados similares a los de RC SLG.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo realizado entre mayo 2013 a octubre 2019, se incluyeron 101 ptes con Eao S asintomática y Fey conservada, edad promedio de 69 ± 12 años, 54 hombres (53,5%), 61 ptes hipertensos (60,4%), 14 (13,9%) diabéticos, 2 (2%), ATC previa y 10 (9,9%) CRM previa. Se valoró la RC SLG (RC SLG adecuada: incremento de más de 2 puntos absolutos entre SLG basal y pico), y la RC por Fey (RC Fey adecuada: incremento de más de 5 puntos absolutos). Los ptes fueron divididos en 2 grupos (G): G1: Ptes que presentaron RC SLG positiva y G2: Ptes con ausencia de RC SLG. El seguimiento promedio fue de 46.6 ± 3.4 meses y se realizó de manera telefónica. Fueron excluidos los ptes con disinergias en eco basal, miocardiopatías, otras valvulopatías significativas o reemplazo valvular previo. Se consideró evento cardiovascular mayor a: necesidad de reemplazo valvular por síntomas, muerte, IAM y ACV. El SLG fue considerado como el promedio de los 16 segmentos, obtenidos desde las vistas apicales de 3, 4 y 2 cámaras en reposo y ejercicio máximo.

Resultados: De los 101 ptes analizados, 56 ptes (55,4%) se incluyeron en el G1 y 45 ptes (44,6%) en el G2. Los ptes del G2 fueron más añosos ($G2 72.2 \pm 8.5$ vs $G1 66.5 \pm 14.1$), sin diferencias estadísticas en el resto de las variables clínicas basales. Durante el ejercicio se observó que los ptes del G1 alcanzaron mayor METS ($G1 5.6 \pm 2$ vs $G2 4.4 \pm 1.1$, $p 0.013$), KGM ($G1 626.3 \pm 2.4$ vs $G2 511.8 \pm 152.8$, $p 0.05$), y un porcentaje menor de respuesta plana de la tensión arterial ($G1 19.6\%$ vs $G2 37.8\%$, $p 0.036$). La Fey pico resultó diferente entre ambos grupos ($G1 71.5\% \pm 5.8$ vs $G2 66.8 \pm 7.9$, $p < 0.04$). No hubo diferencias significativas en el Área valvular aórtica, Gradientes Medio y Pico, Fey reposo, así como tampoco en el SLG, relación E/e', PSAP, líneas B pulmonares durante el reposo y esfuerzo. El aumento del SLG durante el ejercicio, fue superior en el G1 comparado con el G2 ($G1 SLG 3.07 \pm 0.85$ vs $G2 0.08 \pm 1.9$, $p 0.003$). Lo mismo sucedió con el incremento de la Fey ($G1 7.32 \pm 2.9$ vs $G2 4.7 \pm 5.3$, $p 0.024$) (Tabla 1). En el seguimiento a largo plazo, se observó que los ptes del G2 presentaron mayor eventos en comparación con los ptes del G1 ($G2 26$ eventos (57.8%) vs $G1 19$ eventos (42.2%) $p < 0.01$) con una sobrevida libre de eventos en el G1 del 54.14% (IC95% 45.06 – 63,21) vs $G2 36.54\%$ (IC95% 28.18–44.9), log Rank test $p < 0.022$). (Figura 1) .Cuando se realizó un modelo de Regresión de Cox y se incluyeron todas las variables con significancia < 0.10 , la RC por SLG resultó ser la única variable predictora de eventos mayores (HR: 1.97, IC95% 1.09-3.58), $p < 0.025$). La RC FEY no alcanzó a diferenciar en forma significativa, la sobrevida libre de eventos en ambos grupos ($p = NS$). (Figura 2)

Conclusión: La ausencia de RC SLG durante el eco estrés con ejercicio en ptes con Eao S asintomática identifica un grupo de peor pronóstico en el seguimiento a largo plazo. Este método de valoración resultó ser superior a la RC FEY.

0417 - ESTENOSIS AORTICA. ANÁLISIS DE SOBREVIDA Y VARIABLES PRONOSTICAS EN UNA COHORTE LOCAL.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Valvulopatías

MASSON, Gerardo | CONSTANTIN, Ivan | CARRERO, María Celeste | VERON, Luis Facundo | ESPINOSA, Ezequiel | DÍAZ, Sandra Isabel | MEZZADRA, Maria de La Cruz | STUTZBACH, Pablo Guillermo

Sanatorio Las Lomas

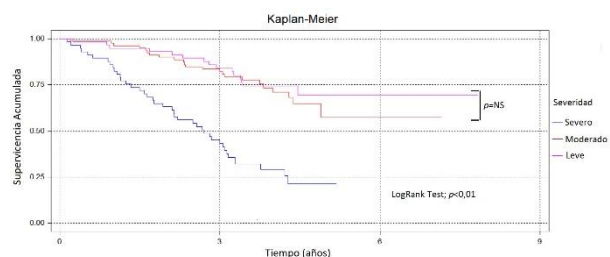
Introducción: La estenosis aortica constituye la valvulopatía significativa más frecuente. El reemplazo valvular ha demostrado mejorar la evolución de pacientes con estenosis severa ante la aparición de síntomas o compromiso ventricular. Sin embargo, el momento óptimo para su intervención es tema de debate, existiendo interrogantes sobre el potencial beneficio en estadios más tempranos de la enfermedad, ya sea pacientes con estenosis grave asintomáticos o sintomáticos con menor grado de estenosis. En este sentido, resulta importante conocer la evolución de la patología en nuestra población e identificar predictores de mal pronóstico.

Objetivos: 1) Evaluar la sobrevida libre de eventos según grado de estenosis valvular basal y 2) Identificar variables clínicas y/o ecocardiográficas predictoras de mal pronóstico.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente a todos los pacientes con estenosis aortica (constatada mediante ecocardiografía) que consultaron a nuestra institución y que se encontraban en seguimiento clínico. Se clasificaron en leves, moderadas o severas, de acuerdo con las recomendaciones vigentes en guías internacionales. El punto final primario fue el combinado de muerte e intervención valvular. Se evaluaron distintas variables clínicas y ecocardiográficas asociadas al punto final combinado. Las variables continuas se expresaron como media $\pm$ DS y las cualitativas como porcentajes. Se realizó el análisis de sobrevida mediante Kaplan-Meier. Se utilizó Logrank test y regresión de Cox para los análisis uni y multivariados, respectivamente. Un valor de p menor a 0,05 fue considerado significativo.

	EAo Leve (n=90)	EAo Moderada (n=53)	EAo Severa (n=59)	p
Edad (Media $\pm$ DS)	68,7 $\pm$ 12,6	73,3 $\pm$ 13,4	76,7 $\pm$ 13,5	0,01
Sexo Femenino (%)	31,1	39,6	44,1	NS
TBQ (%)	11,4	11,5	8,5	NS
DLP (%)	67	51,9	59,3	NS
HTA (%)	76,1	75	79,7	NS
DBT (%)	23,9	15,4	10,2	NS
EC (%)	23,9	30,2	20,7	NS
EVP (%)	16,1	17,3	12,1	NS
IRC (%)	4,5	7,5	5,2	NS
Fey (Media $\pm$ DS)	62,7 $\pm$ 7,8	60,7 $\pm$ 9,8	59,8 $\pm$ 10	NS
DDVI (Media $\pm$ DS)	4,92 $\pm$ 0,63	4,83 $\pm$ 0,66	4,7 $\pm$ 0,57	NS
HC (%)	20	20,7	33,9	NS
IM significativa (%)	6,7	9,4	10,2	NS
Bicúspide (%)	20	22,6	22	NS

Resultados: Se incluyeron un total de 202 pacientes, con un 37,1% de mujeres (n=75) y una edad promedio de 72,3 $\pm$ 13,4 años. El tiempo promedio de seguimiento fue de 3,3 $\pm$ 1,5 años. El 44,6% tenían estenosis de grado leve (n=90), el 26,2% de grado moderada (n=53) y el 29,2% de grado severa (n=59). La prevalencia de aorta bicúspide fue del 21,3% (n=43). Las características clínicas y ecocardiográficas se resumen en la Tabla 1. La sobrevida libre de eventos según grado de estenosis valvular basal fue significativamente diferente en pacientes con estenosis aortica severa (p<0,01) (Grafico 1). El punto final primario se observó en el 22,2%, 32,1% y 72,9% de los pacientes con estenosis de grado leve, moderado y severo, respectivamente (p<0,01). La mortalidad total para estos grupos fue del 13,3%, 22,6 y 37,3% (p<0,01). En el análisis multivariado, se asociaron a mayor incidencia de eventos la edad (HR 1,03; IC95% 1,01-1,05; p<0,01) y la presencia enfermedad coronaria significativa coexistente (HR 1,96; IC95% 1,48-2,44; p<0,01). Estos hallazgos fueron independientes al grado de estenosis aortica basal.



Conclusión: Observamos una alta incidencia de eventos cardiovasculares en los tres grupos, con un riesgo significativamente mayor en pacientes con estenosis valvular severa. De acuerdo con nuestros resultados, la edad y la presencia de enfermedad coronaria coexistente se asociaron a mayor riesgo, independientemente del grado de compromiso valvular basal.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Investigación Básica

Unidad Temática 2: Cardiotoxicidad

GUTIERREZ, Christopher | FARCY, Nicole | VILLA ETCHEGOYEN, Cecilia | DI GIROLAMO, Guillermo | CASTILLA LOZANO, Maria Del Rocio | BONAZZOLA, Patricia

Instituto de Investigaciones Cardiológicas Taquini

Introducción: El Lenograstim es un fármaco incluido dentro de las formas recombinantes del Factor Estimulante de Colonias Granulocíticas (G-CSF), utilizado en el tratamiento subagudo de neutropenia ya que regula la producción, maduración y función de los neutrófilos. Actúa a través de receptores presentes tanto en el sistema hematopoyético como en otros órganos como corazón y cerebro.

Objetivos: A pesar de su extensivo uso, no se ha determinado aún la seguridad cardiovascular del Lenograstim, por ello, nuestro objetivo es determinar el efecto de este medicamento sobre la mecánica cardíaca y sobre parámetros bioquímicos del corazón relacionados con la homeostasis intracelular del Ca^{2+} en cobayos.

Materiales y Métodos: Se utilizaron corazones aislados de cobayo machos adultos que fueron retroperfundidos por la técnica de Langendorff a 37 °C con solución de Krebs-Ringer-Bicarbonato. Un globo de látex fue introducido en la cavidad del ventrículo izquierdo y conectado a un transductor de presión a través de una cánula flexible. Los corazones fueron estimulados eléctricamente a 3Hz. El protocolo seguido consistió: luego de una estabilización del preparado durante 50 min con solución Krebs control, se realizaron 5 ciclos de infusión de Lenograstim en concentraciones crecientes (10, 30, 100, 400 y 800 ng/ml) durante 10 min cada una. Los controles fueron perfundidos sólo con solución Krebs durante el mismo periodo que en presencia de la droga. Se midió la presión desarrollada por el ventrículo izquierdo. A partir de los corazones tratados con la dosis más alta de Lenograstim, se estudiaron los niveles de expresión y fosforilación de proteínas intervinientes en la homeostasis del Ca^{2+} (SERCA2a, receptor de ryanodina (RyR2) fosforilado y fosfolamban (PLB) total y fosforilado), mediante la técnica de Western blot.

Resultados: En el estudio de la mecánica cardíaca, se observó que el agregado de 800 ng/ml de Lenograstim produce un efecto inotrópico positivo ($p < 0,01$) evidenciado por un aumento de la presión desarrollada por el ventrículo izquierdo respecto al control. Sin embargo, dicho efecto no fue observado cuando se utilizaron las concentraciones más bajas. El estudio de la expresión y actividad de las proteínas involucradas en la homeostasis del calcio mostró: una disminución significativa del PLB fosforilado ($p < 0,001$) con respecto al PLB total en los corazones tratados con Lenograstim respecto a los controles. En cambio, no se evidenciaron cambios significativos en los niveles de expresión de SERCA2a ni en la actividad del RyR2 en las muestras tratadas con el fármaco.

Conclusión: El Lenograstim produce un efecto inotópico positivo cuando es utilizado a una dosis de 800 ng/ml. Los resultados obtenidos en el estudio de las proteínas que participan en el manejo de Ca^{2+} en el corazón de cobayo, indican un menor grado de participación del retículo sarcoplásmico (RS) en la movilización del ión durante el proceso de excitación-contracción-relajación cardíaco en presencia de Lenograstim. Dado que el RS es un reservorio intracelular que provee Ca^{2+} para la actividad contráctil su menor participación llevaría a un efecto inotrópico contrario al observado. En consecuencia, el efecto inotrópico positivo en presencia del Lenograstim en el corazón de cobayo, debería explicarse por algún otro mecanismo relacionado con la movilización del Ca^{2+} como el canal de Ca^{2+} de tipo L del sarcolema, que aún no ha sido evaluado.

0420 - IMPACTO DE LA PREACTIVACIÓN EN LOS TIEMPOS AL TRATAMIENTO Y EN LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

Unidad Temática 2: Imágenes.20

CANDIELLO, Alfonsina (1) | BETTINOTTI, Marcelo O.(2) | BORSINI, Armando(1) | BIAGIONI, Corina(3) | CUNEO, Tomas(4) | NITTI, Nicolàs(4) | ACOSTA, Hernan(5) | ALLIN, Jorge(6)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Sanatorio Güemes (2); Hospital Regional de Ushuaia (3); Vanderbilt University (4); Sanatorio Junin de Catamarca (5); Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires (UBA) (6)

Introducción: El tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) es tiempo dependiente. La Preactivación es una de las estrategias disponibles para reducir el tiempo puerta balón (TPB) en los pacientes que ingresan en ambulancia trasladados desde su domicilio o de la comunidad.

Objetivos: El objetivo del presente estudio fue evaluar la prevalencia de la Preactivación y su asociación con los tiempos al tratamiento y la mortalidad intrahospitalaria.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo realizado en 52 centros con angioplastia primaria (ATCp) 24/7 de la Iniciativa Stent-Save a Life! Argentina. Se incluyeron pacientes con IAMCEST trasladados en ambulancia desde el domicilio o comunidad sometidos a ATCp dentro de las 12 h del inicio de los síntomas entre marzo de 2016 y junio de 2020. La población se dividió en dos grupos según preactivaran o no al centro con ATCp.

	No Preactivación N=819	Preactivación n=394	P
Dolor-PCM	55 (30-110)	60 (31-135)	0.023
TPB	58 (44-75)	31 (23-47)	<0.001
PCM-Balón	114 (90-146)	112 (81-160)	0.73
TTI	189 (138-257)	208 (144-299)	0.015

Resultados: Se incluyeron 5684 pacientes con IAMCEST dentro de las 12 h del inicio de los síntomas sometidos a ATCp. De ellos el 21,3% (n=1213) tuvo su primer contacto médico (PCM) con el servicio de emergencias médicas (SEM) conformando la población del presente análisis, el resto de los pacientes ingresaron directamente al centro con ATCp (42.9%) o derivados de un centro sin ATCp (35,8%). El 32% de la población (n=394) preactivó al centro con ATCp. No hubo diferencias significativas en el grupo preactivación vs no preactivación. La Preactivación redujo de manera significativa la mediana del TPB (58 vs 31 min, $p<0.001$), lo que impactó en una reducción significativa del tiempo total de isquemia. Si bien el grupo de pacientes que preactivaron presentó menor mortalidad intrahospitalaria, ésta diferencia no alcanzó significancia estadística (6.4% vs 7,6%, $p=0.49$).

Conclusión: El 32% de los pacientes con IAMCEST que ingresan en ambulancia preactivó el centro con ATCp. La preactivación se asoció con un menor tiempo al tratamiento de reperusión y con una reducción no significativa de la mortalidad intrahospitalaria. Estos resultados resaltan la importancia de trabajar en conjunto con los servicios de emergencias médicas para incorporar la preactivación en la sistemática de traslado y tratamiento de estos pacientes.

0421 - IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LOS INFARTOS CON SUPRA-ST EN ARGENTINA. DATOS DE LA INICIATIVA STENT-SAVE A LIFE! ARGENTINA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

Unidad Temática 2: Imágenes.20

CANDIELLO, Alfonsina (1) | LASAVE, Leandro Ignacio(2) | ZONI, César Rodrigo(3) | LAMELAS, Pablo Manuel(1) | ETCHEVERRY, Carolina(4) | DURONTO, Ernesto Alfredo(5) | STUTZBACH, Pablo Guillermo(6) | ZAGRONIZ, Pedro(7)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); ICR - Instituto Cardiovascular de Rosario SA (2); Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral" (3); Hospital General de Agudos F. Santojanni (4); Fundación Favaloro (5); Sanatorio Las Lomas (6); Hospital Provincial del Centenario - Rosario (7)

Introducción: Desde el inicio de la pandemia de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) numerosos reportes han descrito como daño colateral, una reducción en las admisiones de los infartos con elevación del ST (IAMCEST).

Objetivos: El objetivo del presente trabajo fue evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19 en el número de IAMCEST admitidos desde el comienzo del aislamiento y la mortalidad de los pacientes admitidos a centros participantes de la Iniciativa Stent-Save a Life! (ISSL) Argentina.



Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo realizado con datos recolectados prospectivamente que incluyó todos los pacientes con IAMCEST ingresados a 30 centros con disponibilidad de realizar angioplastia primaria (ATCp) 24/7 que participan de la ISSL durante el periodo de pandemia (20 de marzo al 30 de junio 2020) y un periodo basal similar al anterior de 2019. Se decidió utilizar el 20 de marzo como fecha límite por ser el día que se instaló el aislamiento social preventivo y obligatorio. Se analizó el número de IAMCEST admitidos y la mortalidad intrahospitalaria en ambos periodos.

Resultados: Durante el periodo de pandemia se observó una reducción del 14% en la admisión de pacientes con IAMCEST (469 en el periodo basal 2019 y 402 en el periodo pandemia, $p < 0.01$). Al analizar el promedio de casos diarios la mayor reducción en la admisión se observó durante el mes de marzo ($p < 0.001$). Durante el periodo pandemia se observó un aumento significativo de la mortalidad intrahospitalaria (6% en el periodo basal 2019 vs 11.6%, $p = 0.009$). Se observó una mayor proporción de pacientes en shock cardiogénico (5,9% en el periodo basal 2019 vs 9,8%, $p = 0.03$).

Conclusión: Durante la pandemia de COVID-19, se observó una reducción en las admisiones de pacientes con IAMCEST que fue mayor durante los primeros meses luego de la instauración del aislamiento obligatorio. Se observó un aumento significativo en la mortalidad intrahospitalaria en el periodo pandemia que podría explicarse en parte por un aumento de los pacientes en clase Killip y Kimball D. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de alertar a la población acerca de la importancia de consultar al sistema de salud ante síntomas sugestivos de infarto.

0424 - ESCLARECIENDO EL ROL DEL ANIÓN CLORURO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL: SU VÍNCULO CON EL DAÑO OXIDATIVO A NIVEL RENAL

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Arterial

Unidad Temática 2: Investigación Básica

KOUYOUUMDZIAN, Nicolás Martín (1) | KIM, Gabriel(1) | ROBBESAUL, Gabriel Damián(1) | PRINCE, Paula Denise(2) | PUYO, Ana María(2) | FERNÁNDEZ, Belisario Enrique(1) | GALLEANO, Mónica(2) | CHOI, Marcelo Roberto(1)

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CARDIOLÓGICAS. ININCA.UBA.CONICET (1); Facultad de Farmacia y Bioquímica - Universidad de Buenos Aires (UBA) (2)

Introducción: Se desconoce el papel del anión cloruro en los efectos deletéreos del consumo excesivo de sal (NaCl) y si sus efectos son independientes de la presencia del sodio.

Objetivos: Demostrar la hipótesis que las sobrecargas de cloruro y de sodio en la dieta presentan efectos diferenciales sobre la presión arterial sistólica (PAS), la función renal y los marcadores de estrés oxidativo a nivel renal: especies reactivas del ácido tiobarbitúrico (TBARS), y enzimas superóxido dismutasa (SOD), catalasa (CAT) y glutatión peroxidasa (GPx).

Materiales y Métodos: Ratas Wistar macho ($n=8$ /grupo) fueron divididas en cuatro dietas durante tres semanas: control: C; hipersódica-hiperclórica: NaCl 8% P/P en la comida; hipersódica sin cloruro: Na (Citrato de Sodio, 11,8%); hiperclórica sin sodio: Cl (CaCl_2 3,8%; KCl 3,06% y MgCl_2 1,30%). Se determinó función renal de 24 horas en jaulas metabólicas. En corteza renal, se evaluó la producción de TBARS y la actividad y expresión de SOD, CAT y GPx. Análisis estadístico: ANOVA, con test de Tukey a posteriori.

Resultados: A la 3er semana, la PAS aumentó significativamente solamente en los grupos que recibieron Cl⁻ (mmHg, C:125±9; NaCl:164±8*; Na:133±4; Cl:152±7*; *p<0,05 vs C). La Excreción Fraccional de Sodio y de Cloruros resultó significativamente mayor en los grupos NaCl y Na, respecto a los grupos C y Cl (EFNa (%), C:0,15±0,04; NaCl:5,24±1,74*; Na:6,82±0,97*; Cl:0,15±0,03€; €; p<0,05 vs Na. EFCl (%), C:0,27±0,07; NaCl:8,39±2,70*; Na:2,23±0,33*; Cl:0,24±0,04€). Por otro lado, se observó un incremento significativo de la diuresis (mL/día/kg, C:10±2; NaCl:78±14*; Na:92±15*; Cl:51±21*) en las tres dietas, acompañado de un aumento en la producción de TBARS en corteza renal (molTBARS/mgprot x (10¹²): C:1,30±0,10; NaCl: 1,82±0,18*; Na:2,01±0,32*; Cl:1,91±0,34*, sin cambios en la actividad ni expresión de SOD y CAT. La actividad de la GPx resultó superior en los grupos que recibieron Cl⁻ (μmolGSSG/mgprot/min, C:1,34±0,14; NaCl:2,31±0,37*; Na:1,30±0,14; Cl:2,77±0,52*).

Conclusión: Tanto el exceso de una dieta alta en sodio como en cloruros se asocian a un mayor estado oxidativo evidenciado por un incremento en la peroxidación lipídica a nivel de corteza renal. Sin embargo, sólo el exceso de cloruros se asocia a una mayor actividad de la GPx y a un incremento de los niveles de PAS, sugiriendo un mayor estado pro-oxidante a nivel renal en presencia de una sobrecarga de anión cloruro con mayor retención urinaria de sodio y cloruros, respecto al grupo de dieta hipersódica.

0425 - IS DUAL-AXIS ROTATIONAL CORONARY ANGIOGRAPHY RADIATION DOSE REDUCTION ACHIEVABLE IN A POPULATION WITH 100% SUSPECTED CORONARY ARTERY DISEASE? A RANDOMIZED TRIAL

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

Unidad Temática 2: Intervencionismo

SZARFER, Jorge | ALBORNOZ, Miguel Federico | **KIM, Alejandro** | BLANCO, Federico Luis | BLANCO, Rodrigo Ignacio | FELDMAN, Matías Fabián | YURKO, Vielka | GIGENA, Gerardo Esteban

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Previous studies have shown a reduction in radiation dose and contrast volume using dual-axis rotational coronary angiography (DARCA), but this has not been replicated in a population with 100% coronary artery disease (CAD).

Objetivos: To find if DARCA dose reduction is achievable in this population, we sought to compare the radiation dose, contrast volume, and procedure time between DARCA and conventional coronary angiography (CCA) techniques in a setting characterized by a prevalence of 100% suspected coronary artery disease.

Materiales y Métodos: An all-comer, prospective, randomized, open-label trial was conducted. Cine acquisition dose–area product (DAP), cumulative air kerma (AK), effective dose (E), fluoroscopic time, contrast volume, AK, cine acquisition DAP (CADAP), fluoroscopic DAP (F-DAP), and total DAP were compared between DARCA and CCA groups. DAP is a surrogate measurement for the entire amount of energy delivered to the patient by the X-ray beam and is most often utilized in estimating stochastic risk. Kerma is an acronym for “kinetic energy released in material”; and AK represents the energy extracted from the Xray beam per unit of mass of air in a small-irradiated air volume. The DAP obtained at procedure time was converted into E using a conversion factor of 0.17 mSv/Gycm². Categorical variables expressed as numbers or percentages and compared using Chi-square statistics. Quantitative variables expressed as a mean and standard deviation for normally distributed variables or median and interquartile range for nonparametric variables. We evaluate the sample distribution by the Kolmogorov Smirnov test to check normality and Levene’s or Bartlett’s test to assess the equality of variances. Normally distributed variables were compared using the Student t-test or Wilcoxon test for nonparametric and not normally distributed using the Mann-Whitney test. Sample Size: According to previous studies, radiation dose reduction (55%) and contrast volume reduction using DARCA (57%), and the possible effect of acquisitions besides DARCA in them, we estimated that 250 subjects per group would be necessary to detect a 25% reduction in radiation dose with DARCA, with a power of 90%, level of significance of 5%, and 5% of loss of information. A P-value of <0.05 (two-sided) was considered statistically significant.

Resultados: We included 503 consecutive patients with suspected CAD. 252 were assigned to DARCA and 251 to CCA. Stable coronary artery disease was reported in 465 cases and non-ST elevation acute coronary syndrome in 38. Mean age: 61.88 ± 11.2 years, male gender 70.2%. DARCA arm patients showed lower total E dose (6.85 [4.55–10.83] vs. 7.91 [5.58–11.94] Sv; P ≤ .0023), and cine E (3.00 [2.00–4.00] vs. 4.00 [3.00–5.00] Sv; P<0.0001). Total DAP was also lower (40.3 [26.8–63.7] vs. 46.5 [32.8–70.2] Gycm²; P ≤ 0.0023), as a consequence of a lower CADAP (16.3 [10.5–22.9] vs. 23.4 [17.4–32.0] Gycm²; P < .0001), with lower AK (367 [248– 1497] vs. 497 [381–1827] mGy; P<0.0001), with less contrast medium used (90 [60.0–106.0] vs. 100 [75.0–120.0] mL; P≤ 0.014).

Conclusión: In a population with 100% suspected coronary artery disease, DARCA provides accurate information required in CAD, is safe, and results in a significant decrease in contrast material volume and radiation dose compared with CCA. The required extra projections did not neutralize the DARCA radiation dose and contrast volume reduction achievements.

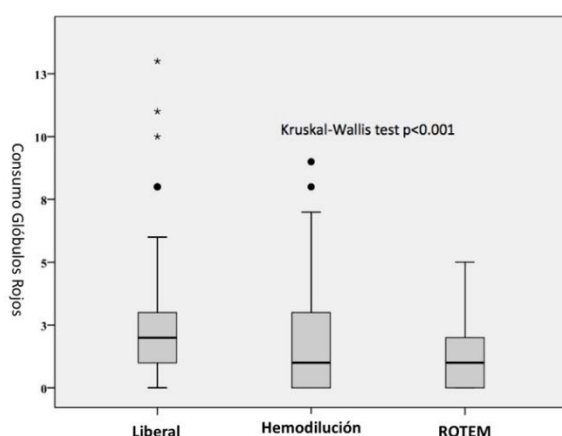
0428 - COMPARACIÓN ENTRE TRANSFUSIÓN LIBRE, HEMODILUCIÓN NORMOVOLÉMICA AGUDA Y TROMBOELASTOMETRÍA ROTACIONAL PARA OPTIMIZAR EL USO DE COMPONENTES SANGUÍNEOS EN CIRUGÍA CARDÍACA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

ALVAREZ GALLESIO, Jose Maria (1) | **BALDI, Julio**(2) | **OCHOA, Gustavo Adrian**(2) | **MEDINA ZUÑIGA, Romulo**(1) | **DEVETACH, Gustavo**(1) | **DAVID, Michel**(1) | **TENORIO NUÑEZ, Osvaldo**(1) | **BORRACCI, Raúl Alfredo**(1)

Hospital Alemán (1); Hospital de Clínicas UBA (2)



Introducción: La cirugía cardíaca se asocia frecuentemente con pérdida de sangre intraoperatoria y postoperatoria con requerimiento de transfusión de múltiples componentes sanguíneos. La evidencia sugiere que los protocolos restrictivos de transfusión reducirían los costos y complicaciones relacionadas sin aumentar la morbi-mortalidad perioperatoria.

Objetivos: Evaluar la utilización de productos sanguíneos y los resultados hospitalarios en cirugía cardíaca de adultos de acuerdo al criterio transfusional.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de tres cohortes de pacientes de acuerdo al criterio transfusional (uso libre y profiláctico de transfusiones, hemodilución normovolémica aguda asociada a régimen restrictivo bajo demanda, y transfusión guiada por tromboelastometría (ROTEM®)). La elegibilidad de un protocolo u otro fue de acuerdo a las preferencias del anestesiólogo.

Resultados: Se usó transfusión libre en 131 pacientes, hemodilución normovolémica en 117 y en 100 guiada por ROTEM®. La utilización de plaquetas y glóbulos rojos fue significativamente mayor en los protocolos de transfusión libre (2 unidades IIC 1-3), con respecto a la hemodilución normovolémica y ROTEM®, (1 unidad IIC 0-3 y 1 unidad IIC 0-2, respectivamente) ($p < 0.001$) Figura 1. La mediana de consumo de plasma fresco congelado fue de 2 (IIC 1-2), 0 (IIC 0-0) y 0 (IIC 0-0) unidades en liberal, hemodilución y ROTEM®, ($p < 0.001$); mientras que el uso medio de plaquetas fue de 6 (IIC 5-7), 0 (IIC 0-6) y 0 (IIC 0-0) unidades, respectivamente ($p < 0.001$). La hemoglobina y el hematocrito al alta fue similar en todos los grupos. La reducción en el uso de hemoderivados no afectó los resultados quirúrgicos tempranos.

Conclusión: Los protocolos combinados que incluyen transfusiones restrictivas asociadas con hemodilución normovolémica aguda o transfusión guiada por tromboelastometría disminuyeron significativamente el uso de glóbulos rojos, plasma fresco congelado y plaquetas en cirugía cardíaca en comparación con el esquema de transfusión liberal. Considerando los tres enfoques,

0431 - UTILIDAD DEL STRAIN BIDIMENSIONAL OBTENIDO CON SPECKLE TRACKING EN LA DETECCIÓN DE DAÑO MIOCÁRDICO PRECOZ EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN FASE INDETERMINADA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

Unidad Temática 2: Enfermedad de Chagas

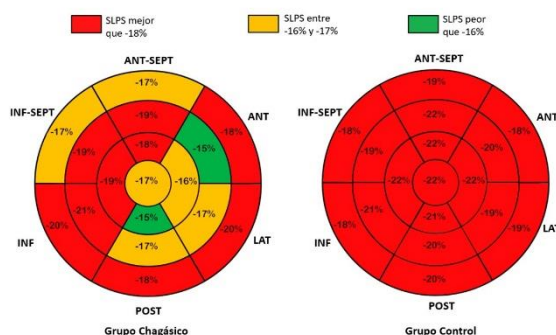
CIANCIULLI, Tomás | ALBARRACIN, Gerardo Ariel | **NAPOLI LLOBERA, Mariano** | PRADO, Nilda Graciela | SACCHERI, María Cristina | MENDEZ, Ricardo José | BECK, Martín Alejandro | BÁEZ, Karina Giselle

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La enfermedad de Chagas es una de las más comunes en Latino-América y el compromiso cardíaco es la causa más frecuente de muerte. La evaluación del strain miocárdico puede ser útil para el mejor entendimiento de su fisiopatología y para detectar el daño miocárdico precoz.

Objetivos: Determinar si existen diferencias entre el strain longitudinal pico sistólico en la evaluación de la función sistólica global y regional del ventrículo izquierdo en pacientes con Enfermedad de Chagas en fase indeterminada comparados con un grupo control.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico, realizado en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se estudiaron 46 pacientes adultos con enfermedad de Chagas determinada por 2 métodos serológicos, sin patología demostrada y fueron comparado con 46 controles sanos de igual sexo y edad. A todos los pacientes se les realizó Eco-Doppler cardíaco y Strain bidimensional longitudinal pico sistólico con speckle tracking.



Resultados: La mediana de la edad fue de 59 años y el 60% eran de sexo femenino. Los parámetros ecocardiográficos fueron similares entre los Chagásicos y el grupo control. Los pacientes chagásicos presentaron un strain global significativamente inferior que el del grupo control (-17 vs -20,3, $p < 0,001$). El strain segmentario (ver Figura) demostró 7 segmentos anormales en los pacientes chagásicos ($p < 0,05$).

Conclusión: En pacientes chagásicos en fase indeterminada, el strain longitudinal pico sistólico (obtenido con speckle tracking) global y segmentario, está reducido en comparación con sujetos sanos, lo que sugiere ser una técnica sensible para detectar daño miocárdico precoz. Estos hallazgos pueden brindar información útil en la fisiopatología del compromiso cardíaco y permitirán saber si tienen alguna utilidad pronóstica o en el desarrollo de estrategias que puedan modificar la evolución y el pronóstico de los pacientes afectados con enfermedad de Chagas. Se necesitará un estudio prospectivo longitudinal para validar nuestros hallazgos.

0432 - ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE 3ER NIVEL.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

FUENTES, Richard | CAINZO, Christian Jose | CHOQUE, Jaime | FIORILO URCULLO, Rildo | BAZOALTO ORTUBE, Fernando | GIMENEZ, Carlos Hector | CASTILLO, Marcos | NICOLSI, Liliana

Hospital Español

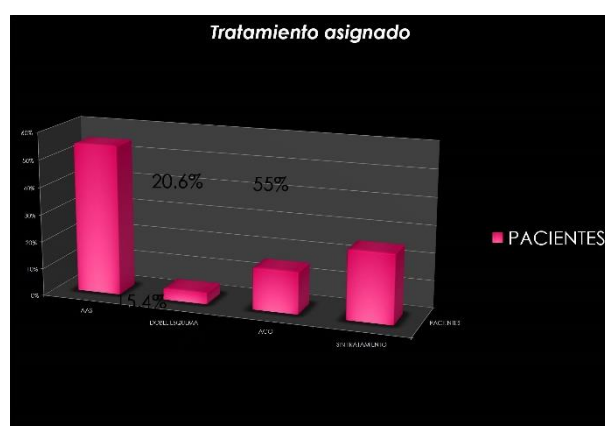
Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia mas frecuente en los adultos en especial al paciente aioso ya que su prevalencia se ve incrementada con la edad, su presentación es mucho mas frecuentes que otras arritmias. La importancia clínica de la FA está dada por el riesgo de mortalidad por eventos cardiovasculares . De lo anteriormente expuesto surge la necesidad de evaluar a nuestra población de pacientes para así objetivar donde nos encontramos con esta patología.

Objetivos: El objetivo es investigar la situación actual de la fibrilación auricular en nuestro hospital. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS , se utilizaron las pruebas de Chi cuadrado, Test de Fisher, intervalos de confianza del 95%, con un error alfa < 0.05.

Materiales y Métodos: Se revisaron historias clínicas y estudios holter de pacientes que se les había diagnosticado FA .



Resultados: Se revisaron Historias clínicas de 550 pacientes (100%), la edad promedio es de 74.2 ± 9.7 años, el 55.6% mujeres, FRCV: hipertensión (81.7%), diabetes (22.5%); tabaquistas (4,2%) por tipo de FA: Paroxística 113 (20.6%), Persistente 377 (68.5%), Permanente 60 (10.9%). CHADS-VASC las clasificó en 96.4% de alto riesgo (más de 2 puntos). El electrocardiograma encontró datos de sobrecarga ventricular izq en 35.4% e isquemia o injuria en 31.6%. El ecocardiograma mostró aurícula izquierda 44.10 ± 5.83 mm. Los pacientes fueron seguidos fue por un lapso de 24 meses, durante este tiempo se presentaron ACV 29, 15 (5.3%) y 11 AIT (2%). El tratamiento antitrombótico: aspirina (55%) clopidogrel y aspirina (4.3%) anticoagulantes orales (15.4), nuevos anticoagulantes orales (NOA) 4,7, sin tratamiento (20.6%).



Conclusión: Se pudo corroborar que la fibrilación auricular persistente fue la de mayor incidencia en nuestro centro, y que el 96,4 % de los pacientes presentaban un alto riesgo de eventos cardiovasculares y que un 25,3 % no estaban tratados. El presente estudio nos ayudara a revalorar e incrementar los esfuerzos para llegar aquellos pacientes que no se les brindó tratamiento farmacológico.

0433 - FILTRADO GLOMERULAR COMO PREDICTOR DE EVENTOS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

BENAIM, Fernando | VILLA ETCHEGOYEN, Cecilia | JOAQUIN, Vidaurreta | ALVARADO, Alejandra | LESCANO, Alejandro Javier | CARUSO, Nicolas | FERREYRA, Raul Eduardo | BORTMAN, Guillermo

Sanatorio Trinidad Mitre

Introducción: La insuficiencia renal (IR) es más determinante que otros parámetros como la fracción de eyección o la clase funcional para valorar pronóstico en insuficiencia cardíaca (IC) crónica. Para la valoración de la función renal se suelen utilizar las cifras de creatinina sérica. Sin embargo, cifras normales pueden ocultar distintos grados de IR. Por lo que la valoración con el clearance de creatinina (ClCr) es superior y más fidedigno para identificar la falla renal. Tampoco hay mucha información en nuestro país sobre la evolución de dichos pacientes en la internación. Por estos motivos, se analizan 73 pacientes con diagnóstico de IC aguda en un Sanatorio privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y se valoraran eventos clínicos según su tasa de filtrado glomerular.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar la razón de probabilidad (odds ratio, intervalo de confianza del 95%) de muerte, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica e inotrópicos según el ClCr al ingreso.

Tabla 1. Características de la población en estudio.

	ClCr < 50	ClCr ≥ 50	TOTAL	Valor p
n	29	44	73	
Edad (años)	67 ± 18	83 ± 12	76 ± 16	0,00
Peso (kg)	80,8 ± 25,6	68,4 ± 12,1	73,3 ± 19,4	0,02
Creatinina plasmática (mg/dl)	1,0 ± 0,5	1,7 ± 1,1	1,44 ± 0,94	0,00
ClCr (ml/min)	72,4 ± 27,4	31,2 ± 9,9	47,5 ± 27,5	0,00
NTproBNP (pg/ml)	3224 (1790-6944)	8526 (3410-18788)	4800 (2500-12690)	0,00
Factores de riesgo				
Diabetes (%)	34,5	15,9	23,9	0,00
Dislipemia (%)	37,9	45,5	42,47	0,32
Hipertensión arterial (%)	79,3	86,2	83,5	0,36
IAM previo (%)	17,2	15,9	16,44	0,94
FA al ingreso (%)	27,6	61,8	59,73	0,00
FEV al ingreso (ml/kg/l)	38,2 ± 22,8	49,9 ± 16,5	43,85 ± 19,5	0,12
Potasio al ingreso (mEq/l)	4,1 ± 0,5	4,4 ± 0,8	4,3 ± 0,66	0,06
Medicación previa				
IECA (%)	31,0	29,5	30,4	0,96
ARA II (%)	27,6	36,8	32,8	0,22
Betabloqueantes (%)	55,2	68,2	63,01	0,05
Días de internación total (días)	8 (6-14)	8,5 (5,5-17)	8 (5,5-15,5)	0,4
Dosis máxima de furosemida (mg/d)	80 (40-80)	80 (40-80)		0,8

Datos expresados como media ± desvío estándar, mediana ± rango intercuartílico (NTproBNP) o porcentaje. ClCr = Clearance de creatinina. IAM = infarto agudo de miocardio. FA = fibrilación auricular. FEV = fracción de eyección. EACA = inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. ARA II = antagonistas de los receptores de la angiotensina II. Según fórmula de Cockcroft-Gault.

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal del registro de pacientes internados por IC aguda en un lapso de 6 meses entre 2019-2020 de un Sanatorio Privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El ClCr se calculó mediante la fórmula de Cockcroft-Gault y se definió falla renal como ClCr menor 50 ml/min, según ensayos aleatorizados. Las características de la población fueron expresadas como media ± desvío estándar, mediana ± rangos intercuartílicos (NTproBNP) o porcentaje. Para determinar el grado de asociación entre variables se utilizó la prueba Chi cuadrado con corrección de Yates o t de Student, con un nivel de significancia de 5%, según correspondía.

Tabla 2. Asociación entre ClCr y eventos.

	ClCr < 50 (n = 44)	ClCr ≥ 50 (n = 29)	Valor p
Muerte	16%	7%	0,25
Asistencia respiratoria mecánica	11%	3%	0,23
Requerimiento de inotrópicos y/o vasopresores	14%	7%	0,37

ClCr = Clearance de creatinina.

Resultados: Los pacientes presentaron un Nt-ProBNP al ingreso de 8526 pg/ml de mediana en el grupo con ClCr menor a 50 ml/min y de 3224 pg/ml de mediana en el grupo con ClCr mayor a 50 ml/min. En los pacientes con falla renal se evidenció una mortalidad del 16% y del 7% en el grupo de función renal conservada ($p=0,25$), un requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) del 11% contra el 3% ($p=0,23$) y un requerimiento de inotrópicos y/o vasopresores del 14% versus el 7% ($p=0,37$). La mediana de internación fue de 8,5 y 8 días respectivamente. La mediana de dosis máxima de furosemida fue de 60 mg en ambos grupos.

Conclusión: Este trabajo evidenció que, aunque existió cierta tendencia positiva hacia el grupo con función renal normal, no existen diferencias clínicas estadísticamente significativas en pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda analizados según su falla renal. El trabajo abre la puerta a la realización de un proyecto prospectivo para evaluar la asociación del valor de Nt-proBNP ajustado al clearance renal para valorar el pronóstico de pacientes con IC aguda.

0434 - PERCEPCIÓN DE EDUCACIÓN NUTRICIONAL Y SU APLICACIÓN CLÍNICA EN MÉDICOS CARDIÓLOGOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (ESTUDIO EHNUTRICAR)

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Educación Médica

Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

LAVALLE COBO, Augusto Maria | HARWICZ, Paola S. | FORTE, Ezequiel Hernán | SALMERI, Emiliano Eduardo | DUCZYNSKI, Maria Paula | ARANGUREN, Florencia | CAFFERATA, Alberto M. | SANABRIA, Hugo Daniel

Consejo de Epidemiología y Prevención Cardiovascular

Introducción: La mayoría de las guías de prevención y tratamiento de enfermedades cardiovasculares recomiendan como primera línea terapéutica la implementación de cambios en estilo de vida dentro de los que se incluye la alimentación. Existe evidencia sobre un déficit en educación sobre aspectos nutricionales en otros países. No disponemos de esta información en nuestro país.

Objetivos: Evaluar la percepción de la educación y formación en aspectos nutricionales en médicos cardiólogos de la República Argentina. Analizar la aplicación clínica de la misma durante el desempeño profesional.

Materiales y Métodos: El estudio EHNUTRICAR es un estudio observacional que evaluó la percepción de la educación y hábitos nutricionales en médicos cardiólogos y residentes de cardiología de Argentina. Se desarrolló un cuestionario para registro voluntario y anónimo compuesto por enunciados agrupados en tres áreas: 1) Grado de formación en nutrición, 2) Desempeño profesional en la materia 3) Autopercepción de calidad y hábitos nutricionales. En este subanálisis se presentan un análisis descriptivo de los puntos 1 y 2 del subgrupo de médicos cardiólogos.

Resultados: La mediana de edad de los 556 encuestados fue de 44 años, predominando el sexo masculino (61%). 64% presentaba más de 10 años de ejercicio de la especialidad y 15% menos de 5 años. 49% trabaja la mayor parte del tiempo con residentes o alumnos a cargo. 39% no recibió o no recordaba haber recibido educación sobre nutrición en su etapa de formación de grado. 5% refirió haber recibido durante su carrera de especialista educación de alto nivel que le permitiera desarrollar habilidades técnicas para aconsejar y manejar aspectos nutricionales de sus pacientes. 8% realizó un curso o postgrado en nutrición y el 69% no asiste a disertaciones o eventos en congresos relacionados a este tópico. 53% refiere dedicar poco o muy poco tiempo en sus consultas a brindar recomendaciones nutricionales. Respecto a la determinación de medidas antropométricas, 14% mide el perímetro de cintura, 29% y 19% pesan y miden a todos los pacientes respectivamente. El 93% considera que la alimentación proporciona un gran beneficio adicional a las medidas farmacológicas. 85% considera a la dieta mediterránea como la de mayor beneficio cardiovascular. Respecto al tipo de consejo nutricional, 54% brinda a sus pacientes consejos básicos y 40% información detallada. El 30% utiliza tratamiento farmacológico para la obesidad (5% en forma frecuente y 25% en forma ocasional).

Conclusión: Pese a que la mayoría de los cardiólogos encuestados considera que los hábitos nutricionales saludables proporcionan un gran beneficio adicional a las medidas farmacológicas, la educación de grado y posterior capacitación en temas relacionados al manejo nutricional así como la determinación de medidas antropométricas durante la práctica clínica son insuficientes.

0435 - ASOCIACIÓN ENTRE EVENTOS CLÍNICOS ADVERSOS Y EL TAMAÑO DE LA AURÍCULA IZQUIERDA AJUSTADA DE ACUERDO CON EL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA.

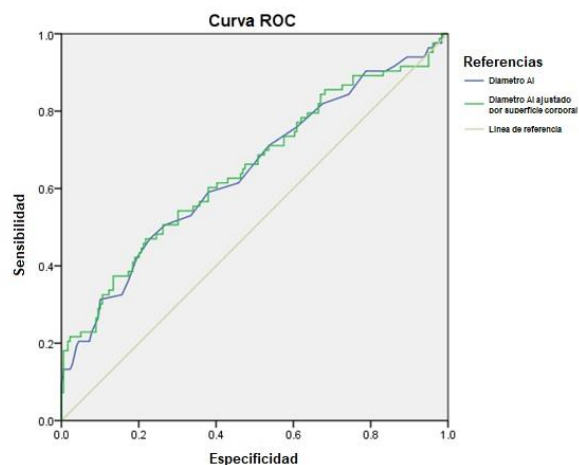
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

ANTONIUTTI, Guido | QUIROGA, Alejandro Gabriel | GUEVARA, Eduardo | SALMO, Jose Fabian | ZONIS, Leandro | MOUKARZEL, Juan | FANILLA, Martin Ernesto | FERNÁNDEZ, Adrián

Hospital Universitario Fundacion Favaloro



Introducción: En la miocardiopatía hipertrófica (MCH) el aumento del diámetro anteroposterior de la aurícula izquierda (DAI) en mm usando valores absolutos es un predictor de eventos clínicos adversos (ECA). Sin embargo, la relación entre DAI ajustada por el área de superficie corporal (DAI-ASC) no ha sido suficientemente evaluada en esta población de pacientes.

Objetivos: El objetivo es evaluar la DAI-ASC y su asociación con ECA durante el seguimiento.

Materiales y Métodos: Este estudio retrospectivo observacional incluyó a 1291 pacientes consecutivos con MCH seguidos entre marzo de 1993 y julio de 2020. Excluimos el antecedente de miectomía quirúrgica, ablación septal con alcohol, edad <16 años, enfermedades y síndromes metabólicos, FEVI inicial <50% y pacientes con < 5 años de seguimiento, DAI > 67 mm, o aquellos que se perdieron durante el seguimiento. Definimos ECA como la ocurrencia en el seguimiento de la muerte por todas las causas, muerte súbita, muerte por insuficiencia cardíaca, trasplante cardíaco, descarga apropiada por el cardiodesfibrilador y fibrilación auricular.

Resultados: Después de aplicar los criterios de exclusión, analizamos 383 pacientes con una edad promedio de 49 ± 16 años, 239 (62%) eran hombres. Durante un período de seguimiento con una mediana de 7.4 años, 118 pacientes (30.8%) presentaron ECA. Los pacientes con ECA tenían una DAI más alta (42.4 vs. 47.2 mm $p = <0.01$) y una DAI-ASC (22.5 vs. 25.3 mm/m², $p = <0.01$). En un análisis de sensibilidad, el DAI-ASC no presentó una mejor capacidad de discriminación que el DAI (AUC 0.65 frente a 0.64) (Ver Figura).

Conclusión: En nuestra población de pacientes el DAI-SC demostró ser un predictor de ECA. Sin embargo, es importante resaltar que con este método, aunque también resulta ser un predictor de ECA no se obtiene una mejor discriminación que con el DAI en valores absolutos. Esto nos lleva a plantear si debemos continuar usando el DAI o el DAI-ASC en la predicción de eventos, o si debemos utilizar otros parámetros más confiables del tamaño auricular, como es el uso de métodos volumétricos.

0437 - SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ST EN CENTROS DE ALTA COMPLEJIDAD DE BUENOS AIRES: ¿A QUIENES PRETRATAMOS CON P2Y12?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

TUFO PEREYRA, Andrea (1) | MARPEGAN, Cecilia(1) | SICOURI, Daniel Marcelo(1) | BARMAN, Martin Eitan(1) | RIVERO, Mirza Vanessa(2) | ARBUCCI, Rosina(3) | COSTABEL, Juan Pablo(3)

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández (1); CEMIC (2); ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (3)

Variable	Trat en Sala	Pretratamiento	p
Diabetes	22.4%	30%	0.007
HTA	70%	78%	0.003
Enf Coronaria previa	33.3%	55%	<0.001
Tiempo ingreso a CCG	14 hs (6-24)	20 hs (8-36)	<0.001
Tiempo ingreso a ATC	16 hs (7-33)	20 hs (10-48)	0.001
Vía Femoral	10.9%	19%	<0.001
IAMSEST	58.7%	68.7%	0.01
Centro Público	7.5%	20.2%	<0.001

Introducción: La doble antiagregación plaquetaria en los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) es el tratamiento fundamental. Utilizarlo antes de conocer la anatomía coronaria puede traer beneficios o incluso causar daño. Nos preguntamos cual es la conducta que tomamos en nuestros centros de alta complejidad.

Objetivos: Comparar las características epidemiológicas y evolución intrahospitalaria (IH) de pacientes que cursaron internación por síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST), entre quienes fueron tratados con P2Y12 al ingreso (Pretratamiento) y quienes se administró P2Y12 en sala de hemodinamia (Tratamiento en Sala).

Materiales y Métodos: Estudio observacional que surge del análisis de una base de datos prospectiva, multicéntrica, de 1099 pacientes consecutivos hospitalizados por SCASEST en 19 centros de alta complejidad, tanto públicos como privados, ubicados en Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires entre Diciembre de 2017 y Agosto de 2018. Las variables continuas se expresaron como media o mediana de acuerdo a su distribución. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes. Se realizó análisis univariado con test de T, Rank Sum Test o Chi 2 según correspondiera. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se analizaron 997 pacientes, descartándose aquellos que no recibieron P2Y12 en la internación. El grupo de pacientes que fue pretratado tenía más antecedentes de diabetes y de enfermedad coronaria previa, tratados por lo tanto más frecuentemente con aspirina, P2Y12 y estatinas. Se optó por la estrategia de pretratamiento con mayor frecuencia en los pacientes que tenían cambios en el segmento ST, sin diferencias entre quienes se presentaban con ECG normal o cambios inespecíficos de la repolarización. La decisión de tratamiento invasivo inicial vs. Conservador no mostró diferencias entre ambos grupos, pero los tiempos a cinecoronariografía (CCG) y a angioplastia (ATC) fueron más prolongados en los pacientes pretratados, al igual que los días transcurridos en internación hasta la cirugía de revascularización miocárdica (128 pacientes del total). La mediana de días de internación fue mayor en los pacientes pretratados. Las complicaciones isquémicas intrahospitalarias no tuvieron diferencias significativas, aunque sí se observó mayor sangrado como complicación en los pacientes pretratados, en quienes la vía de abordaje para el estudio invasivo fue femoral con mayor frecuencia. El infarto sin elevación del ST como diagnóstico de egreso fue más frecuente en el grupo pretratamiento. Se observó también que la estrategia de pretratamiento fue utilizada con más frecuencia en centros públicos que en centros privados. En estos últimos el tratamiento en sala fue del 20,2%.

Conclusión: La estrategia de pretratamiento, utilizada con más frecuencia en centros públicos, no evidenció diferencias en los puntos finales isquémicos, aunque sí mayor tendencia al sangrado intrahospitalario como complicación, tiempos más prolongados a la CCG, ATC y CRM y mayor estadía hospitalaria.

0438 - BIOPSIA ENDOMIOCARDICA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO NOVEL.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

COUSILLAS, Mariana | GREGORIETTI, Vanesa | CATENA, Enzo | CORONEL, Roberto | COSTA, Diego

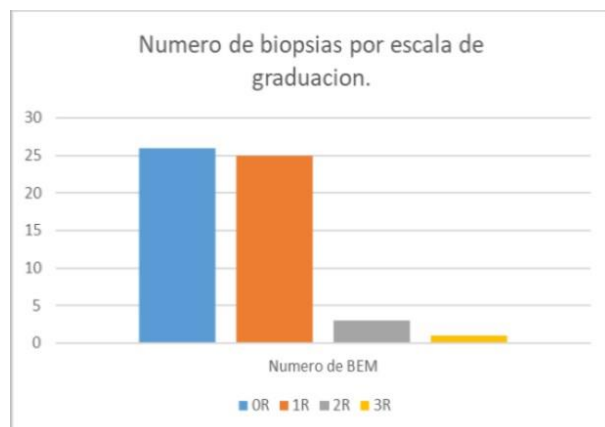
Sanatorio Sagrado Corazón

Introducción: La biopsia endomiocárdica (BEM) es el procedimiento de elección para el diagnóstico histopatológico de rechazo del órgano en pacientes trasplantados cardíacos. El procedimiento puede realizarse por vía yugular interna, con la técnica de Stanford-Mason, o por vía femoral, con la técnica de Seldinger modificada; en ambos casos, con control fluoroscópico o guiado por ecografía. LA BEM permite lograr un diagnóstico certero para el control de rechazo y toma decisiones sobre la medicación inmunosupresora en trasplante cardíaco. Sus complicaciones más frecuentes son arritmias, reacción vaso vagal, perforación, hemopericardio, taponamiento cardíaco, neumotórax, hematoma venoso, lesión del nervio laríngeo recurrente y, con menor frecuencia, muerte. Otra complicación descrita es la insuficiencia tricuspídea por lesión del aparato valvular, luego de varias BEM seriadas.

Objetivos: Analizar el número, técnicas utilizadas, resultados, y complicaciones de las biopsias realizadas en pacientes trasplantados cardíacos en un centro novel.

Grado	Nivel de rechazo
0R	Sin rechazo.
1R	Leve. Infiltrado intersticial y/o perivascular con hasta un foco de daño celular.
2R	Moderado. Dos o más focos de infiltrado con daño celular asociado.
3R	Severo. Infiltrado difuso con daño celular multifocal, con o sin edema, hemorragia o celulitis.

Materiales y Métodos: Materiales y Métodos: Se evaluaron los procedimientos realizados en el Sanatorio Sagrado Corazón desde mayo de 2019 a febrero de 2020 y se analizaron el número, vías de acceso, resultados y complicaciones. La indicación de las BEM se realizó según lo descrito por Pulpon, según protocolo de seguimiento de nuestra unidad. La vía de acceso fue elegida por el médico a cargo del procedimiento, aunque se encuentra estandarizado la realización de vía yugular interna, con anestesia local. Se obtuvieron entre 3 y 6 muestras por estudio.



Resultados: Resultados: Desde mayo de 2019 hasta febrero de 2020, se llevaron a cabo en total 55 BEM. La vía de acceso más utilizada fue la yugular interna en 94,6%. El acceso femoral se utilizó sólo en 3 procedimientos (5,4%) por estrechez en cava evaluada por cavografía. La mayoría de las BEM fueron guiadas por radioscopia, sólo el 3,63% fueron guiadas por ecografía debido a una falla técnica. Dentro de las complicaciones, sólo se observó 1 caso (1,8%) de hematoma venoso. La escala de graduación que permitió lograr diagnóstico de rechazo y protocolizar una conducta con respecto a la terapia inmunosupresora, fue la descrita por ISHLT en 2004 (tabla 1). El grado más frecuentemente encontrado fue 0R (26), seguido de 1R (25), 2R (3) y 3R (1), según se describe en el gráfico 1. Se presentó sólo un episodio de rechazo, con mejoría del cuadro clínico y con control posterior 1R.

Conclusión: La BEM es el estudio de elección para control de pacientes post trasplante cardíaco y se puede realizar de manera efectiva, con una tasa de complicaciones muy baja y 0% de mortalidad. La obtención de varias muestras permite que sean adecuadas y útiles para el análisis patológico y para poder tomar decisiones con respecto a la terapia inmunosupresora y así evitar efectos adversos de la misma.

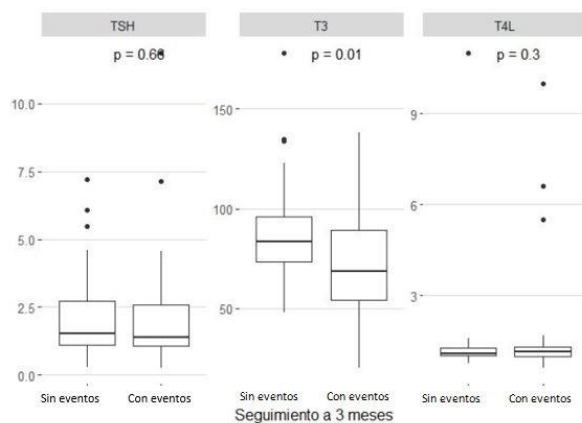
0439 - EVOLUCIÓN A 90 DÍAS DE PACIENTES CON SCA QUE DESARROLLARON SÍNDROME EUTIROIDEO ENFERMO.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

LOBIANCO, Mirta Daniela | COSTA, Diego | ALADIO, José Martín | MATSUDO, Maia | SWIESZKOWSKI, Sandra | PÉREZ DE LA HOZ, Ricardo Alfredo

Hospital de Clínicas UBA



Introducción: El SCA es una situación de estrés que puede desencadenar descenso de T3, interpretándose como un marcador de mala evolución.

Objetivos: - Determinar la prevalencia de síndrome eutiroideo enfermo (SEE) en pacientes que ingresaron a una Unidad Coronaria de un Hospital Universitario con diagnóstico de SCA entre el 01/09/2017 y el 31/08/2019.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, unicéntrico en pacientes consecutivos ingresados en la UCO con diagnóstico de SCA. Las variables clínicas se obtuvieron de los registros médicos; Se obtuvieron muestras de sangre al ingreso para medir TSH, T3 y T4 libre. SEE se definió como T3 baja con TSH y T4 libre normal. El seguimiento se realizó a los 90 días y se registraron los nuevos eventos: muerte, muerte cardiovascular, reinfarto, IC, angina recurrente, APIAM. Las variables continuas se expresaron como medias $\pm$ desviaciones estándar y se compararon con la prueba t de Student. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y relativas y se compararon con la prueba de Chi cuadrado. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Resultados: N: 149 pacientes. 63.75% de sexo masculino. La edad 67.8 años (DS 12.3). 42.28% ingreso por SCAEST. Los pacientes que al ingreso presentaron valores de T3 bajos evolucionaron a los 90 días con mayor incidencia de eventos cardiovasculares cuando los comparamos con el grupo de T3 normal, con un valor de p estadísticamente significativo ($p=0.01$), siendo la IC el cuadro clínico más frecuente.

Conclusión: Los pacientes con SEE están gravemente enfermos y tienen peor evolución a 90 días que los pacientes eutiroideos siendo la IC el evento preponderante.

0440 - PREVALENCIA DE ANOMALÍAS DEL APARATO VALVULAR MITRAL E INSUFICIENCIA MITRAL EN FENOTIPOS DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

Unidad Temática 2: Valvulopatías

Sanatorio Finochietto

Introducción: Históricamente la obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (OTSVI) en contexto de miocardiopatía hipertrófica (MCH) ha sido explicada por el “efecto Venturi” por aceleración del flujo a nivel de un estrecho TSVI debido a hipertrofia septal, con un descenso de presión que conlleva a un movimiento anterior sistólico (MAS) de la válvula y aparato subvalvular mitral. Sin embargo, se ha demostrado que el MAS precede a la aceleración del flujo. Diversas alteraciones del aparato mitral, se han reconocido como potenciales responsables de la generación de gradiente intraventricular.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo, en una cohorte retrospectiva, de las anomalías del aparato valvular mitral e insuficiencia mitral (IM) en pacientes portadores de fenotipo de MCH, por medio de la revisión de estudios y de los hallazgos en informes originales.

Características	n (%)
Mediana de edad - años	62 (32-89)
Hombres - n°. %	25 (56.8)
Hipertensión arterial - n°. %	20 (45.5)
Dislipidemia - n°. %	8 (18.2)
Diabetes mellitus - n°. %	1 (2.3)
Tabaquismo activo - n°. %	5 (11.4)
Enfermedad coronaria - n°. %	2 (4.5)
Fibrilación Auricular	10 (22.7)
Familiar con MCH - n°. %	10 (22.7)
HVI en ECG ∫ - n°. %	25 (56.8)
Mediana Septum Interventricular - mm	19 (12-31)
Mediana FEVI - %	69 (30-88)
OTSVI - n°. %	22 (50%)
MAS - n°. %	29 (66%)
1-Septal asimétrica - n°. %	35 (79.5)
2-Concéntrica - n°. %	4 (9.1)
3-Apical - n°. %	4 (9.1)
4-Medioventricular - n°. %	1 (2.3)

Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda en el registro de pacientes del laboratorio de ecocardiografía de adultos de nuestro centro. Se introdujeron en el sistema las palabras MCH, OTSVI y MAS. De los estudios obtenidos se incluyeron a aquellos que cumplieran criterios de MCH de acuerdo a lo establecido por las guías internacionales. Se realizó un análisis por historia clínica de las características clínicas de los pacientes para descartar diagnósticos diferenciales. Se excluyeron a aquellos que tenían un diagnóstico distinto de miocardiopatía hipertrófica y a aquellos cuyo estudio era subóptimo para el análisis completo.

Variable	Prevalencia (n=44) n (%)
Hipertrofia de MP	33 (75)
Desplazamiento medial de MP	10 (23)
Desplazamiento anterior de MP	10 (23)
Desplazamiento apical de MP	7 (15.9)
MP accesorios	8 (18.2)
Duplicación de MP AL	11 (25)
Bandas musculares	20 (45.5)
Elongación VAM	15 (35.7)
Elongación VPM	22 (50)
Laxitud cordal excesiva	20 (45.5)
IM trivial	5 (11.4)
IM leve	23 (52.3)
IM moderada	7 (16)
IM severa	3 (6.8)
Mecanismo de IM - nº. %	
MAS	22 (58%)
Esclerocalcificación	9 (23.6%)
Auricular	2 (5.2%)
Elongación Valva Anterior	1 (2.6%)
Elongación Valva Posterior	1 (2.6%)
MAS + Esclerocalcificación	4 (10.5%)
Auricular + Esclerocalcificación	1 (2.6%)
MAS + Prolapso valvar posterior	3 (7.9%)

Resultados: Un total de 44 pacientes con fenotipo de MCH fueron analizados. La media de edad fue de 60 años (32-89), con 56.8% de hombres. En 22 casos (50%) se evidenció OTSVI en reposo (características clínicas y ecocardiográficas Tabla 1). En todos los pacientes se evidenció por lo menos una anomalía asociada del aparato valvular. Se analizaron 10 variables del aparato valvular mitral: (Tabla 2). La más prevalente fue hipertrofia de músculos papilares (MP) (n 33 - 75%), seguido por elongación de valva posterior mitral (EVP) (n 22 - 50%), bandas musculares y laxitud cordal excesiva (n 20 - 45.5%) respectivamente. Del resto se observó: elongación valva anterior mitral (EVA) (n 15 - 36%), duplicación de MP anterolateral (n 11 - 25%), desplazamiento medial de MP (n 10 - 23%), desplazamiento anterior de MP (n 10 - 23%), MP accesorio (n 8 - 18.2%) y desplazamiento apical de MP (n 7 - 15.9%). Se evidenció una prevalencia global de estas variables en un 36%. Observamos una prevalencia mayor del conjunto de anomalías referidas a las valvas y cuerdas con respecto al conjunto de anomalías referidas a los MP (44% vs. 30% respectivamente). IM se evidenció en 38 estudios (86.45%). La mayoría leves (23 - 60.5%) y triviales (5 - 13.2%). IM significativa se evidenció en 10 pacientes (26.3%); 7 moderados (18.4%) y 3 severos (7.9%). El mecanismo principalmente fue el MAS (22 - 58%), participando en 13 IM leves y en 9 de las 10 IM significativas (exclusivamente en 2 de las 3 IM severas y en 2 de las 7 IM moderadas). Como mecanismo mixto se evidenció junto a prolapso VP en 1 IM severa y 2 moderadas; esclerocalcificación en 3 IM leves y 1 moderada. El resto de los mecanismos evidenciados fueron auricular (exclusivo en 1 IM leve y junto con esclerocalcificación en 1 IM moderada), EVP (1 IM leve) y EVA (1 IM leve).

Conclusión: Evidenciamos una prevalencia considerable de anomalías del aparato valvular mitral con elevada asociación con IM, en pacientes con fenotipos de MCH. Para establecer una prevalencia poblacional creemos necesarios estudios multicéntricos y análisis controlados para establecer diferencias significativas con pacientes sin cardiopatía estructural.

0442 - DETECCIÓN DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL MEDIANTE LA EXPLORACIÓN RUTINARIA DE ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER TRANSTORÁCICA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

Unidad Temática 2: Enfermedad Vascular Periférica

VALDEZ, Mayra Florencia | DR. YUNES, Pablo Federico | VIDALES, Maria Laura | RAMIA, María Luciana | AUAD, Luciana

Sanatorio Allende

Introducción: La Ecocardiografía Doppler Transtorácica (EDT) es una herramienta que resulta útil para el diagnóstico y seguimiento de patologías cardiovasculares. Se realizan cuatro vistas estándares: paraesternal, apical, subcostal y supraesternal. El hallazgo de aneurisma de aorta abdominal (AAA) asintomática es de gran valor pronóstico, por lo que evaluar la aorta abdominal utilizando vistas inexploradas por EDT en los estudios de rutina podría representar una ventaja.

Objetivos: Primario: Evaluar la frecuencia con la que se detecta AAA durante la realización de EDT en pacientes sin diagnóstico previo de patología aórtica. Secundarios: Evaluar el aumento del tiempo al realizar el estudio incluyendo la vista adicional. Establecer la variabilidad inter-observador (ecografista vascular calificado, ecocardiografista calificado y ecocardiografista en formación). Evaluar la frecuencia con la que se detecta pseudoaneurisma, aterosclerosis y trombosis de aorta abdominal.

Materiales y Métodos: Es un estudio analítico, observacional, transversal y prospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 40 años que se realizaran una EDT por control de rutina o de patología cardiovascular previa en el sanatorio Allende en el transcurso de 20 meses. Las imágenes obtenidas fueron analizadas de forma independiente por distintos evaluadores (ecografista vascular calificado, ecocardiografista calificado y ecocardiografista en formación). La técnica utilizada consistió en colocar el transductor a 2-3 cm por encima del ombligo, con la muesca del mismo dirigida a 90° con giro posterior en sentido horario, de esta manera se logró distinguir a la aorta abdominal infrarrenal (AAI) en un plano longitudinal y transversal, evaluando la presencia de aneurisma así como aterosclerosis, pseudoaneurisma y trombosis. Además, se midió el tiempo empleado para la evaluación de la vista adicional con el fin de valorar el tiempo que llevaría realizarla.

TOTAL (N)	118
Edad media	58
Sexo Masculino	60 (50.8%)
HTA	60 (50,8%)
DLP	49 (41,5%)
TBQ	32 (27,1%)
E.Carotidea	29 (24,6 %)
DBT	18 (15,3%)
E.Coronaria	7 (5,9%)
ACV	7 (5,9%)

Resultados: Fueron evaluados 118 pacientes con una media de edad de 58.94 años. En el 51.7% de la muestra se detectó patologías de AAI, el 1.7% presentaron AAA. En 60 pacientes se detectó aterosclerosis, en 1 se detectó trombosis y ningún paciente presentó pseudoaneurisma. El aumento del tiempo de realización del EDT dio como

resultado una media de 28.53 segundos. Para establecer la variabilidad inter- observador se utilizó tablas de contingencia o Crosstabs. Se obtuvo una concordancia de 0.377 entre el staff periférico y el staff de ecocardiografía y una concordancia de 0.332 entre el staff periférico y el fellow de ecocardiografía en detección de patologías aórticas. Sin embargo en el sub - análisis de AAA la correlación fue mayor, obteniéndose el 0.491 con el staff de ecocardiografía y 1 con el fellow.

Conclusión: Incluir la evaluación de rutina para patología aórtica durante el ecocardiograma impresiona proporcionar un bajo rendimiento debido a una baja prevalencia (1.7 %) de AAA en nuestra población. Sin embargo, la detección de AAA asintomáticas puede modificar el pronóstico de la enfermedad. Por lo tanto, un examen de rutina de la aorta abdominal durante la EDT, lo cual implica poco tiempo adicional, parece ser una prevención efectiva especialmente en aquellos pacientes con factores de riesgo cardiovasculares.

0443 - ALTO RENDIMIENTO DEPORTIVO Y COMPETITIVO: ¿QUE RELACIÓN TUVIERON EL STRAIN AURICULAR Y LA HIDRATACIÓN?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Medicina Del Deporte

Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

SCIOLINI, Sabrina (1) | **ONTIVERO, Jeremias Daniel**(2) | **PULMARI, Camilo Ariel**(1) | **FRONTERA, Esteban**(2) | **MORBIDONI, Juan**(1) | **PLOGER, Claudio**(2) | **PAZ, Federico Guillermo**(2) | **LOMBARDEO, Martín**(1)

Sanatorio de la Trinidad San Isidro (1); Clínica Pasteur/Centro Cardiológico Patagonico de Neuquen Capital (2)

Introducción: El rol principal de la aurícula izquierda es modular el llenado ventricular y el rendimiento cardiovascular. Su función es dependiente de las presiones de llenado del ventrículo izquierdo y de las condiciones de carga. Existe relación directa entre longitud inicial de las fibras y fuerza de contracción. Por lo cual, a mayor precarga, mayor volumen de fin de diástole, mayor fuerza de contracción, mejor rendimiento cardiovascular.

Objetivos: Conocer si el strain auricular y el estado de hidratación (en términos de pérdida de peso) en prueba de alto rendimiento tuvieron relación con el resultado obtenido en la competencia.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, corte transversal, analítico, inclusión de 47 individuos que completaron Tetratlón de 84 km el 24 de agosto de 2019 en San Martín de los Andes, Neuquén, Argentina. 24 horas previas y 30 minutos de finalizada la carrera se realizaron mediciones antropométricas y ecocardiográficas con ecógrafos Philips CX 50, el strain fue medido con Software QLAB 13. Se clasificaron según índice de masa corporal en dos grupos. Normal entre 18,50 y 24,99 y sobrepeso IMC entre 25 y 29,99 kg/m2. Para el análisis estadístico se utilizó Software SPSS 23. Las variables continuas se expresaron como medianas e intervalo intercuartilo y la comparación con test no paramétricos. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y se compararon con test de Chi2. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Cuartilos de clasific.	Peso inicial	Peso al finalizar	P:
Primer cuartilo	70 (65,20- 78)	69,40 (65,90- 76,50)	0,037
Segundo cuartilo	82,50 (76,90- 89,90)	77 (67,70- 82,70)	0,0030
Tercer cuartilo	75,60 (67,10- 78,80)	74,70 (65,10- 77,20)	0,041
Cuarto cuartilo	81,75(69,10- 92,82)	80,10 (68,35- 91,42)	0,184

Resultados: Sobre un total de 47 individuos, de sexo masculino el 87,2 %, mediana de edad de 47 (41-52) años. Según escala de riesgo Interheart el 87,2 % de bajo riesgo. La mediana de tiempo de clasificación fue 06:33:34 (05:28:00-07:04:35) hs min seg. Al dividir por cuartilos de clasificación, se observó que los del primer y segundo cuartilo, con medianas de tiempo de clasificación de 05:14:57 (04:58:33-05:26:05) y 05:58:47 (05:52:45-06.12:09) hs min seg respectivamente; eran más jóvenes (mediana de edad 44 años), siendo más jóvenes y tenían mayor cantidad de horas de entrenamiento aeróbico (12 hs semanales) con respecto al tercer y cuarto cuartilo, cuyos tiempos fueron 06:53:40 (06:41:32-07:04:17) y 08:09:05 (07:32:13-08:39:27) hs min seg. Los del primer cuartilo tenían menor mediana de peso corporal (70 kg), con menor % de grasa corporal (14,80%). Luego del ejercicio se observó menor descenso de peso en el primer cuartilo de clasificación, coincidentemente éstos tenían una mediana de strain auricular basal más alta (44,60) que tuvo un descenso menor respecto al resto, con una mediana de strain longitudinal global del ventrículo izquierdo (-22,30) de iguales características con el segundo cuartilo con descenso no significativo. Con respecto al strain promedio global y al de la pared libre del ventrículo derecho, se observó valores basales más negativos y sin diferencia significativa entre el primer y segundo cuartilo.

Cuartiles de clasific.	Strain AI Pre-esf	Strain AI post-esf	P:
Primer cuartilo	44,60 (37,20- 47,90)	37 (34,80- 42,20)	0,32
Segundo cuartilo	38,90 (35,95- 43,95)	35,25 (30,27- 39,95)	0,051
Tercer cuartilo	39,90 (36- 53,90)	36,35 (27,22- 37,80)	0,009
Cuarto cuartilo	41,40 (31,25- 47,40)	33,65 (29,47- 39,02)	0,169

Conclusión: En nuestro estudio observamos que aquellos individuos con mejor clasificación, tuvieron menor deshidratación y mejor deformación auricular.

0445 - RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DE FONTAN EN EL SÍNDROME DE HETEROTAXIA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica

Unidad Temática 2: Cardiología Pediátrica - Cirugía y Hemodinamia

LAFUENTE, Maria Victoria | FOTI, Mariel Lilian | MOURATIAN, Diana Mariela | VILLALBA, Claudia Natalia | MICHELI, Diego Claudio | RAMOS, Agustina | DI SANTO, Marisa Viviana | VILLA, Alejandra

Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan

Introducción: La cirugía de Fontan es la opción para los pacientes con fisiología univentricular. Los isomerismo cardíacos representa un enorme desafío.

Objetivos: Evaluar la evolución de la cirugía de Fontan en el dextroisomerismo(DI) y levoisomerismo(LI).

Materiales y Métodos: En el período 1998-2018 fueron diagnosticados 173pacientes (p) con heterotaxia y fisiología univentricular (DI125p,LI 49p) y tiempo de seguimiento de X 6,53 años(rango 0.1-19.1años). Se analizaron datos clínicos y hemodinámicos prequirúrgicos, quirúrgicos y posquirúrgicos

Resultados: Alcanzaron el estadio Fontan 77/173 p(44,7%),con DI 56p/LI 21p. Los DI presentaron mayor incidencia de vena cava inferior ipsilateral con ápex cardíaco (70 %)p0.00 y anomalía total del retorno venoso pulmonar (48,2%) p0.02, mientras que en los LI predominó el desarrollo de fístulas pulmonares (LI:28.6% DI:1.8%)p0.0003.La insuficiencia valvular aurículo ventricular (IAV) significativa fue un hallazgo frecuente (30% en ambos grupos) requiriendo cirugía el 20%. La morbilidad postquirúrgica inmediata fue elevada, predominando en los DI (DI 94,6% y LI 81%) p0.06, asociada a disfunción ventricular (DI:69%) infección (DI: 26.8% /LI:9.5%), trombos (DI:12.5%/LI:9.5). Las arritmias ocurrieron en 38% de LI. La presencia de hipoxia y quilotorax fue semejante (44% y 25 %) respectivamente. Requirieron reintervenciones inmediatas 21p siendo el 76% cateterismos intervencionistas y 23,8% reoperaciones (todos eran DI). En el seguimiento el 65,6% desarrollo arritmias, IAV progresiva 48,9%, circulación colateral 31,9%, trombos 20,5%.Presentaban cianosis 71,9 % y disfunción ventricular 24%. Fueron reintervenidos en el seguimiento 31p. Siendo el 66,4% CI (DI48,8% LI 17,6%) p 0.02 y reoperaciones en el 33,3%(DI(9.8%,LI 23.5%)p0.19. La mortalidad inmediata fue del 42,2% levemente mayor en los DI y la tardía 23,3% semejante en ambos. El análisis univariado de la mortalidad inmediata se asoció con valores de presión pulmonar ≥ 15 mmHg(p 0.05), mientras que la alejada se relacionó con reoperaciones(p0.0004) y cateterismo intervencionista(p0.02).

Conclusión: En nuestra serie solo el 44% de los pacientes con heterotaxia alcanzan el estadio Fontan, presentando alta morbilidad temprana y tardía. La mortalidad global fue del 30% y estuvo asociada a reintervenciones. Los pacientes con isomerismo derecho requieren de mayor número de cateterismo.

0446 - UTILIDAD DE IMPRESIÓN TRIDIIMENSIONAL EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR COMPLEJA DE ADULTOS

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Tomografía y Resonancia Magnética

Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular

Hospital Alemán

Edad	Sexo	Diagnóstico	Características y utilidad de modelo 3D	Modelo3D
45	F	Aorta en porcelana y estenosis aórtica (radioterapia)	Modelo opaco sólido de la aorta ascendente y el arco en el que las áreas asociadas con las placas de calcio de la pared aórtica eran de color rojo. Los colores contrastantes facilitaron la identificación de posibles áreas para la aortotomía y el reemplazo de la válvula aórtica	
26	M	Dissección aórtica tipo A (Marfan)	Modelo hueco transparente de un aneurisma de aorta ascendente que mostró la existencia de un desgarramiento aórtico en forma de anillo difícil de ver en la exploración de angioTC. El diagnóstico inicial había sido el de un verdadero aneurisma aórtico ascendente asociado con la anulectasia	
62	M	Aneurisma de aorta ascendente	Modelo opaco hueco de un aneurisma aórtico ascendente. La pieza facilitó el reconocimiento de la dilatación cerca del arco aórtico para una mejor planificación quirúrgica.	
41	M	Sarcoma de arteria pulmonar	El compromiso de las estructuras anatómicas asociadas con un sarcoma raro de la arteria pulmonar fue modelado sobre plástico sólido antes y después de la cirugía resectiva. Facilitó la planificación quirúrgica.	
75	M	Aneurisma de aorta toracoabdominal	Modelo opaco sólido de un aneurisma complejo torácico y abdominal asociado a kinking vascular. Toda la pieza fue impresa para evaluar los ángulos aórticos cerrados en vista del tratamiento quirúrgico endovascular o directo.	
60	M	Anulectasia aórtica	Modelo opaco hueco de un corazón completo que muestra una anulectasia aórtica. Aunque el modelo no proporcionó más información sobre la anatomía, sirvió como una herramienta educativa interesante para mostrar las relaciones entre las estructuras alteradas.	
80	F	Tromboembolismo pulmonar	Modelo opaco sólido de un corazón completo en el que las áreas asociadas con la embolia pulmonar masiva eran de color rojo. Dada la disposición multiplanar de las arterias pulmonares, la pieza ofrecía una imagen tridimensional más clara de la afectación de los vasos.	
51	F	Neoplasia de aurícula izquierda	Modelo sólido transparente de una aurícula izquierda que mostró la existencia de una masa interna de color rojo. La valoración de la angioTC no pudo diferenciar claramente la masa en el tabique auricular o la pared posterior. El modelo mostró la masa implantada en el tabique auricular.	
61	M	Aneurisma del seno de valsalva	Modelo opaco hueco de una raíz aórtica que muestra dilataciones de los senos de Valsalva coronario derecho e izquierdo, asociados a la exclusión coronaria derecha. La exploración de AngioTC no fue concluyente para definir la imagen y los diámetros reales.	
77	M	Re-coartación aórtica	Modelo opaco hueco de un arco y aorta descendente que muestra una re-coartación y un pseudo-aneurisma asociado de un paciente operado hace 60 años. La pieza facilitó mediciones precisas y la simulación preoperatoria del despliegue de un stent.	
75	M	Endoprótesis de aorta abdominal asociada a endofuga	Modelo opaco sólido de una endoprótesis de aorta abdominal asociada a endofuga y kinking de vasos ilíacos. Toda la pieza se imprimió para evaluar el tratamiento quirúrgico endovascular o abierto.	
53	F	Aneurisma de arteria esplénica	Modelo opaco hueco de un aneurisma esplénico y vasos esplénicos útiles para la orientación, planificación y simulación del tratamiento endovascular. La práctica en el modelo mostró gran dificultad para implantar un stent. El paciente solo podía tratarse con embolización con coils.	

Introducción: La impresión tridimensional (3D) es una técnica ampliamente utilizada para construir réplicas reales de estructuras anatómicas. No obstante, los datos sobre la impresión 3D en cirugía cardiovascular en adultos son limitados. La impresión 3D en la enfermedad cardíaca estructural ayudaría en la planificación del tratamiento quirúrgico y endovascular de patologías complejas.

Objetivos: Evaluar la utilidad de las tecnologías de impresión 3D para la planificación prospectiva de cirugía cardiovascular no congénita compleja de pacientes adultos.

Materiales y Métodos: Entre Julio del 2018 y Diciembre del 2019, 13 pacientes adultos con diferentes enfermedades estructurales cardiovasculares en plan de cirugía programada fueron incluidos en un protocolo para valorar la utilidad de la impresión 3D preoperatoria. Los pacientes fueron seleccionados de acuerdo con la complejidad de la enfermedad cardiovascular y las imágenes diagnosticas se obtuvieron con Tomografía computarizada (TC) de 320 detectores (Toshiba AquilionOne, Otawara, Japón). Luego, los DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) fueron convertidos en modelos digitales específicos para cada paciente. Estos últimos archivos trataron previo a su impresión (Meshmixer, Version 3.5.474, Autodesk, Inc.). Finalmente, para la impresión 3D utilizamos "modelado de deposición fundida" con diferentes materiales termoplásticos depositados capa por capa a medida que el material se endurece inmediatamente luego de la salida del cabezal. Se realizó un análisis descriptivo y cualitativo basado en las características, ventajas y utilidad de usar modelos 3D para guiar y planificar los procedimientos quirúrgicos.

Resultados: Se crearon un total de 13 modelos personalizados de corazones y grandes vasos impresos en 3D para planificación quirúrgica preoperatoria. Tabla 1. El costo de los modelos osciló entre 100 y 500 USD.

Conclusión: La impresión 3D es un avance tecnológico que puede ayudar a planificar cirugías cardiovasculares complejas en adultos. Los modelos seleccionados presentaron distintas ventajas (visuales y táctiles) por sobre las imágenes anatómicas planas a la hora de simular y planificar algunos tipos complejos de cirugía.

0447 - REGISTRO MULTICÉNTRICO PROSPECTIVO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN CENTROS DE ALTA COMPLEJIDAD. RESULTADOS A LOS 15 MESES DE SEGUIMIENTO (BUENOS AIRES I).

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

COSTABEL, Juan Pablo (1) | **GARMENDIA, Cristian Maximiliano**(2) | **ZAIDEL, Ezequiel**(3) | **RIVERO, Mirza**(4) | **PÉREZ, Gonzalo**(5) | **ARBUCCI, Rosina**(1) | **BILBAO, Jorge**(6) | **LEVÍN, Ricardo**(7)

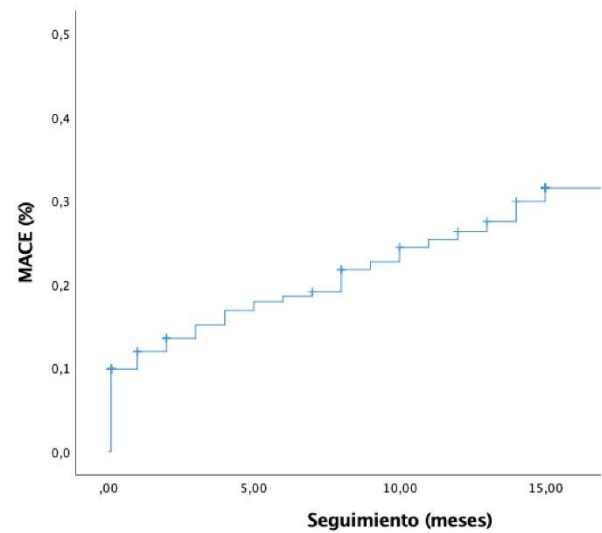
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Hospital Italiano de Buenos Aires (2); Sanatorio Güemes (3); CEMIC (4); Clínica Olivos (5); Hospital Austral (6); Hospital Universitario de la UAI (7)

Tabla 4. Evolución clínica a 15 meses.

Variables	Valor
Eventos isquémicos	
MACE - n(%)	240/770 (31,2)
IAM - n(%)	113/697 (16,2)
SCA - n(%)	166/708 (27,7)
Nueva revascularización - n(%)	56/946 (5,9)
ACV-AIT - n(%)	17/665 (2,6)
CRM - n(%)	51/662 (7,7)
Fibrilación auricular - n(%)	99/691 (14,3)
Insuficiencia cardíaca - n(%)	124/705 (17,6)
Muerte cardiovascular - n(%)	44/730 (6,0)
Muerte total - n(%)	75/733 (10,2)
Eventos hemorrágicos	
BARC ≥ 2 - n (%)	156/754 (20,7)

MACE= Evento adverso cardiovascular mayor; IAM= Infarto agudo de miocardio; SCA= Síndrome coronario agudo; ACV= Accidente cerebrovascular; AIT= Accidente isquémico transitorio; CRM= Cirugía de revascularización miocárdica; BARC= Bleeding Academic Research Consortium.

Introducción: El abordaje terapéutico de los síndromes coronarios agudos (SCA) sin elevación del segmento ST (SCASEST) ha sufrido modificaciones en los últimos años, a partir del surgimiento de nuevos agentes farmacológicos y el avance de las técnicas de revascularización coronaria. En la actualidad, es escaso el conocimiento sobre la evolución clínica de este subgrupo de pacientes a largo plazo en nuestra región.



Objetivos: Evaluar la evolución de pacientes con SCASEST tratados en centros de alta complejidad de nuestro país, con un período de seguimiento a 15 meses desde el evento coronario índice.

Materiales y Métodos: Se registraron en forma prospectiva pacientes hospitalizados en 21 centros con servicio de unidad coronaria, hemodinamia disponible las 24 horas y cirugía cardíaca, con un seguimiento a 15 meses, documentando los eventos de síndrome coronario agudo (SCA), infarto agudo de miocardio (IAM), accidente cerebrovascular o isquémico transitorio (ACV/AIT), la mortalidad cardiovascular y el compuesto denominado MACE (SCA, IAM , ACV, AIT y mortalidad cardiovascular).

Resultados: Se incluyeron 1100 pacientes consecutivos, con una edad media de $65,4 \pm 11,5$ años, y un 77,2 % de sexo masculino. El 62,6 % de la cohorte fue caracterizado como IAM sin elevación del ST, y 37,4 % como angina inestable. Un 27,6 % presentaba diabetes mellitus y el 31,5 % IAM previo. El seguimiento a 15 meses se logró en el 66,0 % de los pacientes (n = 726). La incidencia de MACE fue de 31,2 %, con un 27,7 % de SCA, 16,2 % de IAM, 2,6 % de ACV/AIT y 6,0 % de mortalidad cardiovascular, con una mortalidad total de 10,2 %.

Conclusión: Este es el primer registro de pacientes con SCASEST en nuestra región con esta extensión de seguimiento, mostrando que un porcentaje significativo de pacientes presentan eventos cardiovasculares recurrentes dentro de los 15 meses desde el evento coronario índice.

0448 - CARACTERIZACIÓN DE LOS MINOCA CON Y SIN RESONANCIA CARDÍACA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Tomografía y Resonancia Magnética

FERNÁNDEZ, Horacio Enrique | **PEREZ CACERES, Nicolas Emanuel** | MARTINO, Eduardo Daniel | SENDOYA, Santiago | GALLEG0, Victoria Paola | BONORINO, José | BILBAO, Jorge | BARATTA, Sergio Juan

Hospital Universitario Austral

Introducción: Hasta un 14% de los pacientes (p.) con infarto de miocardio no presentan obstrucciones coronarias significativas según las series, siendo clasificados como MINOCA, las siglas en inglés de Infarto de Miocardio sin Lesiones Coronarias Obstructivas. Estos cuadros presentan incertidumbre diagnósticas y en su manejo clínico; con una fisiopatología compleja y multifactorial.

Objetivos: En pacientes con MINOCA evaluar la posibilidad de llegar a un diagnóstico etiológico con y sin Resonancia Magnética Cardíaca (RMC). Y su efecto en la evolución de los p.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectivo con seguimiento a un año, de p. consecutivos con MINOCA antes y después de contar con el método RMC en el centro. Se definió como MINOCA a quienes presentaron dolor precordial, elevación de la troponina con criterio de infarto y no presentaron lesiones obstructivas significativas en la coronariografía. En los p. con RMC se estableció el diagnóstico etiológico de acuerdo a la distribución del realce tardío en combinación con los hallazgos de la clínica y el ecocardiograma. En quienes no se realizó RMC fue mediante la clínica, el ecocardiograma, la perfusión miocárdica y el nivel de elevación de la troponina.

Etiología	con RMC n (%)	sin RMC n (%)
Miocarditis	11 (55)	1 (1.8)
SCA	3 (15)	1 (1.8)
Drogas	0 (0)	1 (1.8)
Ejercicio	0 (0)	1 (1.8)
HTA severa	0 (0)	1 (1.8)
Ins. Cardíaca	0 (0)	1 (1.8)
Pericarditis	0 (0)	1 (1.8)
Arritmia	0 (0)	2 (3.6)
Takotsubo	2 (10)	3 (5.4)
Espasmo coron	0 (0)	4 (7.1)
Pte muscular	0 (0)	4 (7.1)
No aclarado	4 (20)	36 (64)

Resultados: Desde 2007 se admitieron por infarto de miocardio 1225 p. de los cuales cumplieron criterio de MINOCA 76 casos que fueron incluidos en nuestra observación. La edad fue de 60 ± 14 , 47.3% de sexo femenino. La media del pico de troponina fue de $439 \mu\text{g/L} \pm 863$, mediana de 94 (VN: hasta 14). De los 56 p. que fueron manejados sin RMC en 20 casos (35.7%) se arribó a un diagnóstico etiológico, mientras que en los 20 casos con RMC se obtuvo en 16 p.(80%) (OR 7, IC95% 2.1-27.3, $p=0.001$). La realización de RMC incrementó la media de estadía hospitalaria de 2.2 a 2.7 días, ($p=0.02$). NO se registró mortalidad cardiovascular intrahospitalaria ni al año. Sólo registraron hospitalizaciones cardiovasculares en 3 pacientes del grupo sin RMC (2 por ICC, 1 por angioplastia coronaria). No se observaron diferencias en la medicación al alta entre ambos grupos.

Conclusión: En el contexto clínico de MINOCA la RMC permite arribar a un diagnóstico etiológico con más frecuencia y reduce la variedad de los mismos, prolongando la estadía en un día más. En nuestra serie no se observó mortalidad año y si bien hubo más internaciones en el grupo RMC no tuvo significación estadística.

0451 - TRATAMIENTO MEDICO AMBULATORIO EN PACIENTES CON INTERNACION PREVIA POR INSUFICIENCIA CARDIACA ¿CUMPLIMOS CON LAS GUIAS? SEGUIMIENTO A 1 AÑO DEL REGISTRO ARGEN-IC

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

CARUSO, Nicolas | SORICETTI, Julieta | PEREIRO, Stella | PORTILLO, Meiber | TAQUICHIRI ACUÑA, Noemi | GAMARRA, Analía | VOGELMANN, Oscar Ariel

Consejo de Insuficiencia Cardíaca e hipertension pulmonar, SAC

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad multifactorial compleja, con elevada morbimortalidad y de gran impacto en salud. Si bien las opciones terapéuticas existentes para el grupo con fracción de eyección (FE) reducida producen impacto beneficioso en términos de morbimortalidad, ésta sigue siendo inaceptablemente alta. Sin embargo, registros a nivel mundial demuestran utilización subóptima de drogas que reducen muerte y hospitalizaciones, más allá de su incuestionable indicación. Recientemente, un subanálisis del Registro Argen IC evidenció que los pacientes internados con IC son dados de alta con un bajo nivel de prescripción de estas drogas. En consecuencia, nos dispusimos a analizar esta situación en el seguimiento.

Objetivos: Describir los niveles de prescripción en el seguimiento al año, de drogas que modifican la mortalidad, en pacientes con IC y FE reducida (ICFER) que fueron internados por IC aguda.

Materiales y Métodos: Para este análisis, se incluyeron los pacientes (p) incorporados al registro ARGEN-IC, con diagnóstico clínico de ICA. Registro multicéntrico, prospectivo, desde agosto de 2018, hasta marzo de 2019. Posterior al alta hospitalaria, se analizó al subgrupo con FE reducida, definida como $\leq 40\%$. Se realizaron llamados telefónicos de seguimiento a los 30, 60, 90, 180 y 360 días. Se indagó información acerca de presencia de síntomas, tratamientos médicos actuales, realización de consultas médicas y aparición de nuevos eventos (internaciones o muerte). Con la información proporcionada, se valoraron los porcentajes y dosis de prescripción de drogas con impacto en la mortalidad. En relación a la distribución se utilizó el test de t (cuantitativas), chi cuadrado (cualitativas) y correlación de Pearson.

Tabla 1. Porcentajes de pacientes recibiendo tratamiento específicos y niveles de dosis efectivas.

	% de prescripción	% pacientes con dosis target
Betabloqueantes		
Al alta hospitalaria	77.5	13.7
A 360 días	88.7	14.4
IECA / ARA II / ARNI (total)		
Al alta hospitalaria	44.2 / 16.6 / 10.1 (70.9)	16.4 / 2.7 / 4.4
A 360 días	29.8 / 21 / 18.5 (69.4)	31.4 / 19 / *
Antialdosterónicos		
Al alta hospitalaria	56.3	16.3
A 360 días	65.3	14.3

* no se obtuvo información acerca de la dosis de ARNI en el seguimiento

Resultados: Se incluyeron 464 pacientes con FE deteriorada internados previamente por insuficiencia cardíaca aguda, con una edad media de 68.1 años (± 14.2) y sexo masculino 72.4%. En relación a la adherencia al tratamiento, los pacientes que egresaron tratados con betabloqueantes seguían recibiendo 92.8 y 90.8% a 30 y 360 días,

respectivamente. Los tratados con IECA, ARA II o ARNI continuaban recibéndolos 85.9 y 78.6% a 30 y 360 días y los tratados con antialdosterónicos 84 y 76.3% respectivamente. La tabla 1 compara el porcentaje de prescripción al alta de drogas específicas y su correlato a 360 días, así como la proporción de pacientes con dosis óptima indicada en recomendaciones internacionales. Finalmente, egresaron 42.3% de los pacientes recibiendo las 3 familias de drogas indicadas, mientras que al año de seguimiento esta prescripción ascendió al 50.8%. Finalmente observamos que los pacientes realizaron consultas ambulatorias relacionadas con la IC, el 54%, 51.7%, 59.1%, 55.4% y 39.3% a 30, 60, 90, 180 y 360 días, respectivamente. En forma acumulativa consultaron el 68.5% a 2 meses, el 76.5% a 3 meses, 81.5% a 6 meses y 84.6% a 1 año (gráfico 1).



Figura 1. Porcentajes de consultas a médicos por IC.
NC: pacientes que no respondieron; Acum: porcentaje que consultaron, en forma acumulativa.

Conclusión: Observamos que, tanto la cantidad de pacientes que reciben medicación específica, como el porcentaje recibiendo dosis adecuadas, si bien no empeoró desde su egreso hospitalario, siguen siendo subóptimos. Nuevas evaluaciones deberán aclarar las causas de esta situación, así como aportar posibles soluciones para corregirla.

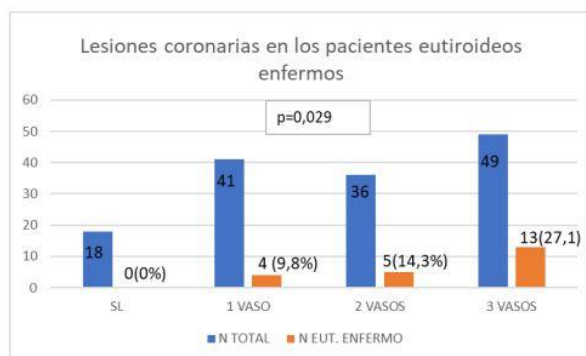
0452 - SÍNDROME EUTIROIDEO ENFERMO COMO PREDICTOR DE LESIONES CORONARIAS MÚLTIPLES EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

LOBIANCO, Mirta Daniela | COSTA, Diego | ALADIO, José Martín | MATSUDO, Maia | SWIESZKOWSKI, Sandra | PÉREZ DE LA HOZ, Ricardo Alfredo

Hospital de Clínicas UBA



Introducción: El síndrome eutiroideo enfermo (SEE) es definido por valores bajos de T3 acompañado de TSH y T4L normales, es considerado una respuesta aguda a una situación de estrés como lo es un SCA. Los pacientes que lo desarrollan suelen estar gravemente enfermos.

Objetivos: -Determinar la prevalencia de SEE en pacientes que ingresaron a una Unidad Coronaria de un Hospital Universitario con diagnóstico de SCA entre el 01/09/2017 y el 31/08/2019.

Materiales y Métodos: Prospectivo, observacional, unicéntrico, de pacientes sucesivos, que ingresaron con diagnóstico de SCA a UCO de un hospital universitario. >18 años con SCA y cinecoronariografía realizada dentro de las 48 hs del ingreso, entre las fechas 01/09/2017 y 31/08/2019 previa consentimiento informado. Al ingreso se les solicitó TSH, T3, T4L. Se definió SEE como T3 baja con TSH y T4L normal. Las variables continuas con distribución normal fueron expresadas como media±desvío estándar. Las variables continuas de distribución no normal se expresaron como medianas con su rango intercuartilo. La distribución normal de los datos fue determinada por el test de Shapiro-Wilk. Las variables categóricas fueron expresadas como proporciones. Para la comparación de las variables categóricas se utilizó el test de Chi cuadrado (o el test exacto de Fisher, según corresponda) y para la comparación de las variables numéricas el test t a dos colas para muestras independientes o pareadas. El análisis estadístico se repitió tanto para los valores al ingreso como para los valores posteriores. Se consideró significativo un valor de p menor a 0,05. Se utilizó el programa Statistix (Versión 7.0).

Resultados: N: 149 pacientes. 63.75% de sexo masculino. La edad 67.8 años (DS 12.3). 42.28% ingreso por SCAEST. 24% de los pacientes con SCAEST tenían alteración de la función tiroidea, contra el 20% en el grupo sin elevación del ST. 22.14% tenían alteración de la función tiroidea al ingreso. 51% de los pacientes con SEE presentaron en la cinecoronariografía lesión de 3 vasos Vs el 26.7% en los pacientes eutiroides. En el grupo de pacientes eutiroides enfermos, comparados con los eutiroides, presentaron con mayor frecuencia lesión de 3 vasos con una p significativa (p=0.029).

Conclusión: En el SCA con SEE se comprobó un mayor número de pacientes con enfermedad de 3 vasos. Dado que el SEE es una condición de estrés, la lesión de 3 vasos podría condicionar al desarrollo de SEE agravando su evolución.

0453 - PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN MICROVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES CON GATED-SPECT NORMAL.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

SANABRIA, Hugo Daniel | VERA, Maria Inés | DAQUARTI, Gustavo Javier | BRUZONE, Santiago | FAINGOLD, María Cristina | SINAY, Isaac | MERETTA, Alejandro Horacio

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Los pacientes con diabetes tienen un mayor riesgo de presentar eventos cardiovasculares. La disfunción microvascular es un marcador de daño precoz, y su presencia se ha asociado con peor pronóstico en estos pacientes, incluso con GATED-SPECT normal.

Objetivos: El objetivo del trabajo fue evaluar la prevalencia de disfunción microvascular de acuerdo a tipo de diabetes a través de la cuantificación de reserva de flujo coronario (RFC) en pacientes con GATED-SPECT normal.

Gráfico 1: Prevalencia de disfunción microvascular



Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con diabetes sin historia de enfermedad coronaria conocida que presentaron un estudio GATED-SPECT Tc99-MIBI con dipiridamol sin defectos de perfusión y con función ventricular conservada. El CFR fue calculado mediante la relación flujo pico post dipiridamol /flujo en reposo con el software 4DM® mediante SPECT con detectores Cadmio Zinc Telurio (CZT-SPECT). Se consideró presencia de disfunción microvascular un RFC < 2 y disfunción severa cuando el RFC fue < 1,6.

Tabla 1: Características basales de acuerdo a RFC

	RFC normal n: 55	RFC anormal n: 46	p
RFC	2,60 +/- 0,55	1,61 +/- 0,27	0,01
Edad (años)	52,43 +/- 12,76	60,64 +/- 11,7	0,01
Mujeres (%)	37,7%	49,9%	ns
DM tipo 1	38,2	28,9	ns
Tiempo de evolución (año)	14,53 +/- 13	15,29 +/- 11,99	ns
Hemoglobina glicosilada, %	7,33 +/- 1,37	7,34 +/- 1,19	ns
IMC	29,25 +/- 5,9	28,95 +/- 5,04	ns
Complicaciones microvasculares	23,6%	42,2%	0,05

Resultados: Se analizaron 101 pacientes con diabetes. La prevalencia de disfunción microvascular fue del 45.55%. El 15,84 % de los pacientes presentaron disfunción microvascular severa. Los pacientes con disfunción microvascular presentaron mayor edad y mayor prevalencia de otras complicaciones microvasculares (nefropatía, retinopatía o neuropatía).

Conclusión: La prevalencia de disfunción microvascular en pacientes con diabetes con GATED-SPECT normal es elevada. Su identificación podría ser de utilidad para guiar futuros tratamientos.

0458 - UN ENFOQUE INNOVADOR PARA MEJORAR LA DETECCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO EN ENTORNOS URBANOS VULNERABLES: UN ESTUDIO DE FACTIBILIDAD EN ARGENTINA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

Unidad Temática 2: Salud Pública y Políticas de Salud

POGGIO, Rosana | GUTIERREZ, Laura | IRAZOLA, Vilma

INSTITUTO DE EFECTIVIDAD CLINICA

Introducción: La cobertura efectiva para la detección y tratamiento de los factores de riesgo en Argentina es baja, especialmente en poblaciones vulnerables y de escasos recursos económicos. Algunos reportes muestran que menos del 30% de los individuos clasificados como riesgo cardiovascular > 10% asisten a la visita clínica en el primer nivel de atención para la evaluación. Como consecuencia, la tasa de control de los factores de riesgo es extremadamente baja (entre 11%-40%). Existen numerosas barreras a nivel del sistema de salud, proveedores e individuos que dificultan el éxito de las estrategias de prevención cardiovascular en nuestra población.

Objetivos: El objetivo del presente estudio fue evaluar la factibilidad de una intervención multicomponente diseñada para mejorar la detección y el tratamiento de los factores de riesgo en población vulnerable con riesgo cardiovascular >10% y con cobertura exclusiva pública en el municipio de Marcos Paz, provincia de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de factibilidad no controlado para evaluar el nivel de fidelidad, adopción y aceptabilidad de la intervención multicomponente en 6 centros de salud del primer nivel de atención del municipio de Marcos Paz. La duración de la intervención y el seguimiento fue de 6 meses. La intervención abordó las barreras para el control de los factores de riesgo mediante un empoderamiento del agente sanitario (AS) para la detección y seguimiento de los factores de riesgo en la comunidad, creación de turnos protegidos y un nuevo formulario que centralizó el registro de datos clínicos del equipo de salud y por primera vez el de los AS. Con los médicos se realizaron visitas para la revisión de sus patrones de prescripción. A los individuos de la comunidad y su entorno familiar se implementó una intervención en el hogar liderada por los AS, quienes mostraban el estado de los factores de riesgo con imágenes de semáforos y brindaron sesiones de consejería.

Resultados: Se incluyeron 185 participantes. El nivel de asistencia a la visita clínica para el control de los factores de riesgo durante el seguimiento fue del 82,2%. Los médicos aumentaron las dosis o la cantidad de medicamentos para el control de la hipertensión en el 77% de los participantes con tensión arterial (TA) =140/90 mmHg y 79.5% en los participantes con diabetes. Al final del seguimiento, se observó una reducción de TA sistólica (de 156.9 a 145.4 mmHg) y diastólica (de 92.8 a 88.9 mmHg). También aumentó la proporción de participantes tratados acorde a las guías de buena práctica (21% a 32,6% en hipertensos, de 7,4% a 33,3% alto riesgo y de 1,4% a 8,7% en los de muy alto riesgo ECV).

Conclusión: Este estudio mostró que la intervención multicomponente propuesta liderada por agentes sanitarios fue factible y podría ser efectiva para mejorar la detección y el tratamiento de los factores de riesgo en la población vulnerable con riesgo cardiovascular moderado o alto.

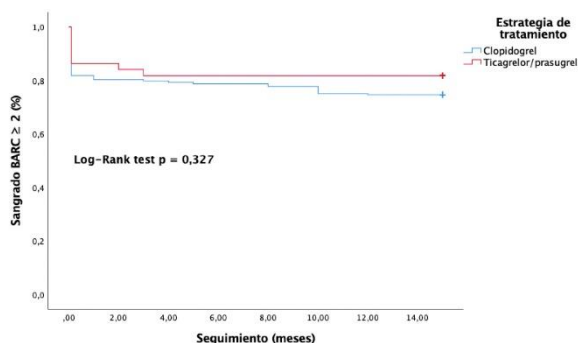
0459 - TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST EN ADULTOS MAYORES – CONTRASTE DE LA HIPÓTESIS POPULAR AGE EN EL MUNDO REAL

Modalidad: Temas Libres

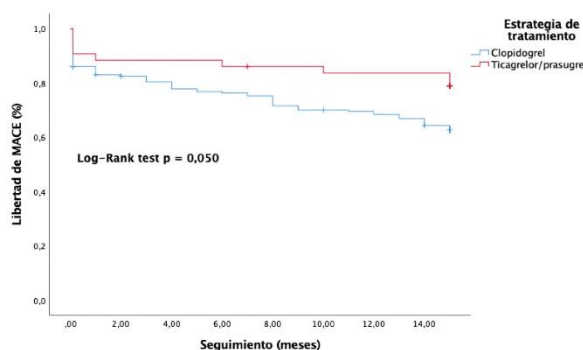
Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

GARMENDIA, Cristian Maximiliano (1) | **VIRUEL, Marcos**(1) | **GÓMEZ, Ivan**(2) | **BONORINO, José**(3) | **TORRES, Nicolás**(3) | **TUFO PEREYRA, Andrea**(4) | **DOMÍNGUEZ, María Paz**(1) | **COSTABEL, Juan Pablo**(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Sanatorio Güemes (2); Hospital Austral (3); Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández (4)



Introducción: Las guías de manejo clínico recomiendan el tratamiento con inhibidores del receptor P2Y12 (iP2Y12) más potentes, como el ticagrelor o prasugrel, sobre el clopidogrel, en el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST). El estudio POPular AGE demostró que, en pacientes mayores de 70 años, el clopidogrel sería el iP2Y12 de elección, por su asociación a menos eventos de sangrado sin diferencia en eventos isquémicos.



Objetivos: Analizar la seguridad y eficacia de los diferentes esquemas de tratamiento con iP2Y12, en pacientes mayores de 70 años con SCASEST, a fin de contrastar la hipótesis “POPular AGE” en el mundo real.

Materiales y Métodos: Se efectuó un sub-análisis dentro del registro prospectivo BUENOS AIRES I, que incluyó pacientes con SCASEST (n=1100), tomando al subgrupo de pacientes mayores de 70 años y estratificándolo de acuerdo al esquema de tratamiento con iP2Y12 administrado, según: “clopidogrel”, o “ticagrelor/prasugrel”. Se analizaron diferencias en términos de las características basales y eventos clínicos en el seguimiento a 15 meses entre los subgrupos seleccionados. Se realizaron curvas de sobrevida mediante el estimador de Kaplan-Meier evaluando los eventos de sangrado BARC = 2 y eventos cardíacos adversos mayores (compuesto de síndrome coronario agudo,

infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular/accidente isquémico transitorio y muerte cardiovascular - MACE), entre el subgrupo "clopidogrel" y "ticagrelor/prasugrel", respectivamente.

Resultados: El seguimiento a 15 meses se logró en el 66,0 % del total de la cohorte (n = 726), de los cuales el 55,4 % (n = 402) fueron mayores de 70 años. Este subgrupo presentó gran carga de comorbilidades, con un 85,1 % de hipertensión, 30,3 % de diabetes mellitus y 43,2 % de enfermedad renal crónica. Los pacientes tratados con ticagrelor/prasugrel (n = 54, 13,43 %), presentaron mayor prevalencia de tabaquismo activo (14,8 % vs. 5,9 %; p = 0,022), menor fibrilación auricular (1,9 % vs. 16,1 %; p = 0,005), y menor puntaje de score CRUSADE ($27,48 \pm 10,74$ vs. $33,57 \pm 12,83$; p = 0,001), aunque sin diferencias en el puntaje de score GRACE ($162,26 \pm 42,35$ vs. $164,66 \pm 49,30$; p = 0,410), en relación a los tratados con clopidogrel (n = 286, 71,14 %). A los 15 meses de seguimiento, la incidencia de sangrado BARC = 2 fue de 25,4 % en el grupo "clopidogrel", en relación a un 18,2 % en el grupo "ticagrelor/prasugrel" (p = 0,327). Se observó una tendencia no significativa a menor ocurrencia del evento isquémico combinado (MACE) en el grupo "ticagrelor/prasugrel", en comparación al grupo "clopidogrel" (20,9 % vs. 36,3 %; p = 0,053).

Conclusión: Este sub-análisis del registro BUENOS AIRES I demostró que, en pacientes seleccionados mayores de 70 años con SCASEST pertenecientes al mundo real, el tratamiento con ticagrelor/prasugrel podría ser una estrategia segura y efectiva.

0460 - IMPLANTE DE STENT CON DROGAS A TRONCO DE CORONARIA IZQUIERDA EN PACIENTES DESCARTADOS PARA CIRUGÍA EN UN HOSPITAL DE 3ER NIVEL.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

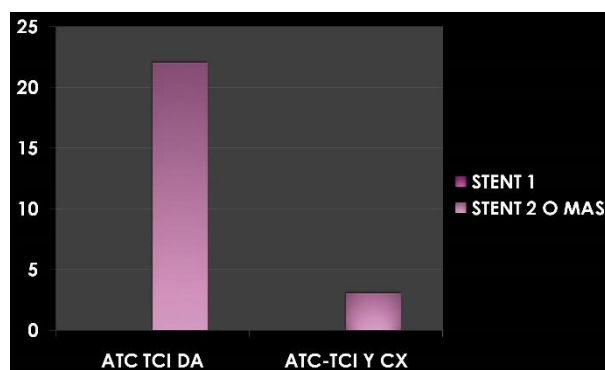
FUENTES, Richard | CAINZO, Christian Jose | SEGOVIA CARDOZO, Patricia Pamela | CHOQUE, Jaime | SORUCO RIOS, Eduardo | COPA QUISPE, Jose Luis | FIORILO URCULLO, Rildo | NICOLOSI, Liliana

Hospital Español

Introducción: La enfermedad del tronco común izquierdo (TCI) (estenosis de la luz = 50%) .Se encuentra Entre el 3-5% de los estudios diagnósticos por cinecoronariografías, aquellos que no reciben tratamiento tienen una mortalidad de causa cardiovascular que supera el 50% y una sobrevida no mayor a 3 años. La angioplastia percutánea a tronco de coronaria izquierda (APTICI) es un procedimiento alternativo en la enfermedad de TCI.

Objetivos: Conocer los resultados de nuestro centro en los pacientes a quienes se les efectuó angioplastia percutánea a tronco de coronaria izquierda (APTICI) aquellos pacientes que fueron descartados de cirugía.

Materiales y Métodos: Es un estudio descriptivo , donde Fueron incluidos aquellos pacientes a quienes se les realizó APTICI en el periodo del 1 junio 2013 abril del 2019 Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS , se utilizaron las pruebas de Chi cuadrado, Test de Fisher, intervalos de confianza del 95%, con un error alfa < 0.05.



Resultados: 25 pacientes, 15 hombres (57,69%). Edad entre 70 y 85 años (70 + 5). Diabéticos 12 (46,1%), 25 hipertensos (96,1%), 13 tabaquismo (50%), 22 dislipidemia (22,5%). SCASEST 23 (92%) 2 (8%) choque cardiogénico. 11 (44%) descartados para cirugía. Dos (8%) antecedente de Cirugía de Revascularización, 12(48%) rechazaron tx convencional. 22 se dirigieron a la DA y 3 a la Cx. En 22 (88%) se realizó extensión de la ACTP a DA, a 3 (12%) en Cx .La mortalidad fue de 1 (%), La mejoría de shock cardiogénico a las 24 de los 2 pacientes fue

completa. muerte IAM (1), La mejoría clínica de los síntomas fue de 75%, con una p significativa. En todos se utilizaron stents liberadores de drogas. Everolimus o Zotarolimus. (Abbott®, Boston Scientific® y Medtronic



Conclusión: El tratamiento percutáneo de TCI tiene excelentes resultados intrahospitalarios con una tasa de mortalidad baja (1.8%), mejoría del cuadro clínico y disminución de su estadía en unidad intensiva. Es un procedimiento alternativo en aquellos pacientes que rechazan el tratamiento convencional o aquellos que fueron descartados para procedimientos quirúrgicos.

0461 - VALORACIÓN DE PERMEABILIDAD A 12 MESES EN ANGIOPLASTIA CON STENT AUTOEXPANDIBLE NO FARMACOLÓGICO VERSUS ANGIOPLASTIA CON BALÓN FARMACOLÓGICO Y CONVENCIONAL.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

Unidad Temática 2: Enfermedad Vascular Periférica

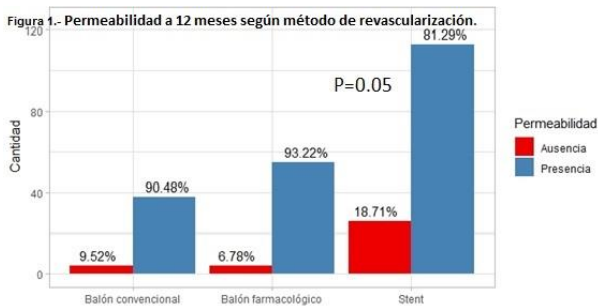
SARDAN RENGEL, Omar Yerko | SERO, Bernardo Javier | COSTA, Diego | MUZZIO, Maximiliano | SAGLIETTI, Luciano | CORONEL, Roberto | ROSSINI, Adrián Marcelo | NOTRICA, Marcelo Elías

Sanatorio Sagrado Corazón

Tabla 1. Características de la población.

Característica (n = 250)	Media $\pm$ DE o n (%)
Varones	199(79.9%)
Edad (años)	64.72 $\pm$ 9.77
Hipertensión arterial	250(100.0%)
Diabetes	167(66.8%)
Tabaquismo	149(59.6%)
Extabaquismo	113(45.2%)
Dislipidemia	157(62.8%)
Obesidad	57(22.8%)
Infarto de miocardio	88(35.2%)
Insuficiencia renal crónica	62(24.8%)
Obstrucción severa	103(41.2%)
Oclusión	160 (64.0%)
Isquemia crítica	37 (14.8%)
Claudicación	193 (77.2%)
Rutherford	
1	17 (6.8%)
2	132 (52.8%)
3	51 (20.4%)
4	35 (14.0%)
5	24 (9.6%)
6	9 (3.6%)
Longitud de la lesión (mm)	145.37 $\pm$ 85.30

Introducción: La enfermedad arterial del territorio femoropoplíteo sintomático por claudicación o isquemia crítica, sigue siendo un reto para el tratamiento endovascular actual. Si bien con la implementación de tecnologías a lo largo de los años tanto con balón convencional, stent sin fármacos, stent farmacológico, balón farmacológico y aterectomía, no se puede dilucidar con una fuerte evidencia la mejor estrategia endovascular. Estudios previos comparan angioplastia con stent versus balón convencional ó farmacológico, siendo atractiva la inclinación por este último.



Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar en lesiones sintomáticas de novo por oclusión u obstrucción severa de la arteria femoral superficial la permeabilidad primaria a los 12 meses comparando angioplastia con stent, balón convencional y farmacológico.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, incluyó a todos los pacientes con angioplastia de arteria femoral superficial desde 2012 hasta 2019. Se obtuvieron de la historia clínica electrónica y del procedimiento los datos de antecedentes, diagnóstico y tratamiento (angioplastia con implante de stent autoexpandible de níquel sin fármaco, con balón convencional o con balón farmacológico liberador de paclitaxel), tipo y longitud de la lesión. Punto final primario: presencia de permeabilidad a 12 meses, definida como ausencia de empeoramiento clínico y reintervención. Las variables continuas se presentaron como medias $\pm$ desviación estándar, y las categóricas como frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones se llevaron a cabo con la prueba de Chi al cuadrado, estableciendo como significativo valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se registraron en total 269 pacientes, de los cuales 250 presentaron datos sobre permeabilidad a los 12 meses y fueron incluidos para el análisis. Sus características basales se observan en la tabla 1, notándose elevada prevalencia de factores de riesgo. Lesiones con oclusión en un 64%. y una media de longitud de lesión de 145 mm. Se utilizó balón convencional a 42 p.(17.5%), balón farmacológico a 59 p. (24.6%) e implante de stent a 139 p.(57.9%).

Conclusión: A pesar de baja utilización actual del balón farmacológico por el aumento de la mortalidad según registros previos aún en discusión, en nuestro estudio se evidencia que tiene una mejor tendencia a la permeabilidad que el stent autoexpandible demostrando la ausencia del empeoramiento clínico y la reintervención a los 12 meses, por lo que siempre y cuando la lesión permita (por disección u obstrucción limitante de flujo) se evitará el implante de stents. Aún se requieren estudios a gran escala para determinar cuál será la conducta en este territorio.

0462 - VARIABLES CLINICAS Y ECOCARDIOGRAFICAS DE PRESENCIA DE TROMBO EN AURICULA IZQUIERDA, EN PACIENTE CON FIBRILACION AURICULAR DE TIEMPO INCIERTO (FATI). ¿LOS JOVENES POBLACION SUBESTIMADA?.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

VENTRICI, Javier Fabian | **ZARATE, Luis** | ALUSTIZA, Walter Ramon | RIVADENEIRA, Cinthia Yohana | FERNANDEZ, Fabricio | VIZCARRA, Sergio | BISUTTI, Julio Hector | MARTURANO, María Pía

Sanatorio Pasteur de Catamarca

Introducción: La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en la práctica diaria. dado que su morbimortalidad esta asociado, a fenómenos embólicos, en particular el accidente cerebrovascular. tiene notable importancia en respecto a los pilares terapéuticos, para actuar en niveles de atención de salud. Estudios contemporáneos muestran que un 20-30% de los pacientes con ictus isquémico tienen un diagnóstico de fa antes, durante o después del evento inicial. En nuestra población realizamos un estudio observacional de cohorte- retrospectivo, en un único centro. Analizando subpoblación menor de 45 años.

Objetivos: Analizar Variables de comparación a la presencia de trombo en Orejuela de AI (OAI) en subpoblación características de paciente jóvenes menores de 45 años (16 pac de 365 pac) con diagnóstico de Fibrilación auricular de tiempo indeterminado (FATI).

Materiales y Métodos: Estudio de Cohorte, Retrospectivo, Observacional en un único centro. Incluyendo 16 pac de 365 pacientes, ingresados en forma consecutiva con diagnóstico de FATI, A los cuales se le Realizaron Valoración clínica, Ecocardiograma transtoracico (ETT) y al 87.5% Ecocardiograma transesofagico (ETE). Por Único operador Entrenado experimentado. Las variables cualitativas Fueron Comparadas, utilizando tabla de 2x2, test estadístico de chi cuadrado y exacto de Fisher. Objetivando un nivel de significación estadísticas de $p < 0,05$.

Resultados: Desde enero del 2015 a diciembre del 2019 fueron analizados 365 pacientes con diagnósticos de FATI, de los cuales a 320 (87.5%) se realizaron ETE. Se identificó y caracterizo una subpoblación con alta carga de morbilidad y un perfil particular de riesgo menores de 45 años, con una mediana de edad 36,5 años (RIC 31,5 – 43,5), 12,5 % sexo femenino, Enfermedad coronaria conocida 6,25 %, HTA 31.25 %, ACV 6.25%, Insuficiencia cardiaca 37.5%, Tabaquismo 50% ,Insf renal crónica 12.5 %, Obesidad 25 %, anemia 12.5 %, CHADSVASC <2 100%. De esta población de 16 pac (4,4% del 100%), de jóvenes estudiados, en 3 pac se evidencia de trombo en OAI (5%). Se evidencia exitencia de diferencia estadística significativa, con $p < 0.05$, para variables Anemia $p < 0.01$ R 24(IC 95%), BCRI $p < 0.03$ R 0.13 (IC 95% 0.03-4), y ecogenicidad sanguínea espontanea $p < 0.02$ R 0,2(IC 95% 0.01- 3.9).

Conclusión: Existen asociaciones significativas de presencia de trombo en OAI en paciente con FATI, en menores de 45 años, Esto permite presentar mayor atención de salud para diagnostico precoz y tratamiento oportuno. La principal limitación de este estudio es el número de la muestra y por ende su baja potencia estadística, sin embargo, consideramos que esto no limita las conclusiones de nuestra hipótesis.

0463 - ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo

VIRUEL, Marcos (1) | GARMENDIA, Cristian Maximiliano(1) | RUANO, Carlos(2) | CAMPOS, Roberto(1) | DURONTO, Ernesto(3) | VACA VALVERDE, Ignacio(4) | RODRIGUEZ, Leandro(5) | COSTABEL, Juan Pablo(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Hospital General de Agudos F. Santojanni (2); Fundación Favaloro (3); Hospital Universitario de la UAI (4); Sanatorio Anchorena (5)

Tabla 1. Características basales.

Variables	Total (n=1100)	Adherentes (n = 528, 83,1 %)	No adherentes (n = 107, 16,9 %)	p [§]
Edad - años ± DE	65,45 ± 11,47	65,39 ± 10,71	62,70 ± 12,46	0,010
Sexo masculino - n(%)	849 (77,2)	407 (77,1)	84 (78,5)	0,749
Hipertensión - n(%)	821 (74,6)	410 (77,7)	79 (73,8)	0,392
Diabetes mellitus - n(%)	304 (27,6)	141 (26,5)	19 (17,8)	0,008
Tabaquismo - n(%)	240 (21,8)	89 (16,9)	22 (20,6)	0,358
Dislipemia - n(%)	661 (60,1)	355 (67,2)	55 (51,4)	0,002
ERC - n/total(%)	223/1060 (21,0)	97/908 (10,1)	25/102 (24,5)	0,212
Antecedentes cardiovasculares				
IAM - n(%)	347 (31,5)	156 (29,5)	35 (32,7)	0,515
ATC - n(%)	361 (32,8)	135 (26,9)	38 (32,7)	0,007
CRM - n(%)	121 (11,0)	64 (12,1)	13 (12,1)	0,993
ACV/AIT - n(%)	63 (5,7)	30 (5,7)	8 (7,5)	0,475
EVP - n(%)	70 (6,4)	27 (5,1)	8 (7,5)	0,329
EPOC - n(%)	43 (3,9)	22 (4,2)	8 (7,5)	0,141
Fibrilación auricular - n(%)	75 (6,8)	31 (5,9)	6 (5,6)	0,915
Evento cardiovascular índice				
IAMSEST - n(%)	689 (62,6)	306 (58,0)	62 (57,9)	0,998
AI - n(%)	411 (37,4)	222 (42,0)	45 (42,1)	0,998
CRACE - m ± DE	133,83 ± 52,08	130,69 ± 50,14	124,27 ± 50,19	0,277
CRUSADE - m ± DE	24,31 ± 13,98	24,04 ± 13,07	23,01 ± 13,43	0,692

§ Valor de p para diferencia entre adherentes y no adherentes.

Introducción: La adherencia al tratamiento médico es un factor que ha demostrado una clara asociación con la reducción de los eventos cardiovasculares recurrentes. Actualmente, se dispone de información limitada acerca de la adherencia al tratamiento médico en pacientes con un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) en la Argentina.

Objetivos: Determinar la prevalencia y los factores asociados a la adherencia al tratamiento médico farmacológico, en pacientes con SCASEST pertenecientes al mundo real, con un período de seguimiento de 15 meses desde el evento coronario índice.

Materiales y Métodos: Fue un sub-análisis pre-especificado dentro del registro prospectivo BUENOS AIRES I, que incluyó pacientes con SCASEST (n=1100). La adherencia al tratamiento médico farmacológico fue evaluada a través del cuestionario de Morisky-Green simplificado, el cual fue autocompletado por parte del paciente con una serie de 4 preguntas con respuesta dicotómica, las que reflejan la conducta del mismo en relación al cumplimiento del tratamiento. El paciente se consideró adherente mediante este método logando un puntaje máximo de 4 puntos (4/4). Se analizó, mediante un modelo de regresión logística binaria, las siguientes co-variables independientes pre-especificadas: edad, sexo, presencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, tabaquismo, dislipemia, antecedentes de infarto agudo de miocardio, angioplastia transluminal coronaria, cirugía de revascularización miocárdica, accidente cerebrovascular, fibrilación auricular, enfermedad vascular periférica, cáncer, eventos de sangrado, enfermedad renal crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, a fin de identificar factores predictores de la adherencia al tratamiento médico, considerando con significancia estadística un error tipo I menor o igual al 5 % ($p < 0,05$ a dos colas).

Resultados: La edad media fue de $65,4 \pm 11,5$ años, con un 77,2 % de sexo masculino. El seguimiento a 15 meses se logró en el 66,0 % del total de la cohorte ($n = 726$), con una adherencia al tratamiento médico prescrito de 83,1 %. El subgrupo de pacientes adherentes fue más añoso ($65,93 \pm 10,71$ vs. $62,70 \pm 12,46$ años; $p = 0,010$), con una mayor prevalencia de diabetes mellitus (30,5 % vs. 17,8 %; $p = 0,008$), y dislipemia (67,2 % vs. 51,4 %; $p = 0,002$), en comparación al subgrupo de pacientes no adherentes. Se identificó a la edad (HR 1,03, IC95 % 1,01-1,06), la presencia de diabetes mellitus (HR 1,79, IC95 % 1,03-3,10), y la dislipemia (HR 1,80, IC95 % 1,15-2,81) como factores predictores independientes de adherencia al tratamiento médico farmacológico.

Conclusión: Este sub-análisis pre-especificado del registro BUENOS AIRES I demostró que, pacientes con SCASEST pertenecientes al mundo real, presentan una elevada adherencia al tratamiento médico farmacológico; siendo la edad, la diabetes mellitus y la dislipemia factores asociados con su cumplimiento.

0464 - ESTUDIO DE DESORDENES RESPIRATORIOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Tepapéutica

PETTI, Marcos Alberto(1) | **NASEP, Agustin** (1) | ANGIONO, Lucas(1) | MALAMUD, Patricia Nora(2) | MORANDI, Valeria(2) | GRODNITZKY, María Laura(2) | VISENTINI, Daniela Mara(2)

Hospital General de Agudos Eva Peron de san Martin (1); Hospital Zonal del Torax A. Cetrangolo (2)

Introducción: Los desórdenes respiratorios del sueño (DRS) en sus distintas formas han sido descriptas en la hipertensión arterial pulmonar (HAP), sin embargo hay discrepancia en su prevalencia y en sus predictores.

Objetivos: Estudiar la prevalencia e identificar los distintos tipos de DRS en pacientes (p) con HAP. Caracterizar parámetros clínicos, de laboratorio, ecocardiográficos y funcionales y evaluar posibles predictores de los DRS.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, en el cual se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de HAP. A los mismos se les realizó previamente un cateterismo cardiaco derecho y todos los estudios pertinentes para el correcto diagnóstico de grupo clínico y una polisomnografía. Se evaluaron y analizaron variables clínicas y de los distintos estudios complementarios realizados para poder caracterizarlos. Dentro de las variables clínicas se evaluaron la presencia de signos y síntomas relacionados a los DRS (excesiva somnolencia diurna, ronquidos y apneas).

Resultados: Se incluyeron 18 p con HAP con las siguientes características: 7 p HAP idiopática, 9 p HAP asociada a enfermedad del tejido conectivo y 2 p a enfermedad cardiaca congénita, 16 mujeres (89%), con una edad media de 55 ± 19.6 años, con un índice de masa corporal medio de $25,1 \pm 4,8$ Kg/m². La clase funcional (CF) se distribuyó en: CF II 10 p (55%), CF III 8 p (45%), en el test de marcha de 6 minutos recorrieron una distancia media de 341 ± 115 mts. En la evaluación ecocardiográfica se detectó deterioro de la función sistólica de ventrículo derecho en 8 p (44%), con una media del TAPSE de 19 ± 4 mm y una media de la velocidad pico del anillo tricuspídeo evaluado por Doppler tisular de 10.9 ± 1.95 cm/s y derrame pericárdico en 9 p (50%). El BNP presentó una mediana de 25 pg/ml (RIQ 8-89) y la hemoglobina una media de 12.3 ± 1.8 g/dl. La prevalencia de DRS en la población estudiada fue de 89% (16p), los DRS observados fueron: apneas/hipopneas 11 p (61%), desaturación nocturna 14 p (78%), estos DRS se presentaron en forma asociada (apneas/hipopneas y desaturación nocturna) en 9 p (50%). Los signos y síntomas observados en relación a los DRS fueron: excesiva somnolencia diurna 9 p (50%), ronquidos 9 p (50%), apneas 4 p (22%), de estas variables no se observó ninguna en 4 p (22%), 1 en 7 p (39%), 2 en 6 p (33%) y las 3 variables en 1 p (6%). En el análisis univariado las variables que presentaron una significación estadística para predecir DRS fueron: la presencia de ronquidos $p=0.02$ y edad mayor a 55 años $p=0.03$ para predecir apneas/hipopneas y para la predicción de desaturación nocturna valores más elevados de hemoglobina (12.7 ± 2 vs 11.2 ± 0.4 g/dl) $p=0.02$ y una tendencia a la significación estadística de la velocidad pico del anillo tricuspídeo < 10 cm/s, $p=0.07$.

Conclusión: En la población estudiada con HAP los desórdenes respiratorios del sueño presentan una elevada prevalencia. Observándose en los pacientes con apneas/hipopneas una mayor edad y mayor presencia de ronquidos y en aquellos con desaturación nocturna valores mayores de hemoglobina.

0467 - COMPORTAMIENTO DEL CUELLO PROXIMAL EN RELACION AL PROCEDIMIENTO. ENDOPRÓTESIS INFRARRENAL VERSUS ENDOPRÓTESIS FENESTRADA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Patología de La Aorta

Unidad Temática 2: Cardiología Intervencionista

FERRER, Miguel (1) | MALDONADO, Thomas(2) | FERREIRA, Luis Mariano(1) | LI, Chong(2) | TETER, Katherine(2) | LA MURA, Ricardo(1)

Clínica La Sagrada Familia (1); New York University Longane Health, NYC, NY, USA (2)

Introducción: Las complicaciones asociadas al cuello proximal en pacientes con aneurisma de aorta tratados en forma endovascular continúan siendo el problema más temido en la evolución de estos enfermos. Las altas tasas de reintervención secundarias al tratamiento endovascular de los aneurismas (EVAR) permanecen altas, especialmente en aquellos pacientes con riesgo anatómico elevado. Por otro lado, la utilización de endoprótesis fenestradas (FEVAR) ha permitido resolver muchos de estos casos, pero a expensas de procedimientos de mayor complejidad. Esto lleva a pensar que debemos optimizar el tratamiento primario ofrecido a nuestros pacientes.

Objetivos: Mostrar el comportamiento anatómico de la aorta paravisceral luego del tratamiento endovascular y sus consecuencias clínicas

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo de pacientes tratados mediante FEVAR y EVAR en dos centros universitarios entre diciembre de 2009 y mayo de 2018, incluyendo sólo aquellos con seguimiento mínimo de 24 meses. Las variables a analizar fueron mortalidad, reintervención, cambios anatómicos de la aorta paravisceral, del saco aneurismático, la migración del dispositivo y la presencia de endoleaks. Se realizaron mediciones de la aorta a nivel de tronco celiaco (A1), la arteria mesentérica superior (A2), la arteria renal más inferior (A3), 1 cm por debajo de A3 (A4) y del saco aneurismático (A5). Las mismas se registraron en las tomografías preoperatoria, de los 24 meses y al final del seguimiento. Las variables continuas se representan como media y desviación estándar. Las diferencias entre las mediciones se evaluaron mediante la prueba de rango de Wilcoxon. $P < .05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Se recolectaron 70 pacientes (71 años), 35 tratados mediante FEVAR, 3 tratados por endoleak, 32 por aneurismas toracoabdominales tipo IV (50,9%) y yuxtarenales (37,1%). El seguimiento promedio fue 35,47 meses. No hubo casos de mortalidad relacionada al aneurisma ni endoleak IA a lo largo del seguimiento. Cinco pacientes (14,3%) requirieron reintervención a lo largo del seguimiento, 3 por inestabilidad de los vasos viscerales y 2 por endoleak tipo 2. La longitud de sellado en el grupo de FEVAR fue de 38,56mm, mientras que en el grupo EVAR fue 23,9mm ($p = .014$). En el análisis tomográfico, todos los diámetros del cuello sufrieron un aumento significativo a lo largo del seguimiento en ambos grupos, a excepción del segmento A5 (1cm por debajo de la renal más baja) en el caso del FEVAR. En este grupo, A5 creció en 24 meses de $31,21 \pm 8,61$ mm a $32,41 \pm 7,71$ mm ($p = .03$), pero al final del seguimiento presentó una leve reducción a $32,22 \pm 7,51$ mm ($p = .08$). En el grupo de EVAR, por el contrario, el segmento A5 creció en forma continua de $26,13 \pm 3,8$ mm a $28,49 \pm 4,89$ mm (24 meses, $p < .001$), y $29,01 \pm 4,8$ mm con $p < .001$. En lo referido al saco aneurismático, el mismo se redujo en ambos grupos [FEVAR de $61,02 \pm 10,3$ mm a $53,8 \pm 15,3$ mm a 24m y $51,46 \pm 15,46$ mm ($p < .001$) al final de seguimiento, EVAR de $58,57 \pm 9,89$ mm a $53,4 \pm 9,1$ mm a 24 meses, y a $52,65 \pm 4,89$ mm al final del seguimiento ($p < .001$)]. Al comparar los porcentajes de reducción del saco aneurismático, el achicamiento fue del 13% para el grupo de EVAR y 17% para el grupo de FEVAR ($p = 0.30$).

Conclusión: La búsqueda de una mayor longitud de sellado parece proteger el cuello infrarenal de la dilatación, lo cual evitaría complicaciones a mediano y largo plazo. Asimismo, impresiona haber una directa proporción entre longitud de sellado y magnitud de la reducción del saco aneurismático.

0468 - EVALUACIÓN DEL ÍNDICE LEUCO-PLAQUETARIO COMO PREDICTOR DE EVENTOS INTRAHOSPITALARIOS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Imágenes.20

CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín (1) | COHEN ARAZI, Hernán(2) | BARBA, Virginia(2) | COSTABEL, Juan Pablo(3) | HIRSCHSON PRADO, Alfredo(4) | PULMARI, Camilo Ariel(5) | AGÜERO, Pablo(5) | BADIMON, Juan J.(6)

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés) (1); Sanatorio Trinidad Mitre (2); ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (3); Hospital General de Agudos B. Rivadavia (4); CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD PRESIDENTE PERON. MALVINAS ARGENTINAS (5); Icahn School of Medicine at Mount Sinai, NY, USA (6)

Introducción: En el síndrome coronario agudo (SCA) la activación y agregación plaquetaria juegan un rol fundamental en su fisiopatología. Además, intervienen la cascada de coagulación y una respuesta inflamatoria local y sistémica. Tanto el recuento de glóbulos blancos como de plaquetas se asociaron a peor pronóstico en el SCA. El índice leuco-plaquetario (ILP), que combina el recuento plaquetario y de glóbulos blancos, se ha descrito como un marcador pronóstico en estos pacientes.

Objetivos: Evaluar si el ILP es predictor de eventos intrahospitalarios y mortalidad en pacientes con SCA sin elevación del ST (SCA-EST)

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo multicéntrico donde se incluyeron pacientes internados con diagnóstico de SCA-EST en 25 unidades coronarias. Se obtuvieron los antecedentes, datos clínicos y de laboratorio del ingreso. Se calculó el ILP (glóbulos blancos x recuento plaquetario/100 millones) y el score GRACE. Se realizó seguimiento intrahospitalario considerando como punto final primario el combinado de muerte de cualquier causa, Insuficiencia cardíaca y shock; y como punto secundario la mortalidad intrahospitalaria. Se consideró GRACE alto

riesgo a un puntaje > 140 y para el ILP se eligió como punto de corte el cuartil superior de ILP (ILP> 24). Se dividieron en 4 grupos: grupo 1 (GRACE<140 e ILP<24), grupo 2 (GRACE<140 e ILP> 24), grupo 3 (GRACE >140 e ILP< 24) y grupo 4 (GRACE>140 e ILP>24). Se realizó análisis univariado y multivariado por regresión logística.

	Grupo 1 (n=992)	Grupo 2 (n=317)	Grupo 3 (n=500)	Grupo 4 (n=181)	p
Combinado - n(%)	33 (3.3)	17 (5.3)	82 (16.4)	47 (25.9)	<0.001
Muerte - n(%)	10 (1.01)	1 (0.32)	15 (3.0)	16 (8.8)	<0.001

Resultados: Se incluyeron 1990 pacientes con una edad 65 ± 11 años, 27.3% mujeres (n=545), el 63% infarto no ST y el 37% angina inestable. El score GRACE fue de 127 ± 44 , el 34.2% presentaron GRACE>140 (n=681) y el 25% ILP>24 (n=498). El punto combinado se presentó en el 8.9% (n=179) con una mortalidad del 2.1% (n=42). En el análisis multivariado el ILP>24 y el score GRACE fueron predictores independiente del punto combinado (OR 1.48 (IC95% 1.04-2.09), p=0.02 y OR 1.02 (IC95% 1.01-1.03), p<0.001; respectivamente) y de mortalidad (OR 1.29 (IC95% 1.01-1.72), p=0.03 y OR 1.01 (1.003-1.03), p<0.001; respectivamente). El área bajo la curva ROC del ILP y score GRACE fueron similares tanto para el punto combinado (ILP: 0.72 versus 0.73, p=0.3) como para mortalidad (0.70 versus 0.73, p=0.4). En la tabla se evidencia el gradiente de eventos según los grupos con GRACE < o > 140 e ILP < o > 24 (chi de tendencia).

Conclusión: El ILP fue predictor independiente del punto combinado y de mortalidad intrahospitalaria, con una similar capacidad de discriminación que el score GRACE. La presencia de ILP>24 en pacientes con GRACE > 140 identifica un subgrupo de muy alto riesgo de eventos. El ILP es un marcador de muy fácil obtención que podría ser útil en la estratificación del riesgo en pacientes con SCASEST.

0470 - IMPACTO DE LA ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA EN EL SEXO FEMENINO.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Enfermedad Vascular Periférica

CORNA, Giuliana | FLEITAS, María de Los Milagros | ABRAHAM FÓSCOLO, María Marta | CHIABRANDO, Juan Guido | VALLE RALEIGH, Juan | CHAS, José Gaspar | RABELLINO, Jose Martin | BLURO, Ignacio

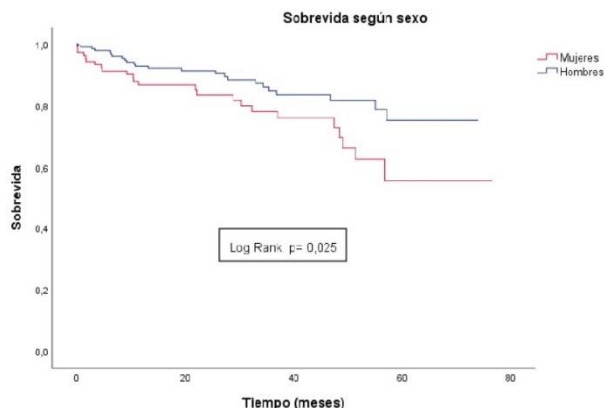
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Las mujeres representan una minoría de la población en los estudios sobre enfermedad vascular periférica (EVP), existiendo escasa información respecto al impacto en términos de mortalidad y otros eventos cardiovasculares.

Objetivos: Identificar diferencias en la forma de presentación, comorbilidades, y pronóstico de la EVP, según género.

Variable	Hombres (N = 200)	Mujeres (N = 109)	Valor de P
Edad	69,8 ($\pm$ 10,62)	75,6 ($\pm$ 11,21)	< 0,0001
Hipertensión arterial - N (%)	170 (85%)	87 (79,8%)	0,25
Diabetes - N (%)	74 (37,19%)	20 (18,35%)	0,001
Dislipemia - N (%)	136 (68%)	66 (60,55%)	0,15
Insuficiencia renal crónica - N (%)	51 (25,76%)	9 (8,33%)	< 0,0001
Tabaquismo activo - N (%)	42 (21%)	26 (23,85%)	0,56
Ex tabaquismo - N (%)	93 (46,5%)	27 (24,7%)	< 0,001
Muerte - N (%)	24 (12%)	24 (22,02%)	0,02
IAM no fatal - N (%)	11 (5,5%)	3,2 (2,75%)	0,393
ACV no fatal - N (%)	5 (2,5%)	4 (3,67%)	0,725
MACE (Muerte + IAM + ACV) - N (%)	36 (18%)	30 (27,52%)	0,05
Amputación mayor - N (%)	14 (7%)	7 (6,4%)	1,0
Hospitalización por isquemia crítica - N (%)	20 (10%)	20 (18,35%)	0,04

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva unicéntrico. Se incluyeron pacientes con EVP revascularizada. El punto final primario fue mortalidad de todas las causas y los secundarios incluyeron reinternación por isquemia crítica, amputación mayor, accidente cerebrovascular no fatal, infarto agudo de miocardio no fatal y MACE. La sobrevida del punto final primario se analizó mediante la curva de Kaplan Meier y análisis Log-Rank. Se realizó análisis de regresión logística multivariado con aquellas variables con diferencia significativa (valor de p < 0,05) en el univariado.



Resultados: Se incluyeron 309 individuos, de los cuales 109 (36,3%) pertenecían al sexo femenino, con una mediana de seguimiento de 2,24 años (Tabla). La edad promedio de las mujeres fue superior a la de los varones (75,6 ($\pm$ 11,2) años vs 69,8 ($\pm$ 10,6) años, $p < 0,0001$) con menor porcentaje de diabetes, insuficiencia renal crónica e infarto previo en relación a los hombres (18,3% vs 37% p 0.001; 8,3% vs 25,8% $p < 0,0001$ y 11% vs 28,4% $p < 0,0001$, respectivamente). En el análisis del punto final primario, las mujeres presentaron mayor mortalidad (22% vs 12%, $p=0,02$), y en el secundario, mayor hospitalización por isquemia crítica (18,3% vs 10%, p 0,037) (Tabla). Al realizar análisis de supervivencia, se evidencia que fue menor en el sexo femenino (Figura 1). En el análisis multivariado, el sexo femenino se asoció a mayor mortalidad, independientemente de la edad HR: 1,95 (IC 95%: 1,03-3,69) $p=0,04$.

Conclusión: En una cohorte de pacientes con enfermedad vascular periférica sintomática, las mujeres, a pesar de presentar menos comorbilidades basales evidenciaron mayor mortalidad en el seguimiento, independientemente de la edad.

0475 - VALOR PRONÓSTICO DE NIVELES DE TRIYODOTIRONINA (T3) BAJOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

RODRIGUEZ ROHWAIN, Valentina | FAIRMAN, Enrique | MAURO, Víctor Miguel | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | CHARASK, Adrian | ANQUIZ DORADO, Abdiel Mateo | ARGÜELLO MOSCA, Ruth Leticia | BARRERO, Carlos Manuel

Clínica Bazterrica

Tabla 1 – Características de la población

	T3 BAJA (n 202 (31,66%)	T3 NORMAL (n 107 (16,34%)	OR (CI 95%)	P
MUJERES	86 (43%)	107 (100%)	3,15 (0,79 – 14,07)	0,22
HTA	159 (79,3%)	214 (214%)	0,79 (0,49 – 1,27)	0,17
DM	56 (28,2%)	74 (74,4%)	1,04 (0,69 – 1,56)	0,47
ICP	83 (41,5%)	100 (100%)	1,01 (0,67 – 1,48)	0,46
TRC	29 (14,5%)	35 (35,3%)	1,08 (0,63 – 1,83)	0,38
IA	64 (31%)	84 (82,3%)	0,97 (0,65 – 1,44)	0,45
IAM PREVIO	36 (18%)	54 (52,4%)	0,75 (0,47 – 1,20)	0,12
IRC	38 (19%)	54 (52,4%)	0,88 (0,55 – 1,40)	0,30
ANEMIA	5 (2,5%)	8 (7,9%)	0,60 (0,17 – 2,04)	0,21
DISFUNCION VI	37 (18,5%)	68 (66,3%)	0,70 (0,42 – 1,17)	0,09
ECR	4 (2%)	9 (8,4%)	0,36 (0,13 – 1,06)	0,18
TRC	1 (0,5%)	3 (3,0%)	0,42 (0,1 – 1,31)	0,25
ICC PREVIA	67 (33,5%)	86 (83,3%)	1,00 (0,68 – 1,49)	0,48
ICA	47 (23,5%)	67 (65,3%)	0,88 (0,57 – 1,33)	0,28
ATA II	46 (23%)	73 (70,2%)	0,71 (0,45 – 1,09)	0,04
BAJA BLOQUEANTES	107 (53,3%)	150 (146,3%)	0,82 (0,57 – 1,20)	0,16
ANTI-ALDOSTERONICOS	12 (6%)	22 (21,5%)	0,68 (0,33 – 1,41)	0,15
FURTOFARGA	78 (39%)	104 (100%)	0,94 (0,64 – 1,38)	0,38
ANEDROSIA	24 (12%)	29 (28,1%)	1,07 (0,60 – 1,94)	0,39

Introducción: La insuficiencia cardíaca descompensada conlleva una pobre evolución durante la internación, pero también en la fase temprana post alta. El compromiso multisistémico, consecuencia de la propia IC y las comorbilidades tienden a agravar el pronóstico. La disfunción tiroidea, en especial la detección de T3 baja con TSH y T4 normales (síndrome de T3 baja) se ha asociado con peor evolución en pacientes críticos, aunque su significado en la IC descompensada ha sido escasamente evaluado.

Tabla 2 - Resultados

	T3 BAJA 200 (43.66%)	T3 NORMAL 232 (56.34%)	OR (CI 95%)	P
COMBINADO	112 (56%)	118 (45.7%)	1.51 (1.04 – 2.18%)	0.01
MORTALIDAD GLOBAL A 90 DÍAS	70 (35%)	62 (24%)	1.70 (1.13 – 2.55)	0.005
REINTERNACIÓN A 90 DÍAS	92 (46%)	110 (42.6%)	1.16 (0.79 – 1.70)	0.21

Objetivos: Analizar la prevalencia y el pronóstico de presentar niveles bajos de triiodotironina (T3), en pacientes internados por insuficiencia cardíaca descompensada sin patología tiroidea previa. El objetivo primario del estudio fue evaluar el combinado de mortalidad de todas las causas y reinternación a 90 días, y el punto secundario los componentes del punto primario por separado.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional que incluyó 1335 pacientes consecutivos internados en dos Unidades Coronarias entre enero 2010 y junio 2019 por insuficiencia cardíaca descompensada con función sistólica del ventrículo izquierda conservada o disminuida. Se excluyeron pacientes con patología tiroidea preexistente (313 pacientes hipotiroideos y 32 hipertiroideos) y aquellos que presentaban valores de TSH elevados al ingreso (definida como valor > 4.5 uUI/ml) (207 pacientes), desconociendo su condición. De los restantes, 159 pacientes se excluyeron por carecer de datos y 166 se perdieron en el seguimiento. Se analizó el significado pronóstico de valores de T3 bajos, (definido como menor a 56 ng/ml).

Resultados: De los 1335 pacientes quedan 458 para el análisis. La edad promedio fue de 82 años (rango intercuartilo 25-75% 73 – 87 años), 188 fueron mujeres (41.05%) (ver tabla 1). Al ingreso se observó que 200 pacientes (43.67%) presentaban valores de T3 bajos y se evidenció que estos pacientes presentaban mayor incidencia del punto final primario a expensas de mortalidad (ver tabla 2). El análisis multivariado mostró que haber presentado internación previa por insuficiencia cardíaca ($p=0.01$), requerir inotrópicos durante la internación ($p=0.009$), valores de T3 bajos ($p=0.02$) y presentar hiponatremia al ingreso ($p=0.009$) son variables independientes para el punto final primario.

Conclusión: Nuestra población de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada exhibió una elevada prevalencia de síndrome de T3 baja, y su presencia se asocia con mayor tasa de eventos tanto en la fase hospitalaria como post alta. Su significado pronóstico justificaría su detección, aunque no existen evidencias que su corrección farmacológica pueda ser de utilidad.

0476 - INCIDENCIA DE RECHAZO INMUNOMEDIADO EN TRASPLANTE CARDÍACO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

CAPDEVILLE, Sofía | LEE, Martin Gustavo | BAROLO, Ramiro | ROSSI, Emiliano | PIZARRO, Rodolfo | MARENCHINO, Ricardo Gustavo | BELZITI, César Antonio

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: En la actualidad el trasplante cardíaco constituye el tratamiento de elección en pacientes con enfermedad cardiovascular terminal. Los avances en la terapia inmunosupresora han resultado en una disminución sustancial de la incidencia de rechazo del aloinjerto, sin embargo continúa siendo una entidad frecuente y la principal complicación a evitar. Por lo tanto resulta importante conocer la incidencia de rechazo en nuestra población y sus factores asociados.

Objetivos: Describir la incidencia de rechazo inmunomediado en paciente trasplantados cardíacos y sus principales factores asociados.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y analítico, de una cohorte retrospectiva de pacientes receptores de trasplante cardíaco incluidos en forma consecutiva durante el periodo Enero 2010-Mayo de 2019. Se excluyeron pacientes receptores de trasplantes combinados y aquellos con fallecimiento durante la internación correspondiente al trasplante cardíaco. Reinternación se definió como el reingreso hospitalario no planificado desde el egreso hospitalario del episodio correspondiente al trasplante. Con respecto al rechazo, se consideraron tanto el de tipo humoral como celular desde grado 2 inclusive. La mortalidad considerada, fue la global.

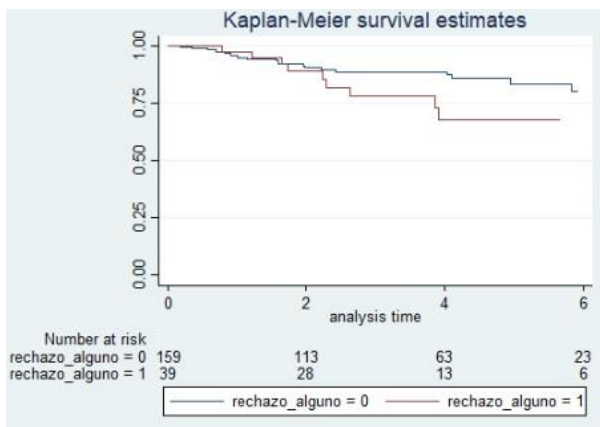


Fig 1. Sobrevida según el desarrollo de rechazo en el seguimiento. (Log-rank test $p=0,067$).

Resultados: Se incluyeron 198 pacientes, su mediana de edad fue de 53 años (IQR 45-61) y un 73% de los receptores eran hombres. La media de seguimiento fue de 3,6 años ($\pm 2,2$). La incidencia del rechazo fue del 20% (39 pacientes). El tipo de rechazo más frecuente fue el celular (67%) y dentro de él, el grado 2R (64%). La mediana de tiempo al primer rechazo fue de 0,7 años (IQR 0,2 - 1,6). Del total de pacientes con primer episodio de rechazo, 54% se encontraba en tratamiento con corticoides, 90% con micofenolato en dosis óptima y un 61% tenía una tacrolinemia en rango. El rechazo representó la principal causa de reinternación (31%) en el seguimiento, seguida por las infecciones (21%). De todas las variables analizadas, el crossmatch prequirúrgico para HLA clase 1 evidenció una asociación significativa con el rechazo ($p < 0,001$). El grupo etario mayor a 60 años presentó una incidencia de rechazo del 17%, en comparación con los menores de 60 en los que fue del 21%, $p 0,51$ (si bien el estudio no contó con el poder suficiente para detectar diferencias). La incidencia de muerte según el desarrollo de rechazo fue de 7 (IC95% 3,8-13,1) cada 100-pacientes/año en el caso de presentarlo y de 4 (IC95% 2,3-5,5) en el de no hacerlo (Figura 1)

Conclusión: El rechazo demostró ser una complicación frecuente, con una incidencia del 20%, y representó la principal causa de reinternación en pacientes trasplantados cardíacos.

0477 - IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA PRODUCCIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

GAGLIARDI, Juan Alberto | BONO, Leandro | PUENTE, Luciana Jimena | ULMETE, Elisabet Ruth | ESTRELLA, Maria Laura | **KIM, Alejandro** | DOPPLER, Eugenia | SZARFER, Jorge

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha dado origen por un lado a medidas de aislamiento social y suspensión de actividades y por otro a una disminución de las consultas por otras patologías.

Objetivos: Evaluar el impacto de la pandemia en las internaciones en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos (UCIC) y sus índices de producción.

Materiales y Métodos: Se compararon las internaciones del periodo marzo-mayo de 2018 y 2019 con el mismo trimestre de 2020 y los índices de producción de la UCIC (Tasa de Ocupación, Giro Cama, Índice Paciente día, Promedio día Internación, Intervalo de sustitución). Los motivos de internación se agruparon en 8 categorías (Arritmias, Procedimientos de hemodinamia -ATC-, cirugía cardiovascular -CCV-, IAM, insuficiencia cardíaca -ICC-, intervenciones de electrofisiología -EEF-, síndromes coronarios agudos -SCA- y Otros). Se analizaron los promedios de internación y de los índices de producción de los años 2018 y 2019, y se compararon con los valores de 2020.

	2018	2019	Promedio	2020	%Reducción
Arritmias	11	17	14	8	42,9
ATC	42	40	41	16	61,0
CCV	15	32	23,5	7	70,2
IAM	21	22	21,5	12	44,2
ICC	31	45	38	24	36,8
EEF	14	8	11	5	54,5
SCA	20	25	22,5	10	55,6
Otros	17	16	16,5	13	21,2
Total	171	205	188	95	49,5
					% Variación
Tasa de ocupación	72,52	76,41	74,47	83,32	11,9
Giro Cama	7,86	8,42	8,14	4,82	-40,8
Índice Paciente día	5,08	6,09	5,59	4,83	-13,5
Promedio día Internación	2,83	2,81	2,82	6,09	116,3
Intervalo de sustitución	3,83	3,56	3,70	6,94	87,8

Resultados: Se analizan un total de 471 pacientes: 2018: 171 pacientes, 2019: 205 pacientes (Promedio: 188 pacientes) y 2020: 95 pacientes. Esto representa una caída del 49.5% en la cantidad de pacientes internados. No se observaron diferencias en la edad, sexo y mortalidad de estos pacientes. Las variaciones en las internaciones y los índices de producción se observan en la tabla:

Conclusión: Las internaciones en la UCIC disminuyeron un 50% en nuestro Hospital como consecuencia de la pandemia y medidas de aislamiento social implementadas. Al mismo tiempo observamos que si bien la tasa de ocupación se incrementó un 12%, lo hizo a expensas de un franco aumento del promedio de días de internación probablemente por la internación en la UCIC de patologías no cardíológicas.

0479 - COMPLICACIONES TEMPRANAS DEL IMPLANTE DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA. EFECTO DE LA CURVA DE APRENDIZAJE

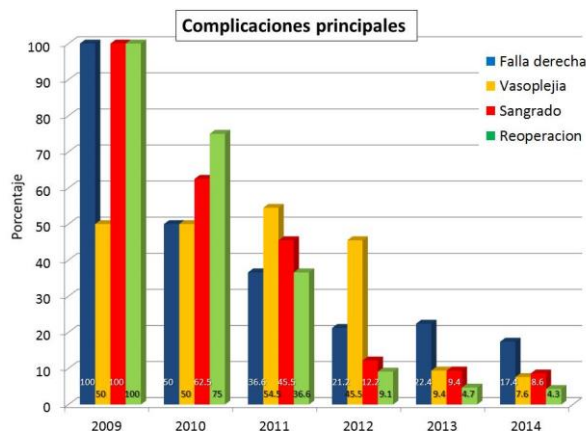
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular

LEVIN, Ricardo Luis (1) | **RIOS, M. Ignacio**(2) | **RUANO, Carlos**(2) | **LEVIN DEGRANGE, Matias**(2) | **DEGRANGE, Marcela Adriana**(1)

Vanderbilt University (1); Hospital Universitario de la UAI (2)



Introducción: Los dispositivos de asistencia ventricular izquierda (DAVI) durables han demostrado su utilidad terapéutica en pacientes (p) portadores de insuficiencia cardiaca (IC) avanzada. El postoperatorio (PostOp) temprano de los mismos se asocia al desarrollo de diversas complicaciones.

Objetivos: 1) Analizar el desarrollo de complicaciones tempranas del implante de DAVI. 2) Valorar el efecto de la curva de aprendizaje sobre las mismas y las modificaciones en el manejo terapéutico temprano.

Materiales y Métodos: Población: Fueron incluidos p que recibieron un implante de DAVI durables entre 2009 y 2014. Se analizaron sus características generales y complicaciones PostOp tempranas. Se valoró la modificación de estrategias terapéuticas desarrolladas a fin de reducir las mismas. Se definió como complicación temprana a aquella ocurrida durante la internación correspondiente al implante del DAVI.

Resultados: Fueron incluidos un total de 222 p, 184 (82.8%) de ellos de sexo masculino con un promedio de edad de 58.3 años (rango 24-73). Ciento cuarenta (63.1%) de los DAVI implantados resultaron HeartMate II mientras que 82 (36.9%) fueron HeartWare. La intención de la asistencia resultó puente al trasplante (PTx) en 109 (49.1%) p y terapia de destino (TD) en 113 (50.9%) p. Las principales complicaciones tempranas observadas fueron: falla ventricular derecha: 52 (23.4%) p, síndrome vasopléjico: 41 (18.5%) p, sangrado 32 (14.4%) p, reoperación 23 (10.4%) p, accidente cerebro vascular 10 (4.5%) p y trombosis 5 (2.3%) p. La imagen ilustra sobre la evolución temporal de las principales complicaciones tempranas evidenciando su descenso. Como estrategias de reducción de las mismas fueron implementados el cierre diferido del tórax (para prevenir la falla derecha por restricción), la reducción del valor buscado del índice de razón normatizado (RIN) de 2-3 a 1.5- 2.5 y la reducción de la dosis de aspirina a 81 mg (para reducir el sangrado) y el empleo preoperatorio de azul de metileno (como prevención de la vasoplejia postoperatoria). La mortalidad total resultó de 26 (11.7%) p, observándose el continuo descenso de su porcentaje desde el 50% (1 p) en 2009 a 37.5% (3 p) en 2010, 27.3% (3 p) en 2011, 12.1% (4 p) en 2012, 9.4% (8 p) en 2013 y 7.6% (7 p) en 2014.

Conclusión: 1) Las principales complicaciones tempranas resultaron la falla ventricular derecha, la vasoplejia y el sangrado PostOp.

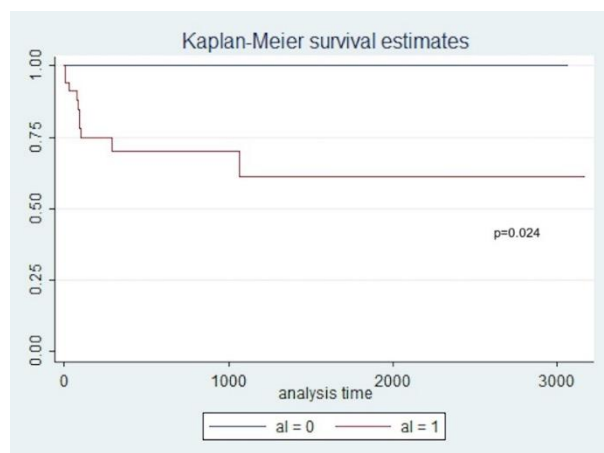
0480 - INCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOEMBOLICOS EN MIOCARDIOPATIA AMILOIDOTICA POR CADENAS LIVIANAS (AL) Y POR TRANSTIRRETINA (TTR): REGISTRO INSTITUCIONAL.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

VILLANUEVA, Eugenia | PÉREZ DE ARENAZA, Diego | AGUIRRE, Adela | POSADAS MARTINEZ, Maria Lourdes | FAVINI, Agustin | NUCIFORA, Elsa | BELZITI, César Antonio | PIZARRO, Rodolfo

Hospital Italiano de Buenos Aires



Introducción: Los pacientes con afectación cardiaca por amiloidosis poseen un mal pronóstico debido al aumento de riesgo de insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular y muerte por causa cardiovascular, entre otros. Es en este contexto que los eventos tromboembólicos no representan una complicación infrecuente.

Objetivos: Evaluar la diferencia en la incidencia de eventos cardioembólicos entre los pacientes con compromiso cardíaco por amiloidosis secundaria a cadenas livianas y amiloidosis por transtirretina.

Materiales y Métodos: Se presenta un estudio de cohorte retrospectiva de pacientes con afectación cardíaca por amiloidosis AL y TTR incluidos en el Registro Institucional de Amiloidosis, desde el 01/01/2010 al 31/01/2019 (ClinicalTrials.gov Identificador: NCT01347047) en el que se evaluó la incidencia de eventos tromboembólicos (accidente cerebrovascular isquémico, isquemia intestinal, isquemia arterial aguda, trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar). Se definió compromiso cardíaco si presentaba al menos 1 de los siguientes criterios: aumento del espesor parietal mayor a 12 mm sin condiciones de sobrecarga, realce tardío característico de gadolinio en resonancia cardíaca, captación cardíaca en centellograma óseo con pirofosfato (score visual mayor a 2 o ratio mayor o igual a 1.5), biopsia endomiocárdica con tinción rojo congo positiva. Se realizó un análisis multivariado con modelo de Cox para el objetivo compuesto de muerte y eventos tromboembólicos para identificar variables independientes. El score de CHADS VASC fue estimado en todos los pacientes.

Resultados: Se incluyeron un total de 92 pacientes, 52% del grupo AL (n=48) y 48% en el grupo TTR (n=44). La media de seguimiento fue de 2.21 años $\pm$ 2.2DS. Los pacientes del grupo AL eran más jóvenes (64.7 años $\pm$ 11.4 DS vs. 77.7 años $\pm$ 8.4 DS, $p < 0.001$), tenían menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo (51.0 % $\pm$ 12.3 DS vs. 56.6 % $\pm$ 13.1 DS, $p=0.043$) y tenían menor prevalencia de fibrilación auricular (68.1% vs. 27.0%, $p < 0.001$). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos con respecto al score CHADS VASC y presencia de insuficiencia cardíaca. En los pacientes sin fibrilación auricular la incidencia de eventos cardioembólicos fue mayor en el grupo AL (HR 2.48, IC 95% 1.10- 5.58, $p < 0.001$) (ver figura), sin embargo, en los pacientes con fibrilación auricular la incidencia fue similar en ambos grupos mientras que la mortalidad fue superior en el grupo AL (65.2% vs 34.7%, $p=0.012$). En el análisis multivariado para el objetivo combinado de muerte y evento tromboembólico se identificaron como variables independientes al compromiso cardíaco por AL (HR 3.17, IC 95% 1.49- 6.73, $p=0.003$) y la presencia de insuficiencia cardíaca (HR 2.48, IC 95% 1.10- 5.58, $p=0.027$).

Conclusión: Los pacientes con compromiso cardíaco por cadenas livianas y por transtirretina tienen una incidencia acumulada similar de eventos tromboembólicos, sin embargo los primeros presentan un mayor riesgo de muerte. En ausencia de fibrilación auricular, los pacientes con amiloidosis cardíaca por cadenas livianas podrían tener mayor incidencia de eventos tromboembólicos, es por ello que adoptar un menor umbral para el inicio de terapia anticoagulante podría ser apropiado. A su vez, estos resultados brindan soporte a la necesidad de anticoagular a los pacientes con amiloidosis por transtirretina y fibrilación auricular. El score de CHADS VASC podría no ser suficiente como única herramienta a la hora de seleccionar los pacientes que se beneficiarían con el inicio de la terapia anticoagulante en amiloidosis.

0483 - PORQUÉ ES TAN VULNERABLE LA FASE VULNERABLE DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Imágenes.20

LINIADO, Guillermo Ernesto (1) | CIANCIULLI, Tomás(1) | LAX, Jorge(1) | MORITA, Luis(1) | TRAVETTO, Carolina Mercedes(2) | GONZALEZ, Ana Liliana(1) | INI, Alexis Javier(1) | GAGLIARDI, Juan(1)

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (1); Clínica Modelo de Morón (2)

	Visita inicial	Visita 30 días	Visita 90 días	p
Creatinina (mg/dL)	1,9 ± 1,1	1,7 ± 0,9	1,7 ± 1,0	NS
Urea (mg/dL)	91 ± 51	80 ± 34	71 ± 32	NS
CF NYHA	1	2	4	
	2	9	9	
	3	4	0	0,01 V0-V90
Prueba de marcha (m)	388 ± 100*	433 ± 104**	472 ± 73***	
Cuest Minesotta	62 ± 25†	40 ± 19 ††	35 ± 21 †††	
Frac de Eyección VI	24 ± 10	27 ± 12	30 ± 10	NS
TAPSE	15 ± 5	17 ± 7	17 ± 4	NS
Relación e/e'	16 ± 3	17 ± 9	16 ± 7	NS
Vena Cava inf	16 ± 9	18 ± 6	16 ± 7	NS
Líneas B pos	12/18	7/15	3/10	

Entre: *y**p=NS; **y*** p=0,02; *y*** p=0,02; †y†† p=0,008; ††y††† p=NS; †y††† p=0,002

Introducción: La internación por insuficiencia cardíaca es un evento que se asocia a muy mal pronóstico tanto durante la misma como en el período posterior al alta

Objetivos: evaluar la evolución de la CF de la NYHA, la capacidad funcional, la calidad de vida, la función renal y la función sistólica del ventrículo izquierdo y información brindada por el ultrasonido en relación a las presiones de llenado y/o el nivel de congestión luego de una internación por insuficiencia cardíaca.

Materiales y Métodos: El presente es un estudio observacional sobre la evolución de la clase funcional, la capacidad funcional, la calidad de vida, la función renal, los índices de función sistólica y diastólica del VI en pacientes que fueron dados de alta luego de una internación por insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida. Los pacientes fueron evaluados en el mismo día mediante examen clínico completo (ECC), prueba de marcha de 6 minutos, cuestionario de calidad de vida de Minesotta, urea, creatinina y K y ultrasonido que incluyó Eco Doppler cardíaco (flujo mitral, Doppler tisular, la medición de la vena cava inferior y su colapso inspiratorio) y las líneas B de la ecografía pulmonar (EP). Dentro de las 72 horas de ocurrida el alta de la internación se incluyeron pacientes con fracción de eyección ≤40% en ritmo sinusal. Tiempo seguimiento: 6 meses posteriores al alta (con visitas a los 10, 30, 60, 90, 130 y 180 días). Entre agosto 2019 y marzo 2020 se randomizaron 21 p, 3 de sexo femenino, edad media de 55±15 años, 9 p de etiología isquémica, con una Fey 25±10. De estos 21 pacientes, los primeros 15 p consecutivos se logró hacer por lo menos 3 evaluaciones completas a cada uno (randomización, 30 y 90 días) y representan la población de este estudio. Para la comparación de datos entre las consultas se empleó la prueba de T para datos apareados en el caso de variables continuas y la prueba de Chi Cuadrado para variables dicotómicas. Se consideró una p ≤ 0.05 como significativa. La pandemia obligó a detener la incorporación de pacientes transitoriamente

Resultados: Los pacientes mostraron mejoría de la clase funcional de la CF NYHA, de la distancia recorrida en la prueba de marcha de 6 minutos y del puntaje del cuestionario de calidad de vida de Minesotta. La función renal, la función sistólica, los índices de función diastólica, el diámetro de la vena cava inferior y su colapso inspiratorio, y la presencia de cometas pulmonares, no mostraron diferencias significativas en las evaluaciones sucesivas.

Conclusión: pese a la mejoría en la sintomatología, la capacidad funcional y la calidad de vida, persisten anomalías cardiorrenales luego de la internación que explican la vulnerabilidad de este período de la insuficiencia cardíaca

0484 - DIABETES E INSUFICIENCIA CARDÍACA: UNA ASOCIACIÓN FRECUENTE DE CARACTERÍSTICAS DEFINIDAS. SUBANÁLISIS DEL REGISTRO OFFICE IC AR

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

CORONEL, María Lorena (1) | PERNA, Eduardo Roque(1) | TERNES, Paula(2) | LEMA, Luis(1) | BONAFEDE, Roberto Jorge(1) | ESCALANTE, Juan Pablo(1) | PEREIRO GONZÁLEZ, Stella Maris(2) | THIERER, Jorge(2)

FAC - Federación Argentina de Cardiología (1); Consejo de Insuficiencia Cardíaca e hipertensión pulmonar, SAC (2)

Introducción: La diabetes (D) es una comorbilidad habitual de la insuficiencia cardíaca crónica (ICC). Diferentes publicaciones han señalado el perfil diferencial de los pacientes (P) con D. La aparición de las gliflozinas, drogas

hipoglucemiantes que tienen fuerte efecto sobre eventos cardiovasculares mayores y específicamente la internación por IC ha generado renovado interés por la coexistencia de D e IC. No contamos con información reciente sobre las características de los P con IC ambulatoria y D en nuestro país

Objetivos: Definir la prevalencia de D y las variables asociadas a su presencia en P con ICC ambulatoria en el contexto del Registro Nacional de la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de Cardiología OFFICE IC AR (inclusión de pacientes entre fines de 2017 y fines de 2019)

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de cohorte. Las variables categóricas se expresan como porcentaje y las cuantitativas como media y desvío standard o mediana y rango intercuartilo (RIC) según su distribución. Regresión logística simple y múltiple para definir variables independientemente asociadas a la presencia de D. Se asume significación estadística con $p < 0.05$

Resultados: Sobre 1016 P reclutados, 304 (29,9%) tienen diagnóstico de D, el 96% de tipo II. Presentan una mediana de hemoglobina glicosilada de 7% (RIC 6,3-7,7%). No difieren de aquellos sin D en sexo o edad, pero tienen más prevalencia de antecedente de hipertensión arterial (80,2% vs 60,8%, $p < 0.001$), etiología isquémica (49,3% vs 31,1%, $p = 0.001$) e insuficiencia renal (29,9% vs 18,7%, $p < 0.001$). Más frecuentemente están en CF III-IV (23 % vs 15,7%, $p = 0.005$). En ellos es mayor la tensión arterial sistólica (118 +/- 16 vs 114 +/- 16 mm Hg, $p = 0.001$), sin diferencias en la diastólica. No se diferencian de los no D en la prevalencia de ritmo sinusal o bloqueo de rama izquierda, ni en la fracción de eyección (FE). Presentan mayor uso de aspirina (52,6% vs 34,5%, $p < 0.001$) y estatinas (70,4% vs 52,1%, $p < 0.001$). Entre los P con FE $\leq 40\%$ no hay diferencia entre pacientes con o sin D en el empleo de antagonistas neurohormonales, ni en el de terapia eléctrica. Respecto del tratamiento hipoglucemiante predomina la metformina (85%), seguida por el empleo de gliptinas (12%) y sulfonilureas (9%), con uso nulo de tiazolidindionas. El 9% de los P recibe tratamiento con gliflozinas, solas o en combinación. Un 20,4% está tratado con insulina. En regresión logística múltiple se asocian independientemente a la presencia de D el antecedente de hipertensión (OR 2,1, IC 95% 1,4-2,9, $p < 0.001$), la clase funcional III-IV (OR 1,7, IC 95% 1,1-2,4, $p = 0.004$), la insuficiencia renal (OR 1,5, IC 95% 1,1-2,1, $p = 0.02$) y el tratamiento con aspirina (OR 1,5 IC95% 1,1-2,1, $p = 0.02$), con fuerte tendencia del uso de estatinas (OR 1,4, IC 95% 1,1-2,1, $p = 0.051$)

Conclusión: Casi uno de cada 3 pacientes con ICC presenta D, fuertemente asociada al antecedente de hipertensión y clase funcional avanzada. El tratamiento de la IC es similar en D y no D; el de la D corresponde a lo recomendado en la época en que se desarrolló el Registro (alto uso de metformina, escaso de otros hipoglucemiantes). El empleo de gliflozinas es aún de poca magnitud

0487 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: IMPORTA LA EDAD EN LOS HALLAZGOS ANGIOGRAFICOS Y SU EVOLUCION?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

PAEZ RODRIGUEZ, Rosa Eva

Hospital San Bernardo, Salta Capital.

Variables Clínicas	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Valor P
Femenino	2 (10.5%)	33 (11.1%)	30 (31.2%)	$p=0.0000075$
Diabetes	3 (15.7%)	59 (21.9%)	24 (25%)	
FR ≥ 3	11(57.8%)	159 (53.7%)	48 (50%)	
Comorbilidades	2 (10.5%)	23 (7.7%)	15 (15.6%)	$p=0.024$
Tiempo >6 hs	10 (52%)	99 (33.4%)	31 (33.3%)	
Insuficiencia Cardíaca	2 (10.5%)	38(12.8%)	20 (20.8%)	$p=0.038$
Paro o MS	0	10 (3.3%)	1 (1.04%)	

Introducción: A pesar de los avances en diagnóstico, tratamiento, cuidados y prevención secundaria, el IAM sigue siendo la principal causa de muerte en el mundo, y existen grupos de mayor riesgo, donde el evento sigue teniendo un alto impacto en morbi-mortalidad. La edad está relacionada al pronóstico del IAM, y la manera en que ésta modifica las características del paciente y del evento no está bien determinada en nuestra población

Variable	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Valor P
Angiografica				
Vaso culpable				
DA	14 (73.6%)	136 (45.9%)	40 (41.6%)	p=0.012
CD	3 (15.7%)	116 (39.1%)	42 (43.7%)	
CX	1 (5.2%)	38 (12.8%)	13 (13.5%)	
Tronco	1 (5.2%)	3 (1.01%)	1 (1.04%)	
Más de un vaso	0	3 (1.01%)	0	
N. de vasos				
1	16 (84.2%)	144 (48.6%)	46 (47.9%)	p=0.001
2	2 (10.5%)	89 (30%)	33 (34.3%)	
3	0	54 (18.2%)	13 (13.5%)	
Tronco	1 (5.2%)	2 (0.6%)	1 (1.04%)	
Tronco plus	0	7 (2.3%)	3 (3.12%)	
TIMI 0-1 inicial	13 (68%)	217 (73%)	63 (65%)	
TIMI 3 final	17 (89%)	259 (87%)	88 (91%)	
TIMI 0-1 final	0	17 (5.7%)	4 (4.1%)	

Objetivos: Evaluar la implicancia de la edad en la presentación clínica, angiografía y evolución de los pacientes con infarto agudo de miocardio.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y observacional que evaluó una cohorte de pacientes con diagnóstico de IAM derivados para angioplastia coronaria, durante el periodo de 2017-2019. Los datos fueron recolectados mediante evaluación del paciente y su historia clínica. La muestra fue dividida en tres grupos según la edad, se evaluaron variables clínicas, angiográficas y evolutivas. Se analizaron rangos y promedios de variables cuantitativas. Los datos fueron procesados en tabla de 2x2 del menú stat calc, del programa EPI info para determinar porcentajes y se utilizó test exacto de Fisher para detectar diferencias significativas entre los grupos.

Resultados: Se reclutaron 411 pacientes, divididos en 3 grupos etarios: A) <40 años: 19(4.6%), B) 40 y 64 años: 296 (72%), C) >65: 96(23.3%). Variables clínicas: grupo A, femenino 10.5 %; DBT 15.7%, comorbilidades 10.5%, tiempo >6 hs a la consulta 52%, Insuficiencia cardiaca 10.5%(p=0.0000075). Grupo B, femenino 11.1%, DBT 21.9%, comorbilidades 7.7%, tiempo >6 hs a la consulta 33.3%, Insuficiencia cardiaca (IC) 12.8%(p=0.024). Grupo C, femenino 31.2%; DBT 25%, comorbilidades 15.6%, tiempo >6 hs a la consulta 33.3%, IC el 20.8%(p=0.038). Variables angiograficas: en el grupo A, descendente anterior (DA) fue el vaso culpable prevalente (73.6%), Coronaria Derecha (CD) 15.7%, Circunfleja (CX) 5.2%, tronco 5.2%. El flujo TIMI inicial 0-1, se evidencio en el 68%. Flujo TIMI final 3, se obtuvo en el 89%. El flujo TIMI 0-1 final 0%. En el grupo B, DA fue el vaso culpable prevalente (45.9%), CD 39.1%, CX 12.8%, tronco 1.01%. Compromiso de 2 vasos el 30%, 3 vasos el 18.2%, además se observo lesiones de tronco única 0.6%, y tronco plus (tronco mas un vaso) 2.3%. El TIMI inicial 0-1, se evidencio en el 73%. TIMI final 3, se obtuvo en el 87%. El TIMI 0-1 final 5.7%. El grupo C, la CD fue el vaso culpable prevalente (43.7%), DA 41.6%, CX 13.5%, tronco 1.04%. Compromiso de 2 vasos el 34.3%, 3 vasos el 13.5%, además se observo lesiones de tronco única 1.04%, y tronco plus 3.12%. El TIMI inicial 0-1, se evidencio en el 65%. El TIMI final 3, se obtuvo en el 91%. El TIMI 0-1 final 4.1%. En cuanto a variables de Evolucion, el grupo A, no tuvo reestenosis, no reflow, insuficiencia renal(IR). Presento arritmia 5.2%, Insuficiencia cardiaca 5.2%, muerte 10.5%. El grupo B, presento reestenosis 0.6%, No reflow 4%, arritmia 3%, insuficiencia cardiaca 3.8%, no preseto IR, muerte 6.6%. El grupo C, evidencio reestenosis 4.1%, No reflow 4.1 %, arritmia 1%, insuficiencia cardiaca 7.2%, IR 4.1%, muerte 10.4%.

Conclusión: 1) El grupo A presentó más factores de riesgo y concurrió con más demora, aunque sin diferencias significativas con otros grupos. En tanto, los resultados angiograficos fueron estadísticamente significativos para menor enfermedad de múltiples vasos y DA como vaso culpable. La evolución fue mejor, con menos complicaciones. 2) El grupo C presentó significativamente más mujeres, comorbilidades e IC. El 25% padece DBT y CD como vaso culpable (no significativo), más complicaciones y en forma significativa IR y reestenosis del vaso tratado.

0489 - EL REGRESO DEL VENTRÍCULO DERECHO AL PRONOSTICO EN LA HIPERTENSIÓN PULMONAR

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Tepapéutica

Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

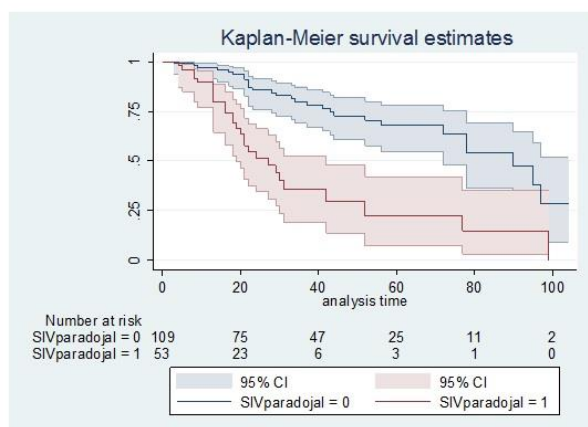
VERGARA, Nadia (1) | **FARINA, Juan María** (2) | SORASIO, Guillermina(1) | PRINCICH, Lilia Gabriela(1) | STROSCHEN, Federico(2) | VARGAS MIELES, Paul(1) | LESCANO, Adrian(1)

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

Introducción: En la hipertensión pulmonar (HP) la valoración pronóstica y la estratificación de riesgo de los pacientes constituyen el primer paso para definir la estrategia terapéutica. Para ello existen escalas internacionales ampliamente difundidas, pero éstas no incluyen algunas variables clínicas y ecocardiográficas de fácil acceso y disponibilidad, y además son escasamente representativas de los pacientes de nuestra región. El Ecocardiograma Doppler es la herramienta de pesquisa más utilizada en HP, pero el valor pronóstico de la medición ecocardiográfica de las dimensiones y de la función del ventrículo derecho (VD) es aún discutido.

Objetivos: Explorar variables ecocardiográficas predictivas asociadas a mortalidad, en pacientes con HP de nuestro medio asistencial.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, analítico, prospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico de HP confirmado por cateterismo derecho entre enero de 2012 y junio de 2020. Se recolectaron los datos demográficos, grupos de HP, las variables reconocidas por las guías internacionales como de alto riesgo y también otras no incluidas (variables ecocardiográficas: valor de TAPSE, movimiento paradojal del septum interventricular, dilatación del VD). Se aplicó el test de t o Chi2 según la variable continua o categórica. Se utilizó análisis de tiempo al evento de muerte. Se presentan las curvas Kaplan-Meier con sus respectivos IC95% y p-valores de log-rank test. Se realizó un modelo predictivo (regresión de cox) para determinar el impacto de estas variables en la mortalidad y para integrarlo con los factores de riesgo establecidos en un análisis multivariado. Se adjudicó significancia estadística a un valor $p < 0.05$.



Resultados: Se incluyeron 191 pacientes, con una media de edad de 59 años ($DE \pm 18$) y con mayor prevalencia del sexo femenino (68.59%) y del grupo 1 de HP (71.20%). Se encontró asociación significativa entre las variables ecocardiográficas propuestas y el tiempo al evento de muerte: TAPSE $\leq$ a 16 mm (OR 2.46 IC95% 1.12-5.37; $p < 0.01$), movimiento paradojal del septum interventricular (OR 3.18 IC95% 1.54-6.54; $p < 0.01$) y dilatación del VD > 43 mm (OR 2.6 IC95% 1.26-6.88; $p < 0.01$). En el análisis multivariado la presencia de angina (OR 6.11 IC95% 2.33-16.01; $p < 0.01$), la edad (OR 1.03 IC95% 1.01-1.05; $p < 0.01$), y el movimiento paradojal del septum interventricular (OR 3.64 IC95% 1.73-7.63; $p < 0.01$) se asociaron en forma significativa con la mortalidad, con adecuada discriminación del modelo predictivo.

Conclusión: Las variables ecocardiográficas TAPSE, movimiento paradojal del septum interventricular y dilatación del VD se asociaron significativamente con mayor riesgo de mortalidad en pacientes con diagnóstico de HP. En el contexto de un sistema de salud heterogéneo y con dificultades en el acceso a métodos diagnósticos sofisticados, estas variables ecocardiográficas permitirían simplificar la valoración pronóstica, utilizando mediciones ampliamente disponibles y de sencilla recolección.

0490 - FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS A LA MORTALIDAD ALEJADA DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA.

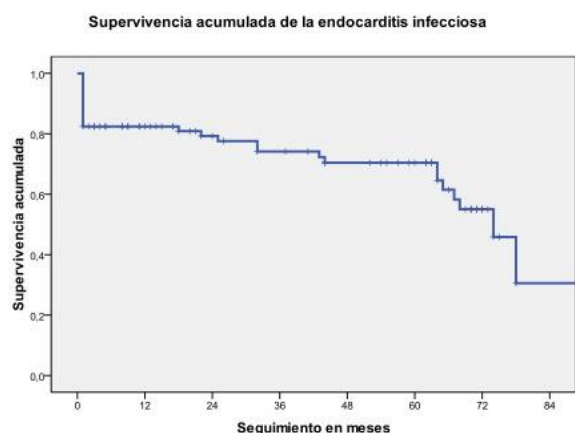
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Endocarditis Infecciosa

CIAMBRONE, Graciana Maria | **CRETA, Victoria** | DEKETELE, Felipe Santiago | GINESI, Agustina | CASTRO, Angel Rafael | HIGA, Claudio | RIVAS, Carlos Antonio | BORRACCI, Raúl Alfredo

Hospital Alemán



Introducción: La endocarditis infecciosa es una enfermedad que afecta principalmente las válvulas del corazón así como también puede hacerlo sobre dispositivos o estructuras paravalvulares. En la Argentina ha sido estudiada en diferentes registros, el más reciente y multicéntrico publicado en el año 2017 (EIRA 3). Sin embargo, existe escasa información local sobre la evolución alejada de esta enfermedad.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue analizar los factores asociados a la mortalidad alejada de la endocarditis infecciosa, en una cohorte de un hospital de comunidad.

Materiales y Métodos: Se incluyeron todas las endocarditis infecciosas ingresadas en un hospital de comunidad desde abril del 2014 hasta septiembre de 2019. Se recolectaron las variables epidemiológicas: edad, sexo. Antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia renal (IR), insuficiencia cardíaca (IC), Diabetes Mellitus (DBT), enfermedad coronaria, implante de marcapasos definitivo, cáncer, enfermedad valvular previa, el contacto hospitalario previo y si había requerido tratamiento antibiótico (ATB) previo. Todos los pacientes ingresados (n:108) presentaron el diagnóstico definitivo de endocarditis según los criterios de Duke modificados. Se recabaron los datos de hemocultivos, gérmenes aislados, estudios diagnósticos. Se recolectaron también variables consideradas relevantes durante la internación: embolias, fiebre persistente, IR de novo, IC, hemocultivos positivos luego del tratamiento ATB. Se evaluó también, si el paciente presentaba criterios quirúrgicos o si tenía endocarditis protésica, la válvula afectada, el grado de severidad y la disfunción ventricular. Se realizó un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier; las variables con $p \leq 0.10$ en el análisis univariado se incorporaron en una regresión de Cox (backward conditional).

Resultados: Se logró el seguimiento completo de 102 pacientes (94,4%), 65 (64%) masculino, con una edad promedio de 66 años (DE: 16.4). Del total de la población 16% eran DBT, 9 % tenían IC, 8 % antecedentes de enfermedad coronaria, 5% marcapasos definitivo, 40 % cáncer, 19 % IR, 2 % eran EPOC. El 51% presentaba enfermedad valvular previa, 39% de válvula nativa y 10% protésica. El 54% había tenido contacto hospitalario previo. La mortalidad hospitalaria global fue del 15,7% y solo la IR durante la internación se asoció en forma independiente a la mortalidad. El tiempo medio de seguimiento fue de 34.5 meses (EE: 3.0) (mediana 26.1 meses, RIC 4.8-64.1). El seguimiento de 261 años-paciente mostró un riesgo anual de mortalidad por todas las causas de 11.5% considerando también la mortalidad hospitalaria. La supervivencia al tiempo medio de seguimiento fue de 74.1% (EE: 5.0) y 70,0% (EE: 5.4) a 5 años (Kaplan-Meier). En el análisis univariado, la DBT ($p=0,036$) y el cáncer ($p=0,044$) se asociaron a la mortalidad alejada de la endocarditis; mientras que hubo una tendencia en el sexo masculino ($p=0,081$), la aparición IR de novo ($p=0,076$) y la indicación quirúrgica para el tratamiento de la patología ($p=0,081$). En la regresión de Cox, la DBT (OR: 2.41, IC95% 1.04-5.59), el cáncer (OR: 2.38, IC95% 1.12-5.04) los antecedentes de IR (OR: 2.01 IC95% 0.92-4.36) y se asociaron en forma independiente a la mortalidad por toda causa en el seguimiento alejado.

Conclusión: Hasta el momento el presente constituye el primer reporte sobre variables pronosticas a largo plazo de pacientes con endocarditis infecciosa. El antecedente de insuficiencia renal y el cáncer fueron los factores pronósticos independientemente asociados a mortalidad alejada en nuestra cohorte.

0493 - PREVALENCIA Y VALOR PRONÓSTICO DE LA PLAQUETOPENIA EN LA CIRUGÍA DE REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO: BIOPRÓTESIS VERSUS PRÓTESIS MECÁNICAS.

Modalidad: Temas Libres

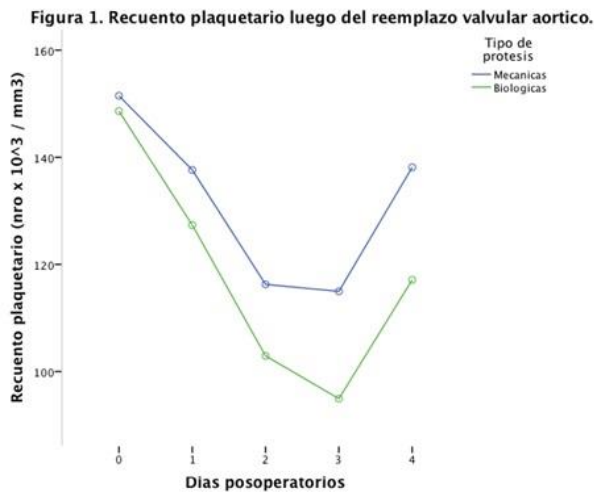
Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

Unidad Temática 2: Valvulopatías

SEOANE, Leonardo Adrián | ESPINOZA, Juan | FURMENTO, Juan | BENZADÓN, Mariano | VILLALBA, Lorena | BARO VILA, Rocio | MIRANDA, Paula | NAVIA, Daniel

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La trombocitopenia es una complicación frecuente en las cirugías valvulares. Recientemente ha surgido la preocupación acerca de la trombocitopenia posterior al reemplazo valvular aórtico (RVA), ya que algunos autores han reportado mayor plaquetopenia postoperatoria con ciertas válvulas aórticas biológicas. Sin embargo, dado que las bioprótesis son frecuentemente implantadas en una población mas añosa, y que la edad es un factor de riesgo para padecer trombocitopenia, no se puede afirmar dicha aseveración.



Objetivos: El objetivo del trabajo es determinar la prevalencia y el valor pronóstico de la plaquetopenia en el RVA biológico y mecánico.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes sometidos al RVA con o sin cirugía de revascularización miocárdica (CRM) asociada en un solo centro entre octubre de 2005 y octubre de 2014. Se analizó el recuento plaquetario preoperatorio y el de los primeros cuatro días posoperatorios. Para obtener poblaciones comparables se realizó un análisis ajustado por riesgo (propensity score matching).

	Rcto plaquetario > 100.000/mm3	Rcto plaquetario < 100000/mm3	Total	p
Mortalidad intrahospitalaria	0.9%	6.7%	4.3%	0.019
Reoperación por sangrado	1.8%	5.5%	4.0%	0.116
Fibrilación auricular postoperatoria	19.3%	23.8%	21.9%	0.374
Hemodiálisis	0.9%	2.4%	1.8%	0.335
Accidente cerebrovascular	0.9%	0.6%	0.7%	0.795
Asistencia ventilatoria mecánica prolongada	2.6%	1.8%	2.2%	0.651

Resultados: Un total de 1.197 pacientes fueron sometidos a RVA con (n = 494) o sin (n = 703) CRM. Los pacientes recibieron una prótesis mecánica (n = 320), o una prótesis biológica (n = 877). La media de edad poblacional fue de 68 años (DE 6), siendo la mayoría de sexo masculino (68%). El 70% presentaba hipertensión arterial, 17% diabetes,

16% disfunción ventricular previa y 10% antecedente de enfermedad coronaria. El análisis univariado de las características basales de ambos grupos de pacientes demostraron no ser comparables. Por este motivo se realizó un sub-análisis ajustado por riesgo según un score de propensión (n=278). El nadir de las bioprótesis fue al tercer día postoperatorio con un promedio de $93.8 \times 10^3/\text{mm}^3$, mientras que el de las prótesis mecánicas también fue el mismo día pero con un promedio de $114.7 \times 10^3/\text{mm}^3$. (Figura) El implante de bioprótesis se asoció significativamente con mayor prevalencia de plaquetopenia (72.7% vs 45.3%, $p < 0.0001$). La presencia de plaquetopenia postoperatoria se ha asociado a mayor mortalidad hospitalaria (6.7% vs 0.9%, $p = 0.019$); pero no a otras complicaciones postoperatorias. (Tabla)

Conclusión: Los pacientes sometidos al reemplazo valvular aórtico con bioprótesis presentaron significativamente mayor prevalencia de plaquetopenia, y tendieron a mostrar un recuento de plaquetas más bajo que los implantes mecánicos dentro de los primeros cuatro días del postoperatorio. Dicha plaquetopenia estuvo asociada a mayor mortalidad hospitalaria en una población ajustada por score de riesgo.

0494 - ANTAGONISMO NEUROHORMONAL COMPLETO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA: EMPLEO SEGÚN LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN Y VARIABLES DETERMINANTES.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

ARAKAKI, Diego (1) | LINIADO, Guillermo Ernesto(1) | CHRISTEN, Alejandra(1) | RITONDALE, Noelia Inés(2) | RATTI, Roxana Daniela(1) | PALACIO, Maria Soledad(1) | LOBO MARQUEZ, Lilia(2) | GARCIA BRASCA, Daniela(2)

Consejo de Insuficiencia Cardíaca e hipertensión pulmonar, SAC (1); FAC - Federación Argentina de Cardiología (2)

Introducción: Si bien en el contexto de la insuficiencia cardíaca (IC) el empleo de antagonistas neurohormonales está indicado especialmente cuando la fracción de eyección está deprimida (ICFED, FE < 40%), también se observa su uso en pacientes (p) con fracción de eyección en rango medio (ICFerm, FE 41-49%) o fracción de eyección preservada (ICFEP, FE $\geq$ 50%). Entendemos por antagonismo neurohormonal completo (ANC) al empleo combinado de antagonistas o inhibidores del sistema renina angiotensina (o sacubitril valsartán), con betabloqueantes y antialdosterónicos. El Registro OFFICE IC AR llevado a cabo en forma conjunta por SAC y FAC incluyó entre fines de 2017 y fines de 2019 1.016 p ambulatorios con IC. En este análisis se consideran los 951 p de los cuales se dispuso del dato de FE.

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

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de cohorte. Las variables categóricas se expresan como porcentaje, las continuas como media y desvío standard. Se definen los predictores independientes de uso de TC por regresión logística múltiple, expresando la fuerza de asociación como OR con su IC 95%. Se asume significación estadística con $p < 0.05$.

Resultados: El empleo de ANC se dio en 673 pacientes (70,8%). Varió según el tipo de IC: en el 79,7% en ICFED, 66% en ICFerm y 36,5% en ICFEP. Los p con ANC fueron más frecuentemente de sexo masculino (76,1% vs 69,1% en los p sin ANC, $p = 0.025$), más jóvenes ($64,3 \pm 12,6$ vs $69,9 \pm 11,6$ años, $p < 0.001$), más frecuentemente en Clase Funcional (CF) 1-2 (83,4% vs 76,6%, $p = 0.015$), más frecuentemente con internación previa por IC (65,5% vs 58,6%, $p = 0.045$) pero menor prevalencia de comorbilidades (49,2% vs 70,9%), tensión arterial sistólica menor ($114,8 \pm 16,3$ vs $117,7 \pm 18,2$ mm Hg, $p = 0.015$), menos signos de congestión (18% vs 25,5%, $p < 0.01$) y menor creatinina ($1,19 \pm 0,40$ vs $1,50 \pm 1,1$ mg%, $p < 0.001$). El ANC apareció asociado a la medición de péptidos natriuréticos (34,6% vs 25,9% en aquellos sin ANC, $p = 0.009$), a la realización de test evocador de isquemia (79,9% vs 73,4%, $p = 0.026$) y al empleo de cardiodefibrilador implantable (24,9% vs 14,4%, $p < 0.001$). Hubo mayor uso de ANC en los p de cobertura estatal y las obras sociales respecto de los prepagos o particulares: 79% vs 72,9% vs. 61,6% respectivamente, $p = 0.001$. En análisis multivariado fueron predictores independientes de uso de ANC la fracción de eyección (OR 0,95, IC 95% 0,93-0,96, $p < 0.001$), la edad (OR 0,98, IC 95% 0,96-0,99, $p = 0.038$), la ausencia de comorbilidades (OR 2,12, IC 95% 1,45-3,12, $p < 0.001$), la creatinina (OR 0,53, IC 95% 0,37-0,75, $p < 0.001$) y la internación previa por insuficiencia cardíaca (OR 1,47, IC 95% 1,03-2,10, $p = 0.032$). Entre los p con ICFED se asociaron independientemente al empleo de ANC la ausencia de comorbilidades (OR 2, IC 95% 1,22-3,33, $p = 0.006$) y la creatinina (OR 0,52, IC 95% 0,34-0,79, $p = 0.002$); entre los p con ICFerm la edad (OR 0,92, IC 95% 0,88-0,97, $p = 0.003$) y la internación previa por IC (OR 3,09, IC 95% 1,09-8,77, $p = 0.03$); y entre los p con ICFEP la ausencia de comorbilidades (OR 2,38, IC 95% 1,16-5, $p = 0,017$).

Conclusión: Pese a tener indicación precisa en los p con ICFED, la terapia de ANC se extiende al resto de la IC, y está presente hasta en uno de cada tres p con ICPEP. Es en general instituida en p más jóvenes, en ausencia de comorbilidades y con internación previa por IC. Hay predictores específicos de su uso en cada categoría de FE.

0499 - RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR EN JUGADORES DE BASQUET COMPETITIVOS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología del Ejercicio

Unidad Temática 2: Medicina Del Deporte

PIPKIN, Mariano | GONZALEZ PARDO, Fernando Omar | LEZCANO, María Milagros | OLIVERI, Ivana Vanesa | GONZALEZ AMIGO, Florencia | AYUSO, Sebastian | GARCIA, Maximiliano | CASAS, Jorge María

Diagnóstico Cardiovascular y Especialidades Médicas (CEDIC)

Introducción: Existen múltiples publicaciones acerca de evaluaciones cardiovasculares precompetitivas (ECP) en atletas (AT) de varias disciplinas, y sobre los hallazgos de las mismas en cuanto a modificaciones fisiológicas de las dimensiones cardíacas como de las detecciones de patología cardiovascular. El basquet ha sido uno de los deportes donde se han descrito mayor incidencia de muerte súbita por cardiopatías en comparación a otras disciplinas y donde justamente, por las características físicas de quienes lo practican, se encuentran dimensiones cardíacas fisiológicas más solapadas con las patológicas.

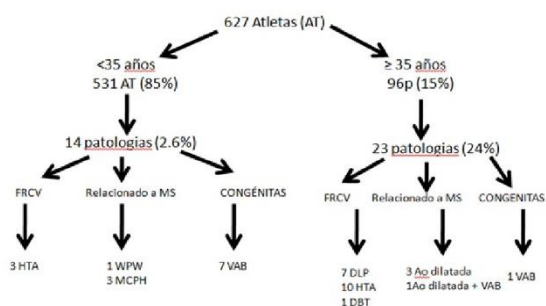
Objetivos: Comunicar los hallazgos fisiológicos y patológicos de la ECP en una población de atletas que practican basquet competitivo.

Materiales y Métodos: Desde enero de 2017 a enero de 2019 se evaluó prospectivamente en CEDIC a 627 jugadores de basquet que compiten en torneos regionales y nacionales, a quienes un médico cardiólogo les realizó una ECP que consistió en un interrogatorio, examen físico, electrocardiograma (ECG) y Eco Doppler Cardíaco (EDC). A los mayores de 35 años se agregó Ergometría de 12 derivaciones y laboratorio. Según las horas (hs) de entrenamiento fueron divididos en 3 grupos: Grupo I: ≥ 10 hs, Grupo II: 5-9hs y Grupo 3: 1-4hs

	MEDIA	DS
DDVI	52mm	4mm
SIV	8.2mm	1.2mm
PP	8.6mm	1mm
Masa VI	79vgr/m2	14 gr/m2
Volumen AI	37 ml/m2	7.7 ml/m2
Area AI	21 cm2	3.5 cm2
Aorta Sinusal	32mm	3.7mm
Aorta Ascendente	29mm	3.4mm

Resultados: La población tiene una edad media de 24 años $\pm$ 10 años, rango 15-64 años, y una superficie corporal de 2. Según las horas semanales de entrenamiento, 385 AT pertenecen al grupo I, 175 al grupo 2 y 67 al grupo 3. La media de TA fue 123/72mmHg y frecuencia cardíaca 62 lpm. Los antecedentes más frecuentes fueron tabaquismo (18), HTA (8), dislipemia (4) y diabetes (3). Las dimensiones cardíacas observadas se adjuntan en la tabla. Con la ECP fueron diagnosticadas 37 (5.9%) patologías cardiovasculares, de las cuales 8 (1.3%) están relacionadas con muerte súbita, 9 (1.4%) con anomalías congénitas y 21 (3.3 %) fueron factores de riesgo cardiovascular (FRCV). En la población menor de 35 años, el hallazgo de patología fue de 2.6%, predominaron las entidades congénitas y genéticas mientras que en los mayores de 35 años el hallazgo de patología fue de un 24% con un claro predominio

de los FRCV. El EcoDoppler fue el estudio necesario para la detección de 5 de las 8 patologías potencialmente causales de MS (1 miocardiopatía hipertrófica con ECG normal y 4 dilataciones de aorta, 1 de ellas asociada válvula aórtica bicúspide (VAB), mientras que el ECG lo hizo con las restantes 3 (1 Wolf Parkinson White y 2 miocardiopatías hipertróficas).



Conclusión: En esta población de atletas basquetbolistas competitivos, se observaron dimensiones cardíacas que coinciden con las publicadas en poblaciones similares y no presentaron solapamiento con valores patológicos. Los métodos de screening de mayor rédito para el diagnóstico de patologías potencialmente fatales fueron el ECG y el EDC. La ECP en la población mayor de 35 años que practica basquet competitivo detectó patología cardiovascular en 1 de cada 4 atletas, principalmente FRCV.

0500 - SÍNDROMES PERICÁRDICOS: ANÁLISIS DE SUS CARACTERÍSTICAS DURANTE LA INTERNACIÓN

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

DOPPLER, Eugenia | MORI, Ana Laura | NAPOLI LLOBERA, Mariano Ezequiel | KIM, Alejandro | ESTRELLA, Maria Laura | CIANCIULLI, Tomás | KAZELIAN, Lucía Raquel | GAGLIARDI, Juan Alberto

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Aunque la patología pericárdica es frecuente en la práctica clínica diaria, no existen datos demográficos o de su epidemiología en nuestro medio.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir la presentación clínica, prevalencia de los distintos tipos de síndromes pericárdicos y la etiología en pacientes con patología pericárdica, internados en el servicio de cardiología de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Materiales y Métodos: Registro prospectivo de pacientes internados con enfermedad pericárdica entre abril 2008 y abril 2020 en el servicio de Cardiología en un hospital general de agudos de CABA. Se analizaron: características demográficas, clínicas, estudios complementarios, presencia de derrame pericárdico, etiología y tipo de síndrome pericárdico. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: con derrame pericárdico severo (DPS) y sin derrame pericárdico severo, que incluyó pacientes sin derrame (SD) o derrame no severo (DNS). Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia y porcentaje, las continuas como media $\pm$ desvío estándar. Las discretas fueron analizadas con prueba de chi cuadrado o test exacto de Fisher, las continuas con test de T para 2 colas o Kruskal-Wallis. Se consideró significativa $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 84 pacientes, 52 (61,9%) con DPS y 32 (38,1%) SD o DNS. La media de edad fue 53 ± 16 años y 52 ± 12 años respectivamente, con predominio de sexo masculino (DPS 58%, SD/DNS 60%). Los síntomas más frecuentes fueron la disnea (DPS 65%, SD/DNS 50%) y el dolor precordial (DPS 27%, SD/DNS 37%). En DPS se observó mayor prevalencia de taponamiento clínico (DPS 32% $p < 0,0001$), con hipotensión (DPS 38% $p < 0,046$) y pulso paradójico (DPS 31% $p < 0,0028$), con significancia estadística. De los síndromes pericárdicos, fue más frecuente el derrame pericárdico (DP) sin taponamiento (DPS 69% y SD/DNS 71,8%). En SD/DNS predominaron la pericarditis aguda (34%), y constrictiva (18,7%), en DPS se observó una mayor prevalencia de DP con taponamiento (DPS 30%) con significancia estadística ($p < 0,005$). En el electrocardiograma, en DPS se observó microvoltaje en 24% vs 3,45% en SD/DNS ($p < 0,025$) y alternancia eléctrica en 22% en DPS la cual no se halló en SD/DNS ($p < 0,005$). En el ecocardiograma, el colapso de aurícula derecha (AD) fue más frecuente en DPS (46% vs 3,3%; $p < 0,00002$), así como el colapso de ventrículo (VD) (DPS 24%, SD/DNS 3,3 %; $p < 0,002$). Las etiologías más frecuentes en DPS fueron la

neoplásica (DPS 15,4%, SD/DNS 3,1%) y la viral (DPS 17% SD/DNS 6,25%). La pericarditis post infarto agudo de miocardio (IAM) fue más frecuente en SD/DNS (DPS 3,8%, SD/DNS 28%; p 0.0021). En DPS se realizó punción pericárdica al 58%, drenaje pericárdico en 34%, y ventana pericárdica al 9,6%. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad durante la internación (DPS 5,7%; SD/DNS 12,5%). Se registraron en total 7 óbitos, las causas fueron: neoplasia secundaria, disección aórtica tipo A, postoperatorio de cirugía cardíaca, shock séptico y de etiología no filiada .

Conclusión: Se encontró una mayor prevalencia de derrame pericárdico severo, siendo el derrame sin taponamiento el síndrome más frecuente de presentación. Los síntomas más frecuentes fueron la disnea y el dolor pericárdico en ambos grupos. Las etiologías más frecuentes fueron la pericarditis post IAM en el grupo de SD/DNS y la viral y neoplásica en DPS. Se observó mayor prevalencia de taponamiento tanto clínico como signos ecocardiográficos en el grupos DPS.

0501 - TABAQUISMO EN EVALUACIONES PRE-QUIRÚRGICAS

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

Unidad Temática 2: Salud Pública y Políticas de Salud

ACOSTA, Guillermo | **RAMONDA, Maria Isabel** | PAULETTO, Tito Antonio | CADO, Cesar Alfredo | IANNA, Hernán | CAVANNA, Carlos Marcelo | BARBERIS, Lorena Silvia

HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA

Introducción: El tabaquismo es un significativo factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares. El deterioro de la función endotelial, rigidez arterial, inflamación, modificación de los lípidos, así como la alteración de los factores antitrombóticos y protrombóticos, son los principales determinantes del inicio y aceleración del proceso aterotrombotico relacionados con el tabaquismo, que conduce a eventos cardiovasculares.

Objetivos: El propósito de este estudio fue investigar los efectos del tabaquismo en las diferentes variables registradas durante la evaluación cardiovascular pre- quirúrgica.

Materiales y Métodos: Nuestra población de estudio consistió en 2754 pacientes, entre 15 y 104 años que concurrieron a nuestro hospital para evaluación pre quirúrgica con una edad media de 45,7 años $\pm$ 17.9 años, 59.4 % mujeres, y 40.6% hombres. La variable dependiente (V.D.) fue dividida en 3 grupos: Fumador Si (F Si) 862 (31.3%); Fumador No (F No) 1762 (63.3 %) y Ex Fumador (Ex F) 140 (5.08%). Se aplico el análisis de regresión logística binaria que toma una muestra aleatoria del 70% para tratamiento (función de Bernoulli); los resultados los aplica al 30% restante, con el objeto de validar el modelo. Además, elige que parte de los datos son entrados a los cálculos, por calificación de 0 y 1 mediante dicotomización de variables con respuestas múltiples. Ingresan por capas todas las variables independientes (V.I.) que podrían afectar a la (V.D.). Al finalizar el cálculo entrega el porcentaje de la validez del modelo para casos seleccionados y no seleccionados. Además, la lista las variables significativas de acuerdo al valor de verosimilitud (credibilidad o congruencia de un elemento determinado) establecido por defecto, con su respectivo Odds Ratio (oportunidad relativa).

Resultados: los F Si, tienen 10.4 veces mas probabilidades de Riesgo Quirúrgico (RQ) grado 2 $p < 0.001$; 4.6 veces mas probabilidad de ser RQ grado 3 $p < 0.001$; 9 veces mas probable pertenecer al grupo más joven y disminuye en 0.6 veces la posibilidad de tener hipertensión arterial (HTA), BMI > 30 y NO tener Triglicéridos (TG) $p < 0.001$. Los F No, tienen 3.15 veces mas probabilidades de RQ grado 1 $p < 0.001$; 1.5 veces mas probabilidad de tener HTA, de NO tener o desconocer la presencia de TG; y disminuye en 0.4 veces la posibilidad de RQ grado 2 $p < 0.002$ y 0.2 veces menos probable que sea no fumador. Los Ex F tienen 3.2 veces mas probabilidades de ser diabéticos (DBT) $p < 0.001$; 1.6 veces mas probabilidad de HTA $p < 0.05$; y disminuye en 0.6 veces la actividad física (ACT.FIS.) 1V/S $p < 0.02$. En el Paso 2 con el ingreso de la ACT.FIS.3V/SEM cuya interpretación es que en los ex fumadores es 0.25 veces menos probable realizar esta actividad, se observan los siguientes cambios: DBT disminuyo la probabilidad 2.9 veces; la ACT.FIS.1V/S a 0.47 veces. El modelo ajusta el 72.8% de las V. seleccionadas y el 70.4% de las no seleccionadas. Las demás V.I. no son significativos y en consecuencia no modifican en la estructura del modelo.

Conclusión: Entre los fumadores se observo mayor riesgo quirúrgico así como menor Presión arterial y obesidad. Entre los Ex F se observo mayor prevalencia de Diabetes, HTA y sedentarismo.

0502 - ¿ES POSIBLE REEMPLAZAR LA MEDICIÓN DE ÍNDICE CARDÍACO OBTENIDO CON CATÉTER DE ARTERIA PULMONAR POR LOS DATOS OBTENIDOS POR MÉTODO DE FICK?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

BLANCO, Mailén | **CIMATTI, Ana Lucía** | MRAD, Sebastián Juan Bautista | COHEN ARAZI, Hernán | IAMEVO, Rafael | BORTMAN, Guillermo | FERREYRA, Raul Eduardo

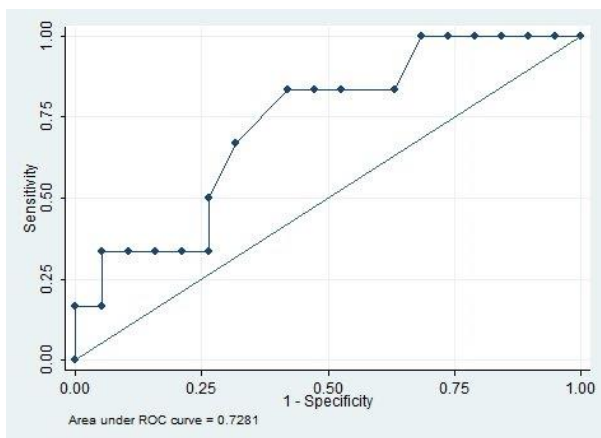
Sanatorio Trinidad Mitre

Introducción: El monitoreo invasivo con catéter de Swan Ganz (CSG) ha sido durante años el patrón de oro para determinar el gasto cardíaco (GC). Sin embargo, no siempre está disponible, y aunque el método de Fick es una alternativa validada, existen algunas discrepancias. Otros parámetros utilizados en Unidad de Cuidados Críticos como la diferencia arterio-venosa de dióxido de carbono (deltaCO₂), el ácido láctico arterial y la saturación venosa central (SVO₂) se relacionan con el GC. Una combinación de estos parámetros podría dar una estimación más precisa del cuadro hemodinámico global, especialmente en los casos en los que no se dispone de CSG.

Objetivos: determinar la relación entre los parámetros hemodinámicos medidos con CSG en pacientes críticos cursando internación en Unidad Coronaria con los parámetros obtenidos mediante método de Fick, con muestras de catéter venoso central yugular. Evaluar el aporte de deltaCO₂, ácido láctico arterial y SVO₂ como determinantes del perfil hemodinámico.

Características clínicas	n=27
Edad (años) media +/- DS	54 +/- 13
Sexo masculino %	85
Hipertensión %	70
Dislipemia %	63
Tabaquismo %	15
Obesidad %	48
Enfermedad renal crónica %	26
Angioplastia previa %	15
CRM previa%	19
ARM %	41
FEVI(%) media +/- DS	37 +/- 17
Creatinina (mg%) mediana	1.6 (RIC 1.2-2.2)
PAM (mmHg) media	76.8 +/- 13.6
CSG	
Presión venosa central media (mmHg) +/- DS	7.6 +/- 3.6
Frecuencia cardíaca media (lpm) +/- DS	94 +/- 3.5
Gasto cardíaco mediana (l/min)	5.58 (RIC 3.98-6.6)
Índice cardíaco mediana (l/min/m ²)	2.57 (RIC 1.98-3)
Resistencias periféricas sistémicas media (dyn*s/cm ⁵) +/- DS	1085 +/- 371
Fick estimado	
Gasto cardíaco mediana (l/min)	5.4 (RIC 3.9-7.8)
Índice cardíaco mediana (l/min/m ²)	2.46 (RIC 1.98-3.9)
Resistencias periféricas sistémicas (dyn*s/cm ⁵) +/- DS	1067 +/- 454
Laboratorio	
delta CO ₂ mediana (mmHg)	6.8 (RIC 5.7-9.4)
Ácido láctico mediana (mmHg)	1.3 (RIC 1.1-1.9)
Saturación venosa central de O ₂ (%) mediana	68.7 (RIC 61.5 - 76.5)

Materiales y Métodos: se trata de un estudio observacional, prospectivo. Se incluyeron pacientes internados en Unidad Coronaria del Sanatorio de La Trinidad Mitre que requirieron colocación de CSG para monitoreo invasivo, desde Septiembre de 2019 hasta Julio de 2020. Se consideró para este análisis la primera medición de cada paciente. Se registraron presión arterial media (PAM) por inserción de catéter radial; presión venosa central, presión de enclavamiento, GC calculado por termodilución, índice cardíaco (IC) y resistencias periféricas sistémicas obtenidos por CSG; deltaCO₂; ácido láctico; SVO₂; GC, IC y resistencias periféricas sistémicas calculadas por método de Fick estimado. Se informó la utilización de inotrópicos y vasopresores según correspondiera. Las variables se analizaron según correspondiera con t test, wilcoxon y chi². (Tabla 1. Características generales de la población. ARM= asistencia respiratorio mecánica. FEVI= fracción de eyección del ventrículo izquierdo. PAM= presión arterial media. RIC=rango intercuartilo 25-75)



Resultados: se analizaron 27 pacientes con una edad media de 54 años (DS +/- 13 años), el 33% fueron pacientes en postoperatorio de cirugía cardiovascular y la fracción de eyección media fue de 37% (DS +/- 17). Se registró una mortalidad intrahospitalaria del 30% y una mediana de 22 días de internación en Unidad Coronaria (RIC 25-75: 12-40). Entre los pacientes con IC reducido medido por CSG, sólo el 30% tuvieron SVO2 disminuida, ninguno presentó ácido láctico mayor a 2 y todos ellos presentaban deltaCO2 mayor a 7. Observamos correlación entre el IC medido por CSG y los valores de SVO2 (p 0.03) y deltaCO2 mayor a 7 (p 0.02). El c-statistic del deltaCO2 para predecir el IC fue de 0.73, con el mejor punto de corte por encima de 7. No ocurrió lo mismo con los valores de SVO2 (AUC 0.2). La PAM reducida (menor a 65 mmHg) se asoció al ácido láctico elevado (p 0.05), independientemente del IC (p 0.8). La infusión de dosis de noradrenalina superiores a 0.027 g/kg/min se asoció también a niveles elevados de ácido láctico (AUC 0.8: 95% IC 0.64-0.98, p 0.003). (Imagen 1. Curva ROC para deltaCO2 como indicador de IC reducido.)

Conclusión: en aquellos pacientes en los que no es posible realizar un monitoreo hemodinámico invasivo con CSG, el valor de deltaCO2 por encima de 7, obtenido con una vía central, parece mejor indicador del IC reducido, que la determinación utilizando SVO2. La PAM baja e infusiones de noradrenalina mayores a 0.027 g/kg/min, pero no el IC, se correlacionaron con ácido láctico arterial elevado.

0504 - ¿PUEDE UN INFARTO DE MIOCARDIO CON SUPRA ST PERMANECER SOLO 24 HS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

BONO, Leandro | PUENTE, Luciana Jimena | PAPANTONIOU, Alonso | RIVARA, Pablo | VILLECCO, Victor Sebastian | **PADULA, Agustín Leonel** | SZARFER, Jorge | GAGLIARDI, Juan Alberto

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: En la actualidad todo infarto de miocardio con supra ST (IAM CEST) debe ingresar y permanecer como mínimo 24 hs en una unidad de cuidados intensivos cardiovasculares (UCIC). Según las recomendaciones de guías internacionales, la estadía en la UCIC puede prolongarse si existen alteraciones hemodinámicas, arritmias, reperfusión fallida, vasos coronarios con estenosis residuales y función sistólica deteriorada. Dado que estas recomendaciones se basan en opinión de expertos, decidimos determinar la prevalencia actual de las complicaciones post IAM CEST y buscar variables que nos permitan otorgar un alta precoz de la UCIC.

Objetivos: 1) Determinar prevalencia actual de todas las complicaciones post IAM CEST. 2) Identificar variables independientes que permitan predecir que paciente (pte) no va a presentar complicaciones

Materiales y Métodos: Se incluyeron en el estudio 257 ptes. consecutivos ingresados a la UCIC con diagnóstico clínico de IAM CEST, sin límite de edad entre diciembre de 2017 y abril 2020. Se registraron los datos demográficos, métodos de reperfusión, la tasa de éxito, la localización del IAM, vía de acceso del cateterismo coronario y el Killip y Kimball (KK) de ingreso y permanencia. Las complicaciones consideradas en este análisis fueron: isquémicas (angina post IAM y re-IAM), presencia trombo en ventrículo izquierdo, accidente cerebrovascular (ACV), sangrado mayor (se definió según escala BARC-tipo 3a, 3b y 3c), mecánicas, arritmias (FA, TV/FV, BAV completo) y pericárdicas.

Complicaciones	% (n)
Insuf cardiaca	41,6 (107)
Arritmias	16,3 (42)
Isquémicas	8,6 (22)
Sangrado Mayor	3,1 (8)
Mecánicas	1,2 (3)
Otras	1,6 (4)

Resultados: Se analizaron 257 ptes con IAMCEST. La mediana de edad fue 61 (52-67) años, 224 ptes (87,2%) fueron reperfundidos (91,5% por ATC primaria y el 9,8% con fibrinolíticos) con éxito en 196 ptes (87,5%). El 50,2% fue de localización inferior, el 43,2% anterior, el 27,6% posterior y el 17,1% lateral. El 66,2 % ingresa con Killip y Kimbal (KK) A, el 26,5% KKB, el 3,1% KKC y el 4,3% KKD. El 41,6% (107 ptes) tuvo alguna complicación, 107 ptes (41,6%) insuficiencia cardíaca, 42 ptes (16,3%) arritmias, 22 ptes (8,6%) isquémicas, 8 ptes (3,11%) sangrado mayor, 3 ptes complicaciones mecánicas y 4 ptes otras. Fallecieron 18 ptes (7,0%). Considerando solo los KK A, en el análisis univariado los factores asociados a complicaciones fueron: no reperfusión o fallida (OR:4.7 IC:1,5-14,5; $p<0,0009$) y punción femoral (OR: 4,9 IC: 1,1-22,6; $p: 0,04$). En el análisis multivariado solo tener reperfusión exitosa (OR:4,1 IC:1,3-12,9; $p: 0,002$) fue una variable independiente de ausencia de complicación durante la internación en UCIC. Al analizar los pacientes KK A reperfundidos con éxito, estos tuvieron 5,9% de complicaciones de las cuales el 57,1% se presentaron dentro de las 48hs y el restante fueron tardías.

Conclusión: Las complicaciones post IAM CEST son muy frecuentes, siendo la insuficiencia cardíaca la mas prevalente. Detectamos un grupo con menor riesgo de complicaciones, pero con una prevalencia aun elevada. Según este análisis, no sería prudente dar el alta de la UCIC a un IAM CEST luego de 24hs.

0505 - COMPARACIÓN DE STRAIN POR ECOCARDIOGRAMA Y RESONANCIA MAGNÉTICA EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Tomografía y Resonancia Magnética

Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

FAVINI, Agustin | VILLANUEVA, Eugenia | PÉREZ DE ARENAZA, Diego | FALCONI, Mariano Luis | BAGNATI, Rodrigo | GAGO, Mariela Fernanda | LARGO ZAPATA, Ivan Dario | PIZARRO, Rodolfo

Hospital Italiano de Buenos Aires

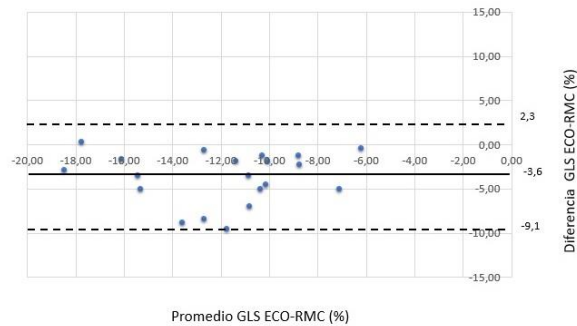


Grafico de Bland-Altman para el acuerdo entre el strain global longitudinal (GLS) por ecocardiografía (ECO) y resonancia magnética cardíaca (RMC).

Introducción: La amiloidosis cardíaca es una miocardiopatía infiltrativa donde particularmente se afecta la función de la fibra miocárdica. El speckle tracking por ecocardiografía (ECO) y el tissue tracking por resonancia magnética cardíaca (RMC) son técnicas avanzadas de evaluación de la función de la fibra miocárdica.

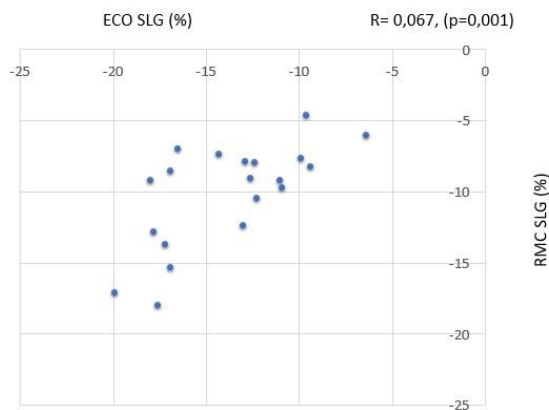


Grafico de correlación Pearson entre el strain global longitudinal (GLS) por ecocardiografía (ECO) y resonancia magnética cardíaca (RMC).

Objetivos: Comparar la medición de strain longitudinal global (SLG) por ECO y RMC en pacientes con amiloidosis cardíaca.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con amiloidosis cardíaca tipo AL o TTR que presentaban compromiso cardíaco. Se evaluó el strain por ECO con un equipo Philips Affiniti 70, y se analizó el strain global longitudinal (SGL) mediante el software QLAB 10 aCMqA.I. Dentro de los 45 días del ECO se realizó un RMC en la que se obtuvieron imágenes de cine-resonancia y se analizó el SGL (técnica de tissue tracking) mediante el software CVI 5.11. Se compararon ambas técnicas mediante el índice de correlación con test de Pearson, se desarrollaron gráficos de Bland-Altman para evaluar el acuerdo entre ambas técnicas. Se evaluó la asociación independiente mediante modelos de regresión lineal entre el daño estructural y el SGL por ECO y RMC. Se realizaron modelos de regresión lineal para el punto final de espesor parietal septal máximo (ES) por ECO (mm), índice de masa ventrículo izquierdo (LMVI) por RMC (g/m²) y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) por ambas técnicas y se incluyeron como variables independientes el SGL por ECO y RMC.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes con una edad promedio de 74 ± 13 años, 75% eran varones (n=15), la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) promedio por RMC fue de $55,0 \pm 11,7$ %, el espesor máximo promedio por ECO de $18,7 \pm 4,7$ mm, LMVI promedio por RMC $102,5 \pm 25,3$ g/m². El 35% de los pacientes (n=7) presentaban amiloidosis del tipo AL, y el 65% TTR (n=13). El SGL promedio por ECO ($-13,77 \pm -3,65\%$) y RMC ($-10,10 \pm -3,63\%$) fueron diferentes ($p < 0,001$). Se observó una correlación moderada y significativa del SLG entre ECO y RMC de 0,67 ($p = 0,001$). El acuerdo entre las dos técnicas en el gráfico de Bland-Altman fue pobre: con un intervalo de confianza del 95% de las diferencias entre ambas técnicas, los límites de acuerdo fueron del 9,1 a 2,38 (%) y una diferencia de -3,6 (%) de la RMC respecto al ECO. En el análisis univariado, tanto el mayor deterioro en el SGL por ECO y RMC se asoció con mayor ES, mayor LMVI y menor FEVI medida por ECO por medida por RMC. Sin embargo, en un modelo de regresión lineal múltiple solo el strain por RMC se asoció con mayor ES (coeficiente regresión 0,11, CI 95% 0,04-0,18, $p = 0,003$), LMVI (coeficiente regresión 5,45, CI 95% 1,54-9,36, $p < 0,001$), FEVI

por ECO (coeficiente regresión -1,78, CI 95% -2,93- -0,65 , p=0,005) , FEVI por RMC (coeficiente regresión -1,63, CI 95% -3,24- -0,02 , p=0,047).

Conclusión: Se observó una correlación moderada entre el SLG medido por ECO y RMC en paciente con amiloidosis con regular acuerdo entre ambas técnicas. El SLG por RMC presentó una buena asociación con el daño estructural en pacientes con amiloidosis cardíaca.

0508 - IMPACTO DE FUMAR CIGARRILLOS EN EL ECG DE PACIENTES PRE QUIRÚRGICOS

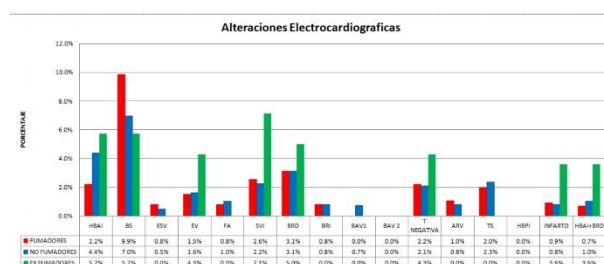
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

Unidad Temática 2: COVID-19

ACOSTA, Guillermo | **BARBERIS, Lorena Silvia** | IANNA, Hernán | PAULETTO, Tito Antonio | CAVANNA, Carlos Marcelo | RAMONDA, Maria Isabel | CADO, Cesar Alfredo

HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA



Introducción: El tabaquismo junto a la Hipertensión Arterial (HTA) y las dislipemia son los principales factores de riesgo para la mortalidad de adultos por enfermedades no transmisibles. Las investigaciones han demostrado que fumar aumenta la frecuencia cardíaca y la presión arterial inmediatamente de haber fumado, y además, crónicamente, es probable que otros componentes del consumo de cigarrillos, como el monóxido de carbono y el estrés oxidativo, contribuyan a la generación de arritmias, induzcan enfermedad arterial coronaria y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que también puede causar arritmia u otra alteración en el electrocardiograma (ECG), de forma independiente.

Objetivos: Demostrar cuáles son las alteraciones electrocardiográficas en los fumadores (F) que consultaron en forma programada a consultorio externo para la realización de un examen cardiovascular (ECV) y ECG pre-quirúrgico.

Materiales y Métodos: Como parte del ECV se realizó ECG convencional de 12 derivaciones. Los datos fueron ingresados a una base de datos. Para el análisis estadístico por tablas cruzadas, se consideró significativo un valor de $X^2 p < 0.05$. La cantidad de pacientes (Pac.) fue de 2754 con edad media de $45,7 \pm 17.9$ años, el 59.4 % mujeres (M), y el 40.6% hombre (H). El 31.3% (n=862) de los Pac. eran fumadores (F), el 63.3 % fumadores (No F) y el 5.08% (n=140) ex fumadores (Ex F).

Resultados: el promedio con (IC al 95%) de la Fc para F, No F y Ex F, fue de 70.8 (70-72), 72.8 (72-74), y 75.1 (72-78) lpm respectivamente, 70, 70.7, 52.1% eran compatibles con la normalidad, observándose bradicardia sinusal (BS) (<60 lpm) en el 9.9, 7.7 y 5.7%. El 2.2, 4.4 y 5.7% presentaban Hemibloqueo Anterior Izquierdo (HBAI). Se observó Fibrilación Auricular (FA) en el 0.8% en F y 1% en No F, Bloqueo AV (BAV) de 1er grado (intervalo PR>200 mseg) en el 0.7%, solamente en No F, Bloqueo de rama izquierda (BRI) en 0,8%, tanto en F y No F y Bloqueo de rama Derecha (BRD) en 3.1%, 3.1% y 5% respectivamente y la asociación entre BRD+HBAI en el 0.7, 1 y 3.6%. Taquicardia Sinusal (TS) en el 2% de los F y 2.3% de los No F. Se observó extrasístole ventricular 1.5, 1.6, y 4.3%. Extrasístole Supraventricular (ESV) en 0.8% de los F y 0.5% de los No F. Criterios de Sobrecarga de ventrículo

izquierdo (SVI) en 2.6, 2.2 y 7.1%. Las onda T negativas en otras derivaciones que no sean AVR y V1 en 1% de los F y 0.8% de los No F. Alteraciones en la repolarización ventricular (ARV) otra que no sea onda T negativa, en un 2.2, 2.1, y 4.3%; y secuela de Infarto/necrosis en el 0.9, 0.8 y 3.6% en F, No F y Ex F, respectivamente.

Conclusión: No hubo diferencias en los ECG normales de No F con relación a fumadores, si hubo menos en los Ex Fumadores, que además evidenciaron una significativa mayor prevalencia de alteraciones en el ECG con excepción de BS, ESV,FA, BRI y BAV, ARV y TS.

0509 - TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CUELLOS AÓRTICOS HOSTILES MEDIANTE ENDOANCHORS. EXPERIENCIA INICIAL

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Patología de La Aorta

Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular

FERRER, Miguel (1) | **ESPERON, Alejandro**(2) | **FERREIRA, Luis Mariano**(1) | **GONZÁLEZ DUARTE, Santiago**(2) | **LA MURA, Ricardo**(1)

Clínica La Sagrada Familia (1); Hospital de Clínicas de la Ciudad de Montevideo, Uruguay (2)



Introducción: A pesar de los avances, no está claramente definida la estrategia endovascular a emplear en aneurismas de la aorta abdominal (AAA) infrarrenal con cuellos proximales hostiles. El Heli-FX™ EndoAnchor™ system es un dispositivo que parece optimizar el sellado proximal de la endoprótesis sin agregar morbilidad significativa para el paciente ni el operador, y hasta el momento ha demostrado resultados prometedores.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia con esta técnica, sus distintas indicaciones y seguimiento tanto clínico como anatómico.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico internacional retrospectivo de pacientes tratados mediante EndoAnchors (ESAR, endosuture aneurysm repair) en dos centros universitarios entre mayo de 2017 y mayo de 2019,

ya sea en forma primaria con colocación concomitante de endoprótesis o secundaria como reintervención en pacientes con endoprótesis previa. Se incluyeron solo pacientes con tomografía preoperatoria y seguimiento mínimo de 12 meses. Se compararon distintos diámetros de la aorta para-visceral y el objetivo primario a analizar fue el comportamiento del segmento aórtico para-visceral y del saco aneurismático. Se realizaron mediciones a nivel de tronco celíaco, arteria mesentérica superior, de la arteria renal superior, renal inferior (A4), 1 cm por debajo de A4 (A5), y saco aneurismático(A6). Para cada una de estas mediciones, se realizaron dos registros: preoperatorio y seguimiento a 12 meses. Se realizó el mismo análisis a un grupo control de pacientes con cuellos favorables tratados mediante EVAR (endovascular aneurysm repair) estándar durante el mismo período.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes (74,4 años) y un seguimiento de 18,6 meses. De los 11 pacientes del grupo ESAR, en 6 (54,5%) el uso de EndoAnchors fue concomitante con el EVAR [subgrupo ESAR 1, cuello corto (n=2), cuello ancho (n=1) y cuello cónico (n=3)], mientras que en los 5 restantes la indicación fue como reintervención en un EVAR previo [subgrupo ESAR 2, por migración (n=1), endoleak IA (n=1) y prevención de dilatación del cuello en presencia de un endoleak tipo 2 (n=3)]. De todos los diámetros analizados, el comportamiento fue similar entre los grupos tratados con EndoAnchors y en los que solo se realizó EVAR, con excepción del A5. Mientras que en el grupo ESAR el cuello aórtico se mantuvo estable ($30,91 \pm 8,53$ vs $32,27 \pm 10,46$ mm ($p=.16$), en el grupo EVAR sufrió un crecimiento estadísticamente significativo. [$25,18 \pm 5,55$ mm vs $27,45 \pm 6,64$ mm ($p=.01$)]. Por otro lado, el saco aneurismático demostró una reducción a 12 meses en ambos grupos.

Conclusión: El hallazgo de la similar evolución en la aorta yuxtarenal entre los grupos con y sin EndoAnchors a pesar de las características desfavorables que poseían los pacientes de este último grupo (ESAR) posiciona a esta técnica como prometedora para pacientes con alto riesgo de endoleak IA o migración. Además, la diferencia en el comportamiento del segmento infrarenal habla de la efectividad de los EndoAnchors a la hora de asegurar el cuello proximal y prevenir sus complicaciones asociadas. Los resultados a 12 meses demostraron un achicamiento significativo del saco aneurismático en ambos grupos, sin casos de reintervención ni complicaciones

0510 - EMPLEO DE CARDIODEFIBRILADOR IMPLANTABLE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DETERIORO SEVERO DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR. UN SUBANÁLISIS DEL REGISTRO OFFICE IC AR.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Imágenes.20

SORICETTI, Julieta | ECHAZARRETA, Diego Federico | LINIADO, Guillermo Ernesto | AGUILAR, Edgar Ricardo | FERNÁNDEZ, Darío Alberto | CIMBARO CANELLA, Juan P. | ROJAS, Angel Benjamin | MARINO, Javier Claudio

Consejo de Insuficiencia Cardíaca e hipertension pulmonar, SAC

Introducción: Las guías de práctica clínica recomiendan el implante de un cardiofibrilador (CDI) en los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) $\leq 35\%$. Entre 2017 y 2019 fueron incluidos pacientes con IC crónica en el registro OFFICE IC AR

Objetivos: definir la prevalencia de uso de CDI en los pacientes con indicación, y los factores asociados a su colocación.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de cohorte. Las variables categóricas se expresan como porcentaje y las cuantitativas como mediana y rango intercuartilo. Regresión logística simple y múltiple para definir variables independientemente asociadas al empleo de CDI. Se asume significación estadística con $p < 0.05$.

Resultados: Entre los 1016 pacientes (p) incluidos, la FEVI se conoció en 951, de los cuales 510 (53,6%) tenían FEVI $\leq 35\%$, de ellos 162 (el 31,8%) tenían colocado un CDI. Comparados con aquellos sin CDI, los pacientes con CDI presentaron mayor prevalencia de sexo masculino (88,3% vs 76,1%, $p=0.001$) pero no difirieron en la edad: 65 (58-71) vs 66 (55-73) años, p NS. En los pacientes con CDI fue mayor la etiología coronaria (51,9% vs 36,8%, $p=0.001$) y la chagásica (10,5% vs 5,2%, $p=0.027$); más frecuente el antecedente de internación previa por IC (74,7% vs 62,4%, $p=0.006$) y el tiempo de evolución del cuadro clínico: 48(24-84) vs 24 (10-56) meses, $p<0.0001$. La proporción de pacientes con data de IC ≥ 3 años fue 69,8% vs 42,2% ($p<0.001$); la tensión arterial sistólica (TAS) fue menor: 110 (99-120) vs 112,5 (102-125,5) mm Hg, $p< 0.001$; al igual que la frecuencia cardíaca (FC) : 68 (60-74) vs 70 (63.5-78), $p=0.004$ y la presencia de ritmo sinusal (62,45 VS 75%, $p=0.003$). Sin diferencia en la prevalencia de trastornos de conducción. Los p.con CDI tuvieron peor FEVI: 26,5 (22-30) vs 29 (24,5-32), $p=0.019$. Presentaron menor uso de inhibidores o antagonistas del sistema renina angiotensina (43,8% vs 54,3%, $p=0.027$), pero mayor

uso de sacubitril valsartán (46,3 % vs 35,6%, $p = 0.022$) y difirieron en el empleo de amiodarona: 49,4% vs 20,1%, $p < 0.001$. Los p.con CDI más frecuentemente tuvieron cobertura de prepago y menos estatal (28,4% y 6,8% vs. 19,3% y 13,4% $p=0.014$). En análisis multivariado fueron factores independientes asociados al uso de CDI :sexo masculino (OR 2,75, IC 95% 1,46-5,20, $p=0.002$), la etiología coronaria (OR 2,73, IC 95% 1,65-4,52, $p<0.001$), data de IC ≥ 3 años (OR 3,12, IC 95% 1,94 -5,01, $p<0.001$), la TAS (OR 0,97, IC 95% 0,95-0,98, $p < 0.001$), no estar en RS (OR 1,73, IC 95% 1,06-2,82, $p=0.027$), la cobertura prepaga (OR 3,29, IC 95% 1,34-8,08, $p=0.009$) y el uso de amiodarona (OR 3,30, IC 95% 2,08-5,24, $p<0.001$).

Conclusión: En este registro , la tercera parte de los pacientes con FEVI $\leq 35\%$ tienen implantado un CDI. Predomina su empleo en hombres, con IC de etiología coronaria y datos que implican mayor compromiso: internación previa, tiempo de evolución más prolongado, tensión arterial menor, ausencia de ritmo sinusal, necesidad de antiarrítmicos; el nivel de cobertura médica es un fuerte determinante de la posibilidad de acceso al dispositivo.

0511 - RESULTADOS A CORTO PLAZO DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN ANEURISMAS DE AORTA ROTOS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Enfermedad Vascular Periférica

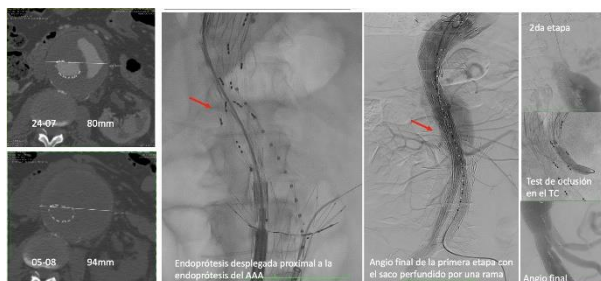
Unidad Temática 2: Patología de La Aorta

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

Clínica La Sagrada Familia

Introducción: La ruptura de un aneurisma de aorta abdominal (AAA) o torácico (AAT) es una complicación devastadora y prevenible a partir de una enfermedad silente. A pesar del tratamiento endovascular (TEV), las cifras de mortalidad persisten elevadas.

Objetivos: Analizar nuestros resultados a 30 días para el TEV para AAA y AAT rotos.



Materiales y Métodos: Recolectamos en forma retrospectiva los pacientes que ingresaron por AAA o AAT rotos entre mayo de 2016 y mayo de 2020 en un solo centro. Excluimos a aquellos tratados mediante cirugía abierta (CA) o que fallecieron antes de ser operados. Analizamos la tasa de mortalidad y reintervención a 30 días. También comparamos dos subgrupos, aquellos que poseían un aneurisma sin tratamiento previo, de aquellos que ya poseían implantada una endoprótesis. Asimismo, se comparó con un selecto grupo de pacientes tratados en forma programada mediante técnicas estándar.



Resultados: Se incluyeron 25 pacientes (76 años). Nueve de ellos (36%) ya poseían un tratamiento endovascular previo. El diámetro del saco aneurismático promedio preoperatorio fue de 93,32 mm (86,6mm sin tratamiento previo vs 105,3 mm con tratamiento previo). La anestesia local fue el método más utilizado (76%). La mortalidad a 30 días fue de 24% (4 pacientes sin tratamiento previo (25%) vs 2 con tratamiento previo (22%); p.08). Sólo el 8% de los pacientes (1 paciente en cada grupo) requirieron reintervención durante la hospitalización. En el mismo período, la mortalidad y reintervención a 30 días en los pacientes en quienes se realizó tratamiento estándar en forma programada fue de 0 y 2,32% (en comparación al grupo de rotos; p<.001), respectivamente.

Conclusión: El tratamiento endovascular se mantiene como una terapia prometedora en pacientes con AAA o AAT rotos. Las tasas de mortalidad y reintervención a 30 días permanecen aceptables lo cual posiciona al abordaje endovascular como el tratamiento de primera línea en estos pacientes. La diferencia significativa con las cifras relacionadas al tratamiento programado obligan a reforzar las medidas de rastreo para detección y tratamiento precoz. Por otro lado, un alto porcentaje de pacientes con aneurismas rotos presentan un tratamiento endovascular previo, señal que debe llamar la atención en cuanto a la indicación primaria y seguimiento de estos pacientes.

0512 - VALOR PRONÓSTICO DE LA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA EN LA ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA DE MIEMBROS INFERIORES REVASCULARIZADA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Enfermedad Vascular Periférica

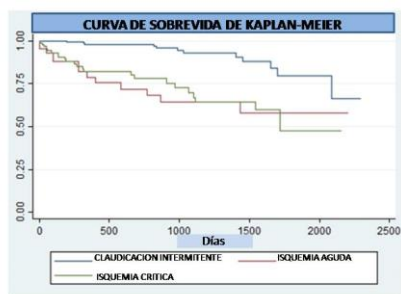
Unidad Temática 2: Medicina Vascular

GARAGOLI, Fernando Damián | CHIABRANDO, Juan Guido | VALLE RALEIGH, Juan | **CORNA, Giuliana** | CHAS, José Gaspar | DR. RABELLINO, José Martín | ROJAS MATAS, Carlos Alberto | BLURO, Ignacio

Hospital Italiano de Buenos Aires

Variables	Claudicación intermitente n = 173 (56.0%)	Isquemia crítica n = 91 (29.4%)	Isquemia aguda n = 45 (14.6%)	p
Edad (años)	71.8 ± 9.6	70.1 ± 13.0	75.7 ± 12.1	<0.01
Sexo masculino	118 (68.2%)	58 (63.7%)	24 (53.3%)	0.17
Revascularización endovascular	157 (90.8%)	72 (79.1%)	26 (57.8%)	<0.01
Antecedentes				
Hipertensión arterial	144 (83.2%)	77 (84.6%)	36 (80.0%)	0.80
Diabetes	45 (26.2%)	42 (46.7%)	7 (15.6%)	<0.01
Dislipemia	130 (75.1%)	57 (62.6%)	15 (33.3%)	<0.01
Tabaquismo actual o pasado	122 (70.5%)	46 (50.5%)	20 (44.4%)	<0.01
Insuficiencia renal crónica	31 (17.9%)	26 (28.6%)	3 (6.7%)	<0.01
BMI>25	107 (61.9%)	58 (63.7%)	26 (57.8%)	0.80
Fibrilación auricular	21 (12.1%)	19 (20.9%)	12 (26.7%)	0.03
Insuficiencia cardíaca	17 (9.8%)	11 (12.1%)	6 (13.3%)	0.73
Infarto de miocardio	42 (24.3%)	23 (25.3%)	3 (6.7%)	0.02
Accidente cerebrovascular	18 (10.4%)	9 (9.9%)	2 (4.4%)	0.46
Revascularización periférica	49 (28.3%)	30 (33.0%)	8 (17.8%)	0.19

Introducción: La enfermedad vascular periférica (EVP) de miembros inferiores es una importante causa de morbi-mortalidad, la cual se manifiesta a través de diferentes síndromes clínicos. Existe escasa información acerca de las características y pronóstico de la misma en función de la forma de presentación clínica.



Objetivos: El objetivo del presente estudio es evaluar las características y el pronóstico de una cohorte de pacientes con EVP revascularizada en función de la forma de presentación clínica.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, de cohorte retrospectiva, en el que se incluyeron pacientes con EVP revascularizada. Se consideró EVP sintomática a las siguientes formas de presentación clínica: claudicación intermitente (CI), isquemia crítica (IC) e isquemia aguda (IA). Se realizó un análisis descriptivo y de supervivencia, y se evaluó la asociación entre la forma de presentación clínica y la mortalidad, necesidad de amputación y ocurrencia de infarto agudo de miocardio (IAM) y accidente cerebrovascular (ACV) en el seguimiento aplicando un modelo de riesgos proporcionales de Cox que fue ajustado por variables de interés clínico.

Resultados: Se incluyeron 309 pacientes consecutivos. Las características de la población general se resumen en la Tabla 1. La mediana de seguimiento fue de 1.87 años (IQ 25-75: 0.72-3.67 años). La mortalidad cada 100 pacientes/año fue de 14.2 (IC 95%: 8.0-24.1) en pacientes con IA, 13.1 (IC 95%: 8.8-19.7) en el grupo con IC y 2.9 (IC 95%: 1.6-5.1) en aquellos con CI, ($p < 0.01$) (Figura 1). La mortalidad fue similar entre los pacientes con IA e IC ($p=0.67$). Los pacientes con IC presentaron mayor requerimiento de amputación (27.5%), en comparación con la IA (11.1%) y la CI (1.16%), ($p < 0.01$). En relación a la ocurrencia de IAM en el seguimiento no existió una diferencia estadísticamente significativa entre los tres grupos ($p = 0.45$), mientras que el ACV fatal fue más prevalente en la IA (6.7% versus CI: 0%, IC: 2.2%, $p < 0.01$).

Conclusión: Si bien la CI es la forma de presentación clínica más frecuente de la EVP revascularizada, los pacientes con IA e IC tienen mayor morbi-mortalidad. Aunque la mortalidad fue similar entre estos dos últimos grupos, los pacientes con IC fueron amputados con más frecuencia, y el ACV fatal fue más prevalente en los pacientes con IA, probablemente secundario a la mayor presencia de FA en éstos.

0513 - SÍNCOPE EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVALUACIÓN DE RIESGO.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Síncope y Muerte Súbita

VENTURA, Angeles | **FANILLA, Martin Ernesto** | BERNAL, Maico Ignacio | GARCIA TORO, Sol | BANCHIO DAL BÓ, María Josefina | BRAVER, Micaela | GIUNTA, Gustavo

Fundación Favaloro

Introducción: El síncope es un motivo frecuente de consulta en el departamento de emergencias. Sin embargo, el manejo del mismo no está estandarizado, la utilidad de los scores de riesgo y la identificación de predictores de riesgo no está tan clara en nuestro medio.

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes (pac) que consultan a nuestro centro, así como también comparar los puntajes CSRS, OESIL y ESGYS en los pacientes que presentan eventos adversos el seguimiento.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de cohorte en el marco del departamento de emergencias de un hospital universitario, con el consentimiento del comité de bioética institucional. Se incluyeron 131 pac consecutivos entre mayo del 2018 y junio del 2020. Se excluyeron pac con alteración cognitiva posterior al síncope, quienes hayan presentado crisis tónico-clónica que precedan al episodio o antecedentes de convulsiones/epilepsia. Se analizaron las características clínicas, la evaluación inicial en el departamento de emergencia y la ocurrencia de eventos adversos, considerados como muerte, colocación de marcapos, arritmia fatal, infarto y/o revascularización miocárdica. Se evaluó la interpretación clínica etiológica inicial, y se consideraron los criterios de alto riesgo de la guía ESC 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento del síncope.

Resultados: Se analizó un total de 131 pac, con una media de edad de 65.6 años, 63% hombres. Como antecedentes cardiológicos, 39.7 % tenían antecedentes de síncope previos, 8.4% había tenido insuficiencia cardíaca, 13% miocardiopatía previa (predominantemente isquémico-necrótica). Al ingreso, 90 pac (68.7 %) presentaron pródromos, 23 pac (17.5 %) presentaron ortostatismo, 45 traumatismo encefalo-craneano (34.3%) y solo 6 (4.5 %) tuvieron masaje del seno carotídeo positivo. En la evaluación inicial 53% de los pac se interpretaron como síncope de probable origen cardiogénico y el restante como no cardiogénico (vasovagal/neuromediado). 9.9% de los pacientes tuvieron TUS elevada, 35.88 bloqueos del sistema de conducción evidenciados por ECG. Se tomó la decisión de internación en el 79.4% de los casos de los cuales el 95% se internaron en nuestra institución y el restante tuvo que ser derivado a otro centro o solicitaron el alta voluntaria. El 53% fueron interpretados por el médico tratante como de causa cardiogénica y el resto como no cardiogénica. Se confirmó el diagnóstico de síncope cardiogénico en 47 pac (35%): 20 por bradiarritmias, 11 por taquiarritmias, 2 por estenosis aórtica severa, 2 por tromboembolismo pulmonar, 3 por hipersensibilidad del seno carotídeo y 7 por enfermedad asociada (todos revascularizados en la internación o en diferido) y 2 por taponamiento cardíaco. Hubo 4 óbitos, de los cuales solo 2 tuvieron diagnóstico de síncope cardiogénico (taquicardia ventricular e insuficiencia cardíaca. El resto de los pac internados, 37(30%) se diagnosticaron como no cardiogénicos y 47 (35%) pac se interpretaron como síncope de origen desconocido. En una comparación de los pac internados vs. los que fueron dados de alta desde el departamento de emergencias, los pac internados tuvieron scores de riesgo más altos (CSRS -1.44 vs 1.98 (p <0.001), OESIL 0.66 vs 2.05 (p<0.001) y ESGYS 0.77 vs 2.97 (p<0.001). En los pacientes que presentaron eventos adversos en el seguimiento se observó una diferencia una diferencia en cuanto a los scores CSRS (0.73 vs 2.46; p<0.001), OESIL (1.56 vs 2.19; p<0.01) y ESGYS (1.95 vs 3.78; p<0,001). Solo 8 pacientes (6%) tuvieron recurrencias de síncope en el seguimiento.

Conclusión: Este estudio describe las características clínicas los pac con síncope en nuestro medio, su manejo (alta tasa de internación), y la utilidad de puntajes de riesgo para discriminar los pacientes con mayor riesgo de eventos en el seguimiento.

0514 - STRAIN MIOCARDICO EN ALTO RENDIMIENTO DEPORTIVO: EL SOBREPESO COMO LIMITANTE DE LA DEFORMACION MIOCARDICA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Medicina Del Deporte

Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

ONTIVERO, Jeremias Daniel (1) | **SCIOLINI, Sabrina**(2) | **PULMARI, Camilo Ariel**(2) | **MORBIDONI, Juan**(2) | **FRONTERA, Esteban**(1) | **PLOGER, Claudio**(1) | **PAZ, Federico Guillermo**(1) | **LOMBARDERO, Martín**(2)

Clínica Pasteur (1); Sanatorio de la Trinidad San Isidro (2)

Introducción: El corazón de individuos con sobrepeso debería "sufrir" mas en la practica de un deporte de alto rendimiento

Objetivos: Conocer si individuos con sobrepeso que participaron de una competencia de alto rendimiento deportivo, tienen menor deformación miocárdica.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, de corte transversal, analítico, inclusión de 47 individuos que completaron Tetratlón de 84 km, realizado el 24 de agosto del año 2019, en San Martín de los Andes, provincia de Neuquén, Argentina. Previo y posterior a la carrera, se realizaron mediciones antropométricas y ecocardiográficas con ecógrafos Philips CX 50, el strain fue medido en estación de trabajo con Software QLAB 13. Se clasificaron según índice de masa corporal (IMC).

Resultados: Sobre un total de 47 individuos: IMC normal 53,19 % (n:25) y sobrepeso 46,80 % (n:22). Los individuos con sobrepeso tenían valores basales de strain auricular izquierdo y biventricular y postesfuerzo tuvieron caída significativa del strain auricular izquierdo y biventricular, a diferencia del grupo IMC normal.

Conclusión: Los individuos con sobrepeso tuvieron mayor caída porcentual en los índices de deformación miocárdica inmediatamente después de un ejercicio de alto rendimiento comparados con aquellos con índice de masa corporal normal

0515 - INSUFICIENCIA CARDÍACA AMBULATORIA EN ARGENTINA. DATOS DEFINITIVOS DEL REGISTRO OFFICE IC AR

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Imágenes.20

BARISANI, José Luis (1) | PERNA, Eduardo Roque(2) | MARINO, Javier Claudio(1) | CORONEL, María Lorena(2) | CIMBARO CANELLA, Juan P.(2) | PEREIRO GONZÁLEZ, Stella Maris(1) | TERNES, Paula(1) | THIERER, Jorge(1)

Consejo de Insuficiencia Cardíaca e hipertension pulmonar, SAC (1); Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral" (2)

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es una patología de alta incidencia y prevalencia que implica altos costos y mortalidad. Datos de la vida real son esenciales para implementar políticas de salud adecuadas.

Objetivos: OBJETIVO: describir las características basales, formas de presentación y patrones de tratamiento de pacientes con IC crónica ambulatoria, así como las barreras para la implementación de las medidas recomendadas por las guías de práctica.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de cohorte de la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de Cardiología que incluyó pacientes (p) con IC crónica ambulatoria, con seguimiento planificado a los 2 años. Iniciado en 2017, el reclutamiento se completó en diciembre de 2019. Las variables categóricas se expresan como porcentaje, las variables cuantitativas como media y la desviación estándar. Se asume significación estadística con $p < 0.05$.

Resultados: Participaron 100 cardiólogos de todo el país y se incluyeron 1016 p. El 74,6% eran hombres y la edad media fue 65 ± 12 años. Etiología: isquémica 371 p (36,5%), idiopática 141 p (13,9%), hipertensiva 76 p (7,5%), valvular 93 p (9,7%) y chagásica 61 p (6,4%). La mayoría de los p (834, 82,1%) están en la clase funcional NYHA I-II y 627 (61,7%) tenían antecedente de hospitalización por IC. Tenían hipertensión 677 p (66,6%), diabetes 304 (29,9%), enfermedad respiratoria crónica el 13,4%, enfermedad tiroidea el 16,6% e insuficiencia renal el 22,1%. El promedio de presión arterial sistólica fue 115 ± 16 y el de frecuencia cardíaca 69 ± 10 latidos/min. Los péptidos natriuréticos se midieron en el 30,4% de los casos, y en 76,1% se realizó una prueba para diagnosticar la etiología coronaria. El 10,9% de los pacientes tenía cobertura médica estatal; el 65,3% seguridad social y el 23,8% cobertura privada. La fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) se conoce en 951 p (93,6%), con una media de $36,5 \pm 12,5\%$; el 68,4% tiene IC con FEVI reducida ($<40\%$), 16,1% IC en el FEVI de rango medio (41-49%) y 15,5% IC con FEVI preservada ($>50\%$). El aumento de la FEVI se asoció a mayor edad ($p = 0.02$), sexo femenino ($p < 0.001$), mayor presión arterial sistólica ($p < 0.001$), disminución de la etiología coronaria y chagásica y aumento de la hipertensiva y valvular ($p < 0,001$). Tratamiento: diuréticos 694 p (68,3%), antialdosterónicos 798 p (78,3%), inhibidores del sistema renina angiotensina 619 p (60,9%), sacubitrilo-valsartán 292 p (28,7%), betabloqueantes 906 p (89,2%), estatinas 587 p (57,6%), digoxina 11,4%, ivabradina 5,3%, hidralazina-nitrato en 1,9%. Estaban anticoagulados 366 p (36%), pero sólo el 6,2% usaba anticoagulantes orales directos. El uso de antagonistas neurohormonales disminuyó con el aumento de la FEVI, pero también fue elevado entre los pacientes con FEVI preservada. El ritmo cardíaco fue sinusal en 703 p (69,2%) y fibrilación auricular en 230 (22,6%). Entre los pacientes con FEVI reducida el 17,7% tenía un cardiodesfibrilador implantable (CDI), el 1,9% terapia de resincronización cardíaca (TRC) y el 10,6% CDI-TRC.

Conclusión: El registro describe los perfiles clínicos y terapéuticos de pacientes argentinos con IC. Refleja la población y la práctica cardiológica de especialistas vinculados a sociedades científicas líderes, con datos similares a los de otros registros internacionales. La IC con FEVI reducida es altamente predominante. Más del 40% de los casos se deben a etiología coronaria o hipertensiva mientras que la prevalencia de etiología chagásica es baja. El uso de antagonistas neurohormonales es frecuente en todo el rango de FEVI.

0517 - ¿CONDUCTA EXPECTANTE O CIRUGÍA TEMPRANA EN LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA ASINTOMÁTICA?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Valvulopatías

Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular

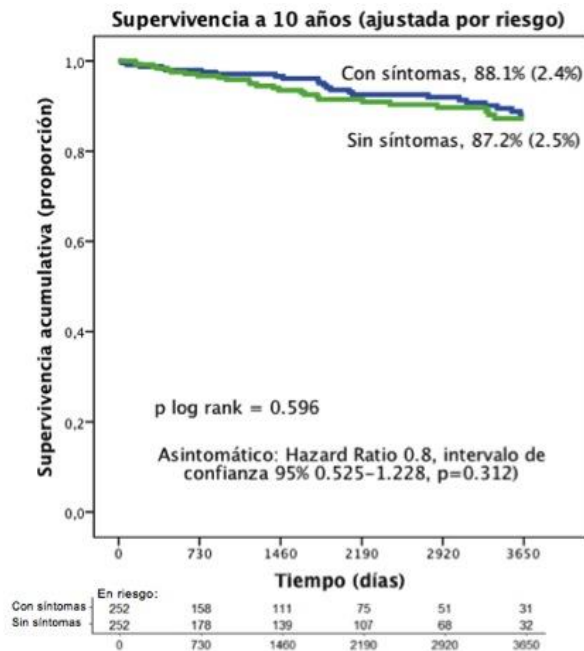
ESPINOZA, Juan Carlos | TRIVI, Marcelo | SEOANE, Leonardo | CAMPORROTONDO, Mariano | PICCININI, Fernando | BOSIO LUTZ, Gustavo | DOMINGUEZ PACE, Maria Paz | NAVIA, Daniel

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Existe incertidumbre sobre la evolución alejada de la cirugía de la estenosis aórtica severa en pacientes asintomáticos. Sin embargo, el riesgo no ha sido evaluado exhaustivamente.

Objetivos: Evaluar la morbi-mortalidad temprana (30 días) y alejada (10 años) del reemplazo valvular aórtico en pacientes con y sin síntomas.

Materiales y Métodos: El diseño es una cohorte retrospectiva reclutada entre mayo de 2003 y 2018 (n=1.269), en la cual se incluyeron consecutivamente pacientes con estenosis aórtica severa con riesgo predictivo (Euroscore II) bajo, intermedio y alto, que fueron al reemplazo valvular con o sin revascularización miocárdica asociada. Se comparó la mortalidad temprana y alejada según la presencia (Grupo 1 (G1) n = 1.012) o no (Grupo 2 (G2) n = 257) de síntomas previos a la cirugía. El punto final primario fue la morbi-mortalidad a 30 días y a 10 años. En G1 fueron más propensos a ser hombres (p=0,001), más jóvenes (70 vs 65 años, p<0,01), con mayor prevalencia de ritmo sinusal (p=0,023), menor frecuencia de infarto previo (p=0,01), ATC previa (p=0,029), EPOC (p=0,025), anemia previa (p<0,001), menos diabéticos (p=0,012) y menor disfunción ventricular izquierda (p=0,019). Para ajustar por el riesgo basal, se realizaron 3 técnicas estadísticas: propensity score matching (análisis paramétrico, n=504), regresión proporcional multivariada de Cox (paramétrico, n=1.269), y un random survival forest (análisis no paramétrico, bootstrap 36% sobre 5000 árboles de clasificación, n=1.269). El análisis de tiempo-evento se realizó según Kaplan-Meier. Se usó valor p <0,05.



Resultados: La mortalidad a 30 días no fue diferente entre G1 y G2 (3,3% vs 1,6%, $p=0,214$). Ajustado por riesgo (propensity matched) no hubo diferencia (3,6% vs 1,6%, $p=0,261$). La supervivencia a 10 años fue mayor para el G1 ($84,3\% \pm 1,3\%$ vs $87,4 \pm 2,4\%$, $p \log \text{rank}=0,006$), ajustado por confundidores no hubo diferencias ($88,1\% \pm 2,4\%$ vs $87,2\% \pm 2,5\%$, $p=0,596$). El modelo de regresión de Cox identificó a la edad ($p<0,001$), tiempo de CEC ($p<0,001$), cirugía cardíaca previa ($p=0,003$) e insuficiencia renal crónica ($p=0,006$) como predictores independientes de mortalidad a 10 años. La ausencia de síntomas no fue identificada como un determinante de supervivencia a 10 años (Hazard Ratio 0,8, IC 95% 0,525-1,228, $p=0,312$). Más aun, por cada año que se retrasa el tratamiento quirúrgico se aumenta el riesgo de muerte a 10 años en un $8,1\% \pm 0,9\%$ (HR 1,09, IC95% 1,07-1,11, $p < 0,001$). El análisis no paramétrico de supervivencia (random survival forest) identificó como el principal determinante de la supervivencia a 10 años a la edad (Vimp $>0,045$), seguida del tiempo de CEC (Vimp $\sim 0,01$) y anemia preoperatoria (Vimp $\sim 0,005$). La presencia o ausencia de síntomas al momento de la cirugía no tuvo impacto en la supervivencia alejada (Vimp $<0,00003$).

Conclusión: El reemplazo valvular aórtico es seguro tanto en pacientes sintomáticos como asintomáticos con similar mortalidad alejada. El impacto de retrasar la cirugía aumenta el riesgo de muerte alejada en forma significativa.

0520 - BLOQUEO A-V LUEGO DEL REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO ¿CUÁNDO CONVIENE IMPLANTAR EL MARCAPASOS DEFINITIVO?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

Unidad Temática 2: Valvulopatías

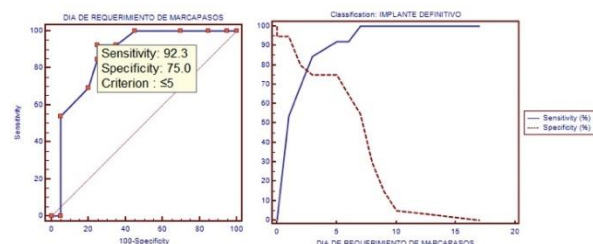
ESPINOZA, Juan Carlos | LALOR, Nicolas | REVELO CHAMORRO, Nathalia | CHIAPPE, Miguel | PICCININI, Fernando | VRANCIC, Juan Mariano | NAVIA, Daniel

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: El reemplazo valvular aórtico puede resultar en mayor alteración del sistema de conducción requiriendo la utilización de marcapaso transitorio durante el posoperatorio inmediato, e incluso en ciertos casos alcanzar la necesidad de la colocación de un dispositivo definitivo. Sin embargo se desconoce cuál es el momento óptimo durante el posoperatorio para implantar el marcapasos.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo fue el de identificar cuántos días de requerimiento del marcapasos transitorio luego del reemplazo valvular aórtico predicen el implante definitivo del mismo.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo con análisis prospectivo de 294 pacientes consecutivos con reemplazo valvular aórtico. Se realizó el análisis sensibilidad y especificidad mediante curvas ROC para determinar el momento óptimo. Se realizó el cálculo del tamaño muestral mínimo esperando un Área Bajo la Curva = 0,8, y asumiendo un error tipo I = 0,05 y tipo II = 0,20, y una incidencia de requerimiento de marcapasos definitivo del 10%. El número mínimo calculado fue de 28 pacientes por grupo.



Resultados: Se incluyeron 294 pacientes, de los cuales 33 (10,8%) requirieron de marcapasos transitorio y 20 (6,8%) de ellos la colocación del marcapasos definitivo. La sensibilidad al primer, quinto y séptimo día posoperatorio para predecir el implante definitivo fue de 53,85% (IC 95% 25,1% – 80,8%), 92,31% (IC95% 64,0% – 99,8%) y, 100% (IC95% 75,3% – 100%) respectivamente ($p < 0,001$). Mientras que la especificidad al primer, quinto y séptimo día posoperatorio para predecir el implante definitivo fue de 95% (IC95% 75,1% – 99,9%), 75% (IC 95% 50,9% – 91,3%) y, 55% (IC95% 31,5% – 76,9%) respectivamente ($p < 0,001$). El área bajo la curva ROC fue de 0,869 (IC 95% 0,706 – 0,961 $p < 0,001$). Mediante el análisis de curvas ROC se obtuvo como punto de corte óptimo (Índice J de Youden) el quinto día de requerimiento del marcapasos.

Conclusión: A partir de estos resultados, el momento óptimo para el implante del marcapasos definitivo parecería ser el quinto día de requerimiento de marcapasos transitorio durante el posoperatorio de cirugía cardíaca valvular. Sin embargo parecería prudente que la decisión del implante definitivo no se tome antes del tercer día dada la baja sensibilidad para diagnosticar una arritmia irreversible; ni después del séptimo día dado que no hemos observado que exista alguna recuperación del ritmo propio luego del mismo.

0521 - PSEUDHIPERTENSIÓN ARTERIAL: PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE SU COMPORTAMIENTO EN EL MONITOREO DE PRESIÓN DE 24 HORAS DE HIPERTENSOS RESISTENTES Y REFRACTARIOS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Hipertensión Arterial

DE CECCO, Fabian Alfredo | SORHANET, Sandra Elisabet | PASTORE, Francisco Alberto | LLOIS, Susana Claudia | MIGLIORE, Ricardo Alberto

Hospital General de Agudos Eva Peron de san Martin

Introducción: La pseudohipertensión (PsH) es una condición clínica cuyo conocimiento amerita, un enfoque diferente en la hipertensión arterial (HTA).

Objetivos: Evaluamos la prevalencia de PsH en un grupo de pacientes (pac) con hipertensión resistente (HRs) y con hipertensión refractaria (HRf), así como también sus características clínicas y comportamiento en el monitoreo ambulatorio de presión arterial de 24 horas (MAPA).

Materiales y Métodos: A partir de 264 pac hipertensos en seguimiento, se estudió una muestra de 46 pac (17,4 %) con diagnóstico de HRs, de estos 17 pac presentaban HRf (6,4%). Se consideró PsH cuando el pac presentaba un valor de presión arterial (PA) mayor o igual a 140/90 mmHg en el promedio de 3 mediciones de consultorio y un MAPA con promedios de PA normales. Definimos dos grupos: A) HRs o HRf verdaderos ($n = 34$) y B) HRs o HRf con PsH ($n = 12$). Fueron analizados los factores de riesgo asociados y el comportamiento en el MAPA. Las variables cuantitativas se expresan como media o mediana, con S o rango y se compararon con el test de Student o el Test U de Mann Whitney. Las variables nominales se expresan como porcentajes y se compararon con el Test Exacto de Fischer.

Variable	Grupo A n 34	Grupo B n 12	P
Edad	62,6 ±10	63,8 ±13	NS
Sexo femenino	24 (70,5)	7 (58)	NS
DBT	9 (26,4)	6 (50)	menor a 0,01
Cantidad de antihipertensivos	4 (3-6)	3,5 (3-6)	NS
Presión arterial sistólica promedio	139 ±10,4	121 ±4,4	menor a 0.001
Presión arterial diastólica promedio	84 ±5,9	74,5 ±3,3	menor a 0.001
Presión de pulso promedio	55,6 ±6,6	46,3 ±2,8	menor a 0.001
Frecuencia cardíaca promedio	72,3 ±7,2	70,9 ±6,5	NS
Variabilidad	11 (32)	9 (75)	menor a 0,01

Resultados: La prevalencia de PsH en pac con HRs no difirió de la hallada en pac con HRf, 7 (24%) vs 5 pts (29%) p NS. Cuando se compararon los grupos A y B, no se hallaron diferencias significativas en cuanto a factores de riesgo tradicionales a excepción de una mayor prevalencia de diabetes (DBT). La tabla adjunta resume características y resultados del MAPA para ambos grupos: Entre paréntesis se expresan porcentajes y rangos.

Conclusión: 1. La prevalencia de PsH resultó alta, lo que destaca la utilidad del MAPA tanto en pacientes con HRs como aquellos con HRf. 2. El grupo con PsH presentó mayor prevalencia de DBT y variabilidad aumentada en la PA. 3. Lo antedicho sugiere un probable vínculo con mecanismos autonómicos que participan en el control de la PA de los pac con PsH.

0522 - INDICE DE TRABAJO SISTÓLICO DEL VENTRÍCULO DERECHO MARCADOR PRONÓSTICO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR E HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Tepapéutica

CARUSO, Nicolas (1) | **LESCANO, Adrián José**(2) | **ALVARADO, Alejandra**(1) | **LESCANO, Alejandro Javier**(1) | **SORASIO, Guillermina**(3) | **FARINA, Juan**(3) | **PRINCICH, Lilia Gabriela**(2) | **BORTMAN, Guillermo**(1)

Sanatorio Trinidad Mitre (1); Sanatorio Trinidad de Quilmes (2); Red de Clínicas Santa Clara (3)

	Grupo ITSVD bajo (ITSVD < 15.81) n = 80	Grupo ITSVD alto (ITSVD ≥ 15.81) n = 81	Valor de p
Edad (años)	61.1 ± 18.0	53.1 ± 17.6	0.003
Sexo femenino, n (%)	57 (71.2)	58 (71.6)	0.96
FC (latidos/minuto)	84.2 ± 11.3	77.5 ± 12.8	< 0.001
PAD (mmHg)	10.4 ± 4.9	8.1 ± 4.8	0.002
PAPm (mmHg)	40.6 ± 11.3	50.0 ± 12.7	< 0.001
IC (l/min/m2)	2.43 ± 0.6	3.81 ± 1.3	< 0.001
PW	10.1 3.0	11.1 5.3	0.12
RVP	8.7 ± 4.7	6.9 ± 4.1	< 0.001
ITSVD (g.m/m2/latido)	11.3 ± 2.8	27.6 ± 13.0	< 0.001

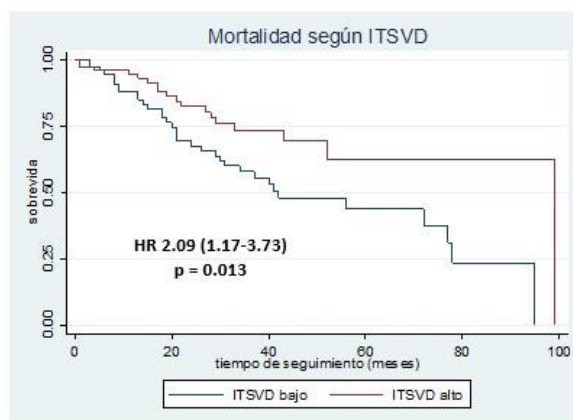
Introducción: La Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) es una enfermedad grave y progresiva, cuyo pronóstico se encuentra especialmente determinado por la capacidad de adaptación del ventrículo derecho. La reducción de los índices de trabajo sistólico ventricular derecho e izquierdo (ITSVD e ITSVDI) han sido identificados como parámetros hemodinámicos de mal pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada. Sin embargo, su utilidad pronóstica en los pacientes con HAP e Hipertensión Pulmonar Tromboembólica Crónica (HPTEC) se desconoce, ya que la evidencia existente es muy limitada y que éstos suelen presentar valores anormalmente elevados (valor normal 5-10 g.m/latidos.m2).

Objetivos: Determinar los valores de ITSVD en una población de pacientes portadora de HAP e HPTEC y sus implicancias en el pronóstico, en términos de mortalidad.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los cateterismos cardíacos derechos realizados a pacientes con diagnóstico de HAP y HPTEC (definidas como PAPm >20 mmHg, RVP > 3 Woods, Presión Wedge <15 mmHg) en 2 centros de referencia en hipertensión pulmonar (HP) de la Ciudad de Buenos Aires, desde enero de 2013 hasta Julio del 2020. El ITSVD se calculó mediante la fórmula: ITSVD (g.m/latidos.m2) = IVS (ml/m2) x (PAPm – PAD) (mmHg) x 0.0136 IVS: volumen sistólico indexado; PAPm: presión pulmonar media; PAD: presión auricular derecha. Se analizaron variables de edad, sexo y grupo etiológico de HP. Se dividió a los pacientes en 2 grupos de acuerdo con el valor de la mediana poblacional. Las variables de distribución normal se expresan como media ± DS y las de distribución anormal como mediana e intervalo intercuartiles (IIC). Se analizó la mortalidad en el seguimiento

por medio de estimaciones de Kaplan-Meier y modelos de riesgo de Cox. El análisis estadístico se realizó con el programa Stata 12.

Gráfico. Mortalidad total en función del ITSVD



Curvas de Kaplan-Meier para mortalidad, en función de grupos de ITSVD

Resultados: Se analizaron 175 cateterismos cardíacos derechos, 72% fueron mujeres, la edad promedio fue de 56.8 años y la etiología predominante fue idiopática en un 42.7%, asociados a cardiopatías congénitas 29%, CTEPH 13.7%, asociado a collagenopatías 9.7% y asociado a VIH 1.8%. La tabla muestra las características demográficas y hemodinámicas de la población, por encima y por debajo de la mediana. El grupo con ITSVD menor de 15.8 presentó mayor mortalidad en el seguimiento (hazard ratio para mortalidad 2.09, IC 95% 1.17-3.73; p = 0.013; Gráfico).

Conclusión: En nuestra población de pacientes con HAP y HPTEC, el ITSVD se perfila como un importante marcador pronóstico, con un valor de corte de 15.8 g.m/m²/latido. Se necesitan nuevos estudios prospectivos, que validen estos resultados y analicen la capacidad predictiva de morbilidad en comparación con otras variables.

0523 - ANÁLISIS DE LA SOBREVIVENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR ASOCIADA A VIH. DIFERENCIAS EN LA MORTALIDAD VS FORMAS IDIOPÁTICAS

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Terapéutica

ATAMAÑUK, Andrés Nicolás (1) | **GANDINO, Ignacio**(1) | **CALEGARI, Eliana Evangelina**(1) | **GOMEZ, Luis**(1) | **SANTUCCI, Jose Carlos**(2) | **ROLON, María José**(1) | **SISTO, Alicia**(1) | **LITEWKA, Diego Fabián**(1)

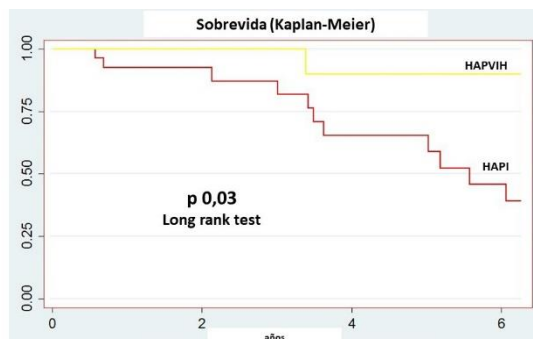
Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández (1); Hospital Universitario Austral (2)

Introducción: Los pacientes (p) infectados con VIH tienen mayor riesgo de desarrollar Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP), y de morir a causa de esta. Este subtipo de HAP asociada es de gran interés tanto para cardiólogos como para infectólogos. Los datos a nivel global son escasos y no existen estudios en Argentina ni en la región acerca de la misma, como así tampoco estudios que consideren su evolución.

Objetivos: Analizar la supervivencia de los pacientes con HAP asociada a VIH (HAPVIH) y evaluar los marcadores pronósticos comparándola con pacientes HAP idiopáticas (HAPI).

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte, retrospectivo y unicentro, realizado de mayo de 2010 a mayo de 2020. Según criterios internacionales, se evaluaron pacientes con diagnóstico HAPVIH por cateterismo cardíaco derecho (CCD) y p con HAP idiopática (HAPI), consecutivos y en seguimiento por consultorios externos. Se valoraron parámetros de laboratorios, ecocardiográficos y TC6M. Las variables continuas se presentan como media y desviación estándar (DS) o mediana con rango intercuartil (IQR), dependiendo de la distribución de la variable. Las variables categóricas se presentan como número y porcentaje. El test T y Wilcoxon Rank sum se usaron para comparar variables continuas. Las pruebas de Chi-cuadrado y Fisher se utilizaron para comparar variables categóricas. Se realizó un

análisis de sobrevida entre los grupos de HAPVIH e HAPI. Los resultados se graficaron en curvas de KM. Se utilizó la prueba de Log Rank para comparar ambas curvas. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.



Resultados: De 137p con HP precapilar en seguimiento, se analizaron los grupos HAPVIH; 13 p (9,5%) y HAPI: 29p (21,2%). Global: mujeres; 33p (79%), edad $47 \pm 17,9$ años. Las CF I, II, III y IV, fueron; 12p (28,6%); 12p (28,6%), 16p (38,1%) y 2p (4,7%), respectivamente. CCD: PAPm $49,8 \pm 14,8$ mmHg, Pw $11,6 \pm 3,6$ mmHg, PVC $9,8 \pm 5,5$ mmHg, IC $2,63 \pm 0,56$ Lts/min/m², RVP $720,9 \pm 244,5$ din/cm-5. No hubo diferencias significativas en los valores mencionados. La sobrevida para HAPVIH vs HAPI, a 1 y 3 años, fue; 100 vs 93% (p NS) y 100% vs 86,2% (p NS), respectivamente. En el seguimiento a 6 años la sobrevida fue; 84,6% vs 62% (p 0,03), (Fig. 1). En el análisis de marcadores pronósticos se halló diferencias significativas a favor de HAPVIH para: TAPSE; $20,6 \pm 2,8$ vs $17,3 \pm 4,3$ mm (p 0,02). RVP; $553,7 \pm 231,6$ vs $804,5 \pm 364,5$ din/cm-5 (p 0,03) y tendencia en el índice de acople ventrículo-pulmonar (TAPSE/PSAP); $0,36 \pm 0,17$ vs $0,25 \pm 0,14$ mm/mmHg (0,07), respectivamente. No se hallaron diferencias significativas en el TC6M; $367,6 \pm 142,3$ vs $421 \pm 132,9$ mts, ni en el NT-proBNP; 521 ± 933 vs 1174 ± 2379 pg/ml. En los parámetros de laboratorio no se hallaron diferencias entre los grupos, excepto para Hemoglobina; $14,12 \pm 2,2$ vs $12,38 \pm 1,9$ g/dl (p 0,02) y TGP; $49,7 \pm 33,6$ vs $30 \pm 16,2$ UI/Lt (p 0,04).

Conclusión: Estos resultados ponen de manifiesto que en la era de la terapia TARGA en VIH, sumado al tratamiento específico para HAP, el pronóstico de los pacientes HAPVIH mejoró ostensiblemente y mostrando que la combinación de fármacos es segura y eficaz.

0524 - SCORES DE RIESGO QUIRURGICO EN REEMPLAZO VALVULAR AORTICO PERCUTANEO: AUN SON NECESARIOS? ANÁLISIS DE META REGRESIÓN.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

Unidad Temática 2: Valvulopatías

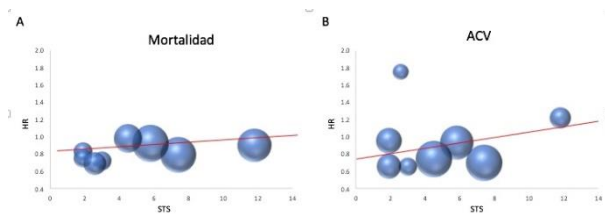
BARO, Rocio | CURA, Fernando | BELARDI, Jorge Atilio | LAMELAS, Pablo Manuel

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La cirugía de reemplazo valvular aórtico (CRVA) ha sido durante más de medio siglo, el tratamiento de elección para los pacientes con estenosis aórtica severa sintomática. En la práctica clínica existe una gran cantidad de pacientes que debido a la presencia de comorbilidades y/o edad avanzada son considerados de alto riesgo quirúrgico, o incluso inoperables, y es en este subgrupo de pacientes donde se demostró inicialmente el beneficio del reemplazo valvular aórtico percutáneo (TAVI). Ensayos clínicos aleatorizados, han demostrado la no inferioridad y eventualmente la superioridad del TAVI en comparación con la cirugía convencional en pacientes tanto de riesgo alto, como intermedio y bajo según score STS (Society of Thoracic Surgeons).

Objetivos: Evaluar la asociación entre el riesgo quirúrgico del paciente según score STS y el beneficio del TAVI en términos de mortalidad y ACV.

Materiales y Métodos: Realizamos un análisis de meta regresión enfrentando los valores de score STS promedio de cada uno de los 8 estudios aleatorizados publicados a la fecha que compararon TAVI por vía transfemoral con cirugía de reemplazo valvular aórtico en pacientes con estenosis aórtica severa sintomática, contra el beneficio clínico observado expresado en HR para mortalidad y para ACV.



Resultados: El resultado de nuestro análisis indica que no se observó una correlación entre el valor de STS promedio de los estudios incluidos y el beneficio del TAVI en términos de mortalidad ($p = 0.78$) o ACV ($p = 0.87$). Esto sugiere una ausencia de evidencia que avale la utilización de scores de riesgo quirúrgico para predecir el beneficio de esta intervención en cuanto a estos puntos finales clave.

Conclusión: En conclusión, consideramos que a la fecha no hay evidencia de que el uso de scores de riesgo quirúrgico prediga el beneficio del TAVI en términos de mortalidad o ACV.

0526 - ¿CUÁNDO ES MEJOR LA REVASCULARIZACIÓN QUIRÚRGICA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL ST?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo

ESPINOZA, Juan Carlos | SEOANE, Leonardo | CLUSA, Manuel | PAIRONE, Martin | CAMPORROTONDO, Mariano | PICCININI, Fernando | VRANCIC, Juan Mariano | NAVIA, Daniel

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La recomendación internacional es la de realizar la cirugía de revascularización dentro de los primeros 30 días (IIb) dada la falta de evidencia en cuanto al momento óptimo.

Objetivos: Evaluar dentro de los primeros 30 días post-IAM cuál es el mejor momento para revascularizar quirúrgicamente.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, se seleccionaron de un total de 3.546 pacientes revascularizados quirúrgicamente en forma aislada y consecutiva desde Enero 2005 a Marzo 2018 aquellos pacientes que padecieron un IAM y fueron sometidos a cirugía cardíaca dentro de los primeros 30 días ($n=331$, 9,1%). El punto final primario fue óbito a 30 días. Se utilizó una curva ROC para determinar el día post-IAM con mayor capacidad predictiva de óbito a 30 días. Se analizaron los resultados perioperatorios (mortalidad, ACV, diálisis, reoperación por sangrado, IAM posoperatorio). Finalmente se realizó un análisis multivariado para identificar predictores independientes de muerte hospitalaria. Se utilizó la prueba exacta de Fisher, la t de Student, la U de Mann-Whitney, y modelos de regresión logística.

Tabla 2. Resultados posoperatorios según cuartiles

	Antes 1era. Semana ($n=118$)	Después 1era. Semana ($n=204$)	Global ($n=322$)	P
Óbito	5.9%	2.0%	3.4%	.049
ACV	1.7%	1.0%	1.2%	.577
Diálisis	3.4%	1.0%	1.9%	.123
Reoperación por sangrado	3.4%	2.0%	2.5%	.427
IAM posoperatorio	2.5%	1.0%	1.6%	.275

Resultados: La mortalidad hospitalaria global fue 3,4% ($n=11$). El análisis de la curva ROC señaló que la mortalidad aumenta si se somete a una revascularización quirúrgica dentro de los primeros 6 días (sensibilidad: 79,4%; especificidad: 54,5%; estadístico-C: 0,696; $p=0,027$). Un subanálisis realizando una sub-estratificación en cuartiles demostró que la mortalidad es mayor cuando se interviene dentro de la primera semana comparado con luego de la primera semana (5.9% vs 2.0%, $p=0.04$).

Conclusión: La revascularización quirúrgica dentro de la primera semana de haber padecido un infarto agudo de miocardio se asocia con mayor mortalidad. Frente a estos resultados, es conveniente esperar al menos 7 días del IAM para la revascularización quirúrgica si la condición clínica del paciente es favorable.

0527 - CAPACIDAD DEL STRAIN LONGITUDINAL REGIONAL DURANTE EL ECOESTRÉS CON DIPIRIDAMOL PARA PREDECIR EVENTOS EN LA EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

ARBUCCI, Rosina | LOWENSTEIN HABER, Diego Maximiliano | SAAD, Ariel Karim | ROUSSE, Maria Graciela | AMOR, Miguel | ZAMBRANA, Gustavo Fernando | GASTALDELLO, Natalio Alberto | LOWENSTEIN, Jorge A.

Investigaciones Médicas - Centro de Diagnóstico

Introducción: Desde hace muchos años, es reconocido el valor diagnóstico y pronóstico de la reserva coronaria(RC) evaluada durante el ecoestrés con dipiridamol(EcoDipi) cuando la respuesta contráctil es positiva y aún sin trastornos de la contractilidad. Menos estudiado es el pronóstico a largo plazo según el comportamiento del strain longitudinal regional apical(SLR Ap) durante el EcoDipi.

Objetivos: El objetivo primario fue evaluar la evolución a largo plazo de los pacientes(ptes) según el resultado del SLR Ap durante el EcoDipi, con independencia del comportamiento de la contractilidad. Secundariamente se evaluó la relación existente entre la respuesta del SLR Ap y la RC durante el EcoDipi.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, de 142 ptes, edad promedio 68.38 ± 9.6 años, hombres 72(50.7%), derivados para EcoDipi en altas dosis(0.84 mg/kg en 4 min). Se midió la RC en la región distal de la arteria descendente anterior (ADA) (Valor normal ≥ 2) y el SLR Ap que se definió como el promedio de los 4 segmentos apicales desde las 3 vistas apicales en reposo y durante el apremio considerándose como comportamiento normal a todo incremento del porcentaje de deformación. Los ptes fueron divididos en 2 grupos(G): G1: Ptes con comportamiento normal del SLR Ap y G2: Ptes con SLR Ap anormal. Se excluyeron ptes con BCRI, con disinerias previas y/o valvulopatías. El seguimiento se realizó de manera telefónica por personal entrenado, que desconocía el resultado del valor de RC y del Strain informado. Se consideró evento cardiovascular mayor a: muerte, IAM, ACV ó necesidad de revascularización luego de los 3 meses.

Resultados: De 142 ptes, 87 ptes(61.3%) se incluyeron en el G1 y 55 ptes(38.7%) en el G2. La media de seguimiento fue de 30.2 ± 15 meses. Los ptes del G2 presentaron mayor edad(71.2 ± 9.2 vs 66.6 ± 9.6 , $p < 0.01$), sin diferencias significativas en otras características clínicas basales. El 96.6 % del G1 tuvieron una RC normal en la ADA y el 92.7% del G2 disminuida(índice de concordancia Kappa de 0.89, $p < 0.001$). No hubo diferencias del SLR Ap de reposo entre los ptes del G1 y G2 (G1: -21.3 ± 6.7 vs G2: -21.1 ± 6.3 , $p = \text{NS}$) con diferencias significativas durante el EcoDipi(SLR Ap G1: -26.1 ± 7.3 vs G2: -17.8 ± 5.8 , $p < 0.001$). El análisis de la motilidad parietal visual luego del EcoDipi, evidenció que el 97.7%(85 ptes) del G1 y el 67.3% del G2(37 ptes) mostraron contractilidad conservada durante el apremio. En el seguimiento a largo plazo, los ptes del G1 tuvieron una sobrevida libre de eventos del 90.8% vs. 70.9% del G2 (log Rank $p < 0.01$, HR:3.69; IC95%:1.5-8.6). Respecto al análisis de eventos se evidenció mayor número en el G2 respecto al G1: Mortalidad: 5.55% vs 0% ($p < 0.02$), IAM: 5.55% vs 0%, ($p < 0.02$) y necesidad de revascularización: 11.1% vs 4.5% ($p < 0.05$). En el análisis multivariado de regresión logística, ajustado a edad el SLR ap resultó ser el unico predictor independiente de evento. En el G2 no se detectaron diferencias significativas en la sobrevida libre de eventos entre los ptes con disinerias y aquellos sin trastornos visuales de la motilidad durante el EcoDipi: 73.7% vs 67.7% respectivamente ($p = \text{ns}$).

Conclusión: El seguimiento a largo plazo demostró que los pacientes que presentaron SLR Ap disminuido durante un estudio de EcoEstres con Dipiridamol presentaron peor pronóstico en términos de Mortalidad, IAM y revascularización de urgencia, independientemente del comportamiento de la contractilidad parietal. Se comprobó una estrecha correlación entre la RC de la Arteria descendente anterior y la reserva contractil evaluada mediante SLR Ap.

0528 - REVASCULARIZACIÓN CORONARIA EN PACIENTES AÑOSOS: ¿ALGÚN BENEFICIO EN SOBREVIDA ALEJADA?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiopatía Isquémica

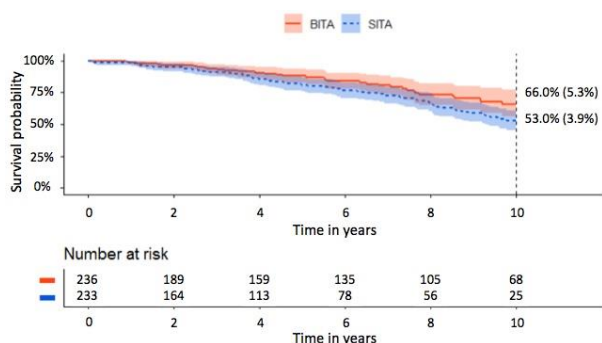
Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular

ESPINOZA, Juan Carlos | CLUSA, Manuel | VRANCIC, Juan Mariano | PICCININI, Fernando | CAMPORROTONDO, Mariano | SEOANE, Leonardo | DORSA, Alberto | NAVIA, Daniel

Introducción: La revascularización coronaria usando ambas arterias mamarias se asocia con mayor supervivencia a largo plazo en la población general en relación a la técnica tradicional de utilizar una sola arteria mamaria junto otro conducto. Esta técnica es muy demandante y no fue adoptada universalmente por los centros quirúrgicos internacionales. Considerando la expectativa de vida en pacientes añosos y a que el beneficio de usar ambas arterias mamarias requiere de varios años para evidenciarse clínicamente, no existe una recomendación clara basada en la evidencia sobre el uso de esta técnica en pacientes añosos.

Objetivos: El objetivo fue evaluar el impacto en supervivencia alejada (10 años) de la revascularización miocárdica usando ambas arterias mamarias internas frente al abordaje tradicional de usar una arteria mamaria junto con otro conducto (vena safena y/o arteria radial) en pacientes añosos

Materiales y Métodos: El diseño es una cohorte retrospectiva reclutada entre mayo de 2001 y 2018 (n=4.083), en la cual se incluyeron consecutivamente pacientes con enfermedad coronaria aislada de al menos 2 vasos, que recibieron revascularización miocárdica quirúrgica en forma electiva o urgente. El análisis de sensibilidad y especificidad según curvas ROC para predecir supervivencia a 10 años identificó la edad de 70 años como el mejor punto de corte (sensibilidad 55.4% y especificidad 71.9%). Se identificaron 1300 pacientes de 70 años o más. Se estratificaron según el uso de 2 arterias mamarias (2AMI, n=968) o una arteria mamaria más otro conducto (1AMI, n=332). El punto final primario fue mortalidad (cualquier causa) a 10 años. Para ajustar por el riesgo basal, se realizaron 2 técnicas estadísticas: propensity score matching (análisis paramétrico, n=486), regresión proporcional multivariada de Cox (paramétrico, n=1300). Las curvas de supervivencia 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: La supervivencia a 10 años fue mayor para el grupo 2AMI ($67,0\% \pm 2,5$ versus $56,0\% \pm 3,4$ respectivamente ($p \log \text{rank} < 0,016$), incluso luego de ajustar por confundidores según score de propensión ($66,0\% \pm 5,3$ versus $53,0\% \pm 3,9$, $p=0,022$ univariado y $p=0,036$ Cox estratificado multivariado). El modelo de regresión proporcional de Cox identificó al uso de ambas arterias mamarias como predictor independiente de supervivencia alejada incluso en pacientes mayores de 70 años (HR 0,65, IC 95%: 0,51 – 0,83, $p < 0,001$).

Conclusión: La revascularización coronaria usando ambas arterias mamarias en pacientes añosos se asoció con mayor probabilidad de supervivencia a largo plazo. Frente a estos resultados parecería beneficioso utilizar esta técnica independientemente de la edad del paciente.

0529 - ENFERMEDAD DEL TRONCO DE LA CORONARIA IZQUIERDA: ¿CUAL ES LA MEJOR CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN?

Modalidad: Temas Libres

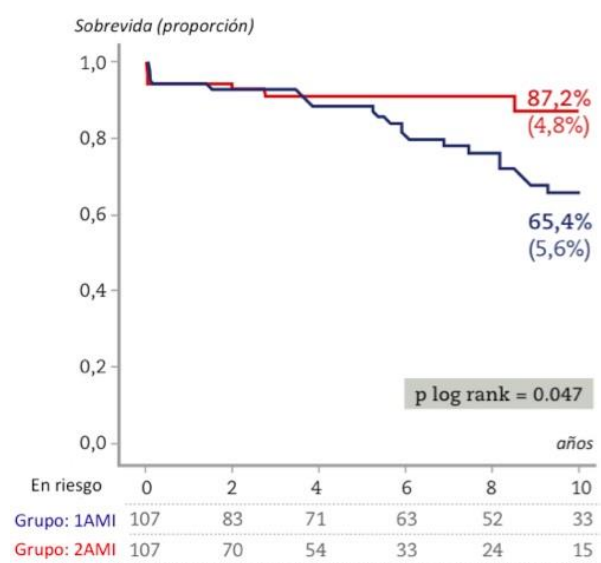
Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

Unidad Temática 2: Cardiopatía Isquémica

ESPINOZA, Juan Carlos | ROJO, Emiliano Lucas | SIMONETTO, Bruno | CAMPORROTONDO, Mariano | LALOR, Nicolas | BENAVIDES, Julian | VRANCIC, Juan Mariano | NAVIA, Daniel

Objetivos: Evaluar si la revascularización coronaria sin circulación extracorpórea y utilizando ambas arterias mamarias tiene un beneficio adicional a la revascularización convencional usando una sola mamaria en cuanto a sobrevida a largo plazo (10 años).

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo comparativo sobre una base de datos cuya información fue recolectada en forma prospectiva desde Noviembre 1996 – Mayo 2014. Se incluyeron 723 pacientes revascularizados quirúrgicamente en forma aislada y consecutiva en un único centro. Los pacientes se estratificaron según la utilización de una arteria mamaria interna (AMI) (Grupo: 1AMI n=144) o dos AMI (Grupo: 2AMI n=579). Debido a la presencia de diferencias significativas en las características basales entre ambos grupos, se realizó un análisis ajustado por riesgo (propensity score) apareando 1:1 (según el método de nearest neighbor) identificando un total 214 pacientes comparables, mediante un algoritmo de regresión logística. Se analizó la mortalidad hospitalaria y la sobrevida alejada a 10 años para ambos grupos, tanto para el total de pacientes incluidos como para el grupo ajustado por score de riesgo. Finalmente se realizó un análisis uni y multivariado para identificar predictores independientes de sobrevida alejada. Se utilizó la prueba exacta de Fisher, la t de student, la U de Mann-Whitney, modelos de regresión logística, y análisis de sobrevida por Kaplan Meier y regresión proporcional de Cox.



Resultados: La mortalidad hospitalaria global fue 3.7% (n=27), sin diferencia entre ambos grupos (p = 0,075). La sobrevida a los 10 años fue significativamente mayor en el grupo que utilizó ambas arterias mamarias a los 10 años (77,1% ± 3,4% vs 63,9% ± 4,8%, p log rank = 0,002). En el análisis ajustado por riesgo también se observó dicho beneficio (87,2% ± 4,8% vs 65,4% ± 5,6%, p log rank = 0,047). El análisis uni y multivariado identificó a la utilización de dos AMI como un predictor independiente de sobrevida a 10 años (HR 0.57, IC95%: 0.37-0.87; p=0,01).

Conclusión: La utilización de ambas AMI en pacientes con lesión de tronco no protegido sometidos a revascularización coronaria sin circulación extracorpórea presentó menor mortalidad hospitalaria y una mayor sobrevida a 10 años que los pacientes con una AMI.

0531 - INTERNACIONES POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Imágenes.20

MARTINEZ, Maria Jose | VASSIA, Tomás | KYLE, Diego Alfredo | **ADAMOWSKI, Mariano** | VENSENTINI, Natalia | DE ABREU, Maximiliano | MARIANI, Javier | TAJER, Carlos D.

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es una entidad compleja que afecta al 1-2% de la población en países desarrollados. El aumento en su prevalencia se debe a la mayor expectativa de vida y a la mejora en los tratamientos de diversas patologías.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes (p) que ingresan a la unidad coronaria de un hospital de alta complejidad por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) y su evolución al año tras el alta.

Materiales y Métodos: Se realizó un registro prospectivo de p internados por ICD en la unidad coronaria de un hospital público de tercer nivel. El seguimiento se realizó a los 6 y 12 meses telefónicamente. La base cuenta con 103 p incluidos entre agosto del 2016 y septiembre del 2019. Al mes de marzo del 2020 84 p finalizaron el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 103 p. La mediana de edad fue de 54 años (RI 43-62) y el 78% (n= 81) fueron de sexo masculino. La prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares fue: tabaquismo 60%, hipertensión 51%, diabetes 33%. El 55% de los p tenía diagnóstico etiológico de su miocardiopatía previo a la internación. La miocardiopatía isquémico-necrótica (26%), la valvular (14%) y la idiopática (34%) fueron las más frecuentemente halladas. El 86% (n=88) tenía función sistólica con deterioro moderado-severo y el 15% normal-leve (n= 15). Entre las causas más frecuentes de descompensación (puede haber más de una) se observaron: progresión de la enfermedad (55%), transgresión alimentaria (46%), abandono de la medicación (18%) e infección (13%). Al ingresar a unidad coronaria el 15,5% de los p presentó signos de shock cardiogénico y un 5% adicional lo desarrolló durante la estadía hospitalaria. Requirieron asistencia respiratoria mecánica 6 p (5,8%), 2 p fueron revascularizados (1,9%) y a 7 se les realizó reemplazo valvular (6,8%). 4 p ingresaron a lista de trasplante cardíaco y 2 fueron trasplantados durante la internación. Las complicaciones observadas fueron: arritmia ventricular (5 p), infarto (1 p) y accidente cerebro-vascular (1 p). La mortalidad intrahospitalaria fue del 5,8% (6 p). El 88% (n: 91) egresó del hospital con tratamiento betabloqueante (BB). De estos, el 41% lo hizo con dosis máximas. El más utilizado fue el carvedilol (67%), seguido por el bisoprolol (23%) y atenolol (10%). Con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA/ARA2) egresaron el 75% (n=76), el 54% lo hizo con dosis máximas. Los p recientemente diagnosticados egresaron con mayor indicación de BB (98% vs 80%; p= 0,01) y IECA/ARA2 (87% vs 68%; p= 0,01). De los 82 p (84,5%) contactados a los 6 meses, 12 habían muerto (14,6%). A los 12 meses se contactaron 64 p (97%) y se documentaron 8 nuevas muertes (12,5%). Todos los óbitos registrados durante la internación fueron p que tenían diagnóstico previo de ICD, esta tendencia se mantuvo a los 12 meses (58% vs 39%; p 0,06).

Conclusión: La IC continúa siendo una causa importante de morbi-mortalidad. Pese a los avances en los tratamientos médicos, la falta de adherencia a las medidas higienico-dietéticas y al tratamiento farmacológico son obstáculos que impiden mejorar el pronóstico de estos p. Optimizar estos aspectos junto a continuar con la tarea de titulación de la medicación son los desafíos del médico cardiólogo en el consultorio.

0532 - IMPACTO DE LA COBERTURA MÉDICA SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA. RESULTADOS DEL REGISTRO ARGEN-IC

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Investigación Básica

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

BENAIM, Fernando | COHEN ARAZI, Hernán | LESCANO, Adrian | PAIS, Marcelo | TERNS, Paula | BENAVIDEZ, Analia | CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín | HIRSCHSON PRADO, Alfredo

Area de Investigación SAC

Introducción: La cobertura médica es un determinante del tratamiento y de la evolución de los pacientes. No existen datos sobre este tema en insuficiencia cardíaca aguda (ICA) en Argentina.

Objetivos: El objetivo del trabajo es analizar si existen diferencias según la cobertura médica en muerte intrahospitalaria, mortalidad y reinternación a 90 días en pacientes internados por ICA.

Materiales y Métodos: Se analizaron los datos del Registro ARGEN-IC, registro nacional, multicéntrico, observacional de corte transversal que incluyó pacientes con diagnóstico de ICA de diferentes centros de la República Argentina. Se realizó un seguimiento telefónico desde la Sociedad Argentina de Cardiología a 30, 60 y 90 días posterior a la estancia hospitalaria. Las características de la población fueron expresadas como media $\pm$ desvío estándar para variables continuas y como porcentaje para variables categóricas. Para determinar el grado de asociación entre variables se utilizó la prueba Chi cuadrado con corrección de Yates (X²) o t de Student, con un nivel de significancia de 5%, según corresponde. Se realizó un análisis de regresión para evaluar asociación con los puntos finales.

Tabla 1. Características de la población según cobertura médica.

Característica	OS	Prepagos	PAMI	Público	Total
Población - nro (%)	287 32%	330 36%	221 24%	71 8%	909 100%
Sexo masculino - (%)	66%	59%	50%	77%	61%
Edad - años ± DE	70 ± 16	74 ± 13	76 ± 10	59 ± 12	72 ± 14
Diabetes - (%)	31%	34%	33%	34%	33%
Dislipidemia - (%)	49%	56%	43%	39%	49%
Tabaquismo - (%)	36%	28%	23%	47%	30%
Hipertensión arterial - (%)	74%	76%	74%	66%	74%
Infarto agudo de miocardio previo - (%)	19%	16%	18%	17%	17%
Fibrilación auricular - (%)	26%	34%	36%	24%	31%
Insuficiencia cardíaca previa - (%)	37%	34%	41%	41%	37%
Enfermedad renal crónica - (%)	18%	21%	19%	7%	18%
Fracción de eyección - (%) ± DE	42% ± 15	45% ± 14	42% ± 14	40% ± 17	43% ± 15
Furosemida - (%)	52%	50%	39%	34%	47%
IECA/ARA II/ARNI - (%)	62%	54%	67%	57%	60%
Antidopaminérgicos - (%)	31%	25%	22%	29%	26%
Betabloqueantes - (%)	64%	63%	63%	43%	62%
Clase funcional III/IV mes previo - (%)	62%	65%	82%	91%	70%

Resultados: Se incluyeron 909 pacientes internados por ICA en 60 centros de 72 + 14 años, 32% con cobertura de obras sociales (OS) provinciales o nacionales, 36% con prepaga, 24% con cobertura de PAMI y 8% con atención en hospitales públicos, sin cobertura. La mortalidad intrahospitalaria total fue del 7.7% (80% de causa cardiovascular): 9.5%, 6%, 7.9% y 8.5% en pacientes con PAMI, OS, prepagas y sin cobertura, respectivamente (P=NS). La mortalidad total a 90 días fue del 25.4%, 14.9%, 19.6% y 18% con PAMI, OS, prepagas y sin cobertura, respectivamente. Los pacientes con PAMI tuvieron mayor mortalidad a 90 días [OR 2.92 (1.6-5.4) p=0,02] en el análisis multivariado, ajustando por edad [OR 1.02 (1.00-1.05) p=0.01], requerimiento de inotrópicos y/o vasopresores [OR 4.72 (2.44-9.25) p=0.0001], necesidad de asistencia respiratoria mecánica [OR 7.00 (2.05-23.8) p=0.002] y tratamiento con IECA [OR 0.40 (0.21-0.75) p=0.005]. No hubo diferencias en mortalidad en pacientes con cobertura prepaga [OR 1.1 (0.7-1.4) p=0.90], ni con OS cuando se ajustó por confundidores [OR 0.58 (0.33-1.02) p=0.06]. La reinternación a 90 días total fue de 11.7%. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la tasa de readmisión a 90 días entre las diferentes coberturas médicas: 9.39% con PAMI, 14.5% con OS, 12% con prepaga y 5.66% sin cobertura (P=NS).

Conclusión: La cobertura médica se asoció a la evolución a 90 días de pacientes internados por ICA. Se observó mayor mortalidad a 90 días en el grupo de pacientes con PAMI, independientemente de la edad y el tratamiento recibido. No hubo diferencias de mortalidad de acuerdo con la cobertura médica durante la internación ni en la tasa de reinternaciones a 90 días.

0533 - DETERMINANTES DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

Unidad Temática 2: Valvulopatías

MIGLIORE, Ricardo Alberto | ADANIYA, María Elena | **FRANCO CAMACHO, Mijail Ivan** | BARRANCO, Miguel Angel | MILLES HONORES, Joselyn Olaya | COBOS, Silvia Karina | MIRAMONT, Guillermo

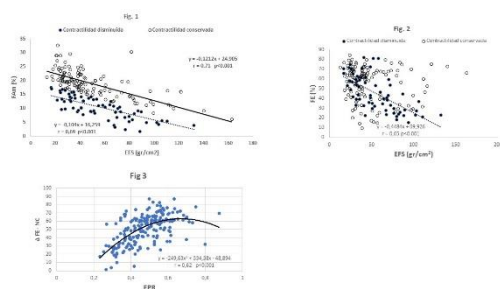
Hospital General de Agudos Eva Peron de san Martin

Introducción: La fracción de eyección (FE) es utilizada en la práctica diaria para evaluar la función sistólica del ventrículo izquierdo. En la estenosis aórtica grave (EAO) su reducción (< 50 %) puede deberse a una disminución de la contractilidad, exceso de poscarga (mismatch) o a una combinación de ambos mecanismos. Sin embargo, cuando la FE es >= 50 % algunos pacientes (p) pueden tener la contractilidad disminuida cuando se los evalúa con la relación fracción de acortamiento mesoparietal (Fam) – estrés de fin de sístole (EFS). Nuestra hipótesis de trabajo fue que la sobrestimación de la función sistólica por la FE está influenciada por la geometría ventricular (hipertrofia concéntrica), y que dicha sobrestimación puede corregirse mediante la evaluación de la relación Fam – EFS.

Objetivos: Evaluar el nivel de contractilidad (C), exceso de poscarga y geometría ventricular como determinantes de la FE en p con EAO grave.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 184 p (edad promedio 69 ± 11 años, 72 mujeres) portadores de EAO grave (índice de área valvular aórtica <0.6 cm²/m²) y 71 individuos normales (N) mediante eco-Doppler cardíaco. La FE se estimó por el método biplano de Simpson. El nivel de C se determinó mediante la diferencia entre la Fam medida (EAO) y la Fam predicha (N) menos 2 errores estándar para un valor determinado de EFS. Un valor >= 0 indica C

conservada y < 0 C disminuida. Se consideró exceso de poscarga cuando el EFS fue $\geq$ de 77 gr/cm² determinado como el promedio del grupo N + 2 desvíos estándar. La geometría ventricular se evaluó con el índice de masa y el espesor parietal relativo (EPR). Los p con EAo fueron divididos en 4 grupos: FE < 50 % (n=78), FE ≥ 50 - < 60 % (n=27), FE ≥ 60 - < 70 % (n=45) y FE ≥ 70 % (n=34).



Resultados: La FAM se correlacionó inversamente con el EFS tanto en los p con C conservada como disminuida, siendo las dos rectas de regresión paralelas entre sí, pero difiriendo en el valor de intersección del eje Y (FAM 25 % vs 16 %, $p < 0.001$) (Fig 1). La FE tuvo correlación inversa con el EFS solo en los p con C disminuida y no en los p con C conservada (Fig 2). La C estuvo disminuida aproximadamente en la mitad de los pacientes con FE < 60 % y en menor grado en los p con FE ≥ 60 (Tabla). El EP se observó en los p con FE < 50 % con C disminuida (34 %) como así también con C conservada (45 %) siendo infrecuente con FE ≥ 50 % (solo 4 % en p con FE ≥ 60 - < 70 %). Para evaluar el posible efecto de la geometría ventricular en la sobrestimación de la función sistólica utilizando la FE, se calculó la diferencia entre la FE medida y el nivel de C (delta FE - C) el cual tuvo una correlación logarítmica con el EPR (Fig. 3) observándose un incremento de delta FE - C hasta un EPR de 0.65 luego del cual muestra una disminución.

		FE (%)							
		< 50		≥ 50 - < 60		≥ 60 - < 70		≥ 70	
		NC<0	NC $\geq$ 0	NC<0	NC $\geq$ 0	NC<0	NC $\geq$ 0	NC<0	NC $\geq$ 0
		n=38 (49%)	n=40 (51%)	n=12 (15%)	n=15 (45%)	n=6 (14%)	n=37 (66%)	n=9 (27%)	n=25 (73%)
FE (%)		37 ± 9	34 ± 11	55 ± 11.8	5.9 ± 1.3	67 ± 0.7	65 ± 1.7	77 ± 1.7	74 ± 3
FAM (%)		8 ± 3	16 ± 5 *	12 ± 2	19 ± 5 *	13 ± 3	20 ± 5 *	14 ± 4	21 ± 4 Δ
EP		13 (34 %)	18 (45 %)	-	-	2 (4 %)	-	9	-
		NC<0 vs NC $\geq$ 0: *p<0.0001				*p<0.0002 *p<0.01		Δp<0.00001	

Conclusión: La FE se correlacionó inversamente con la poscarga (EFS) solo en los p con C disminuida. La mitad de los pacientes con FE < 60 % presentó C disminuida y en menor proporción en el resto de los p incluso hasta con FE ≥ 70 %. El EP se observó en p con FE < 50 % independientemente del nivel de C. La sobrestimación de la función sistólica utilizando la FE parece estar relacionada con el grado de hipertrofia concéntrica. Los determinantes de la FE pueden ser evaluados cuantitativamente mediante la relación FAM - EFS y el EPR.

0535 - VALOR DEL ELECTROCARDIOGRAMA EN CARDIOLOGIA INFANTIL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. PREVALENCIA DE QTC LARGO Y CORTO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica

Unidad Temática 2: COVID-19

GORAL, Jorge Luis | BARBOSA, Osvaldo | MONTIVEROS, Ana Cecilia | WIERESZEN, Pamela Alejandra | VISGARRA, Mercedes | FORTE, Guillermina | FERRAZZO, Lorena | MARANGONI, Silvina

CENTRO MUNICIPAL DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD N° 10, CASEROS

Introducción: El síndrome de QT largo o corto, son enfermedades hereditarias y/o adquiridas, según sea, caracterizadas por disfunción de los canales iónicos responsables de las corrientes que generan el potencial de acción, que pueden desencadenar síncope, arritmias peligrosas TV/FV e inclusive la muerte. En la población infantil, en la Atención Primaria, aun no esta claro cual es el valor límite o la prevalencia de QTc, con variables amplias según grupos etarios.

Objetivos: 1) Evaluar prevalencia de intervalos largos y corto de QT y QTc corregidos (QTc) en una población de Cardiología Infantil. 2) Variable: sexo y edad

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo del registro electrocardiográfico de 443 pacientes (p) (GT) de >2 a ≤ 16 años, consecutivos, 51.5% varones, media 9 ± 3.7 años, que concurrieron a cardiología infantil de Atención Primaria. Se evaluó sexo y edad: GA: $>2/\leq 5$ años, 97(p), media: 4 ± 0.9 años, 59.7% varones; y GB: $>5/\leq 10$ años, 186(p), media: 8 ± 1.4 años, 56.9% varones; GC: $>10/\leq 16$ años, 160 (p), media: 13 ± 1.4 años, 68.7% varones. En el ECG las medidas se realizaron manualmente en derivación DII y V5 (Fc. Intervalos (mseg): R/R, QT). Para el QTc los valores se ajustaron a la Fc. por fórmula: Bazett: ($QTc = QT/\text{raiz cuadrada RR}$). Se considero: QTc: normal = 440/450 (M/F) mseg, limite 450/460, prolongado 460-470 y largo = 480 mseg; y QTc corto: < 300 mseg. El ECG fue interpretado en forma independiente por 2 cardiólogos.

Resultados: GT: medias: Fc: 83 ± 17 , intervalos (mseg): RR: 0.730 ± 0.22 ; QT: 340 ± 57 ; QTc: 401 ± 10 ; Por sexo M/F, medias intervalos (mseg): R/R: 0.774 ± 0.101 y 0.759 ± 0.119 ; QT: 338 ± 57 y 342 ± 0 ; QTc: 401 ± 10 y 402 ± 15 ; p NS GT: Prevalencia de QTc: limite = 14/443 (p) = 3.1% (media (p) de 8 años), según sexo: M/F (12/2 (p) = 2.7 y 0.45%; prolongado = 12/443 (p) = 2.4% (media (p) de 5.5 años), según sexo: M/F 9/3 (p) = 2 y 0.6%; y largo = 0%. GA Fc: 100 ± 20 , intervalos (mseg): RR: 0.619 ± 0.12 ; QT: 320 ± 32 ; QTc: 410 ± 35 Prevalencia de QTc (mseg): limite = 5/97 (p) = 5.1%, M/F: 5/0 (p) = 5.1/0%, media (p) de 4.3 años; prolongado = 6/97 (p) = 6.1%, M/F: 4/2 (p) = 4.1/2%, media(p) de 4.1 años; y largo = 0%. GB Fc: 85 ± 15 , intervalos (mseg): RR: 0.728 ± 0.13 ; QT: 339 ± 28 ; QTc: 400 ± 31 Prevalencia de QTc (mseg): limite = 6/186 (p) = 3.2%, M/F: 4/2 (p) = 2.1/1%, media (p) de 8.8 años; prolongado = 5/186 (p) = 2.6%, M/F: 4/1 (p) = 2.1/0.5%, media 7.8 años; y largo = 0%. GC Fc: 74 ± 12 , intervalos (mseg): RR: 0.834 ± 0.14 ; QT: 357 ± 28 ; QTc: 393 ± 29 Prevalencia de QTc (mseg): limite = 3/160 (p) = 1.8%, M/F: 2/1(p) = 1.2/0.6%, media (p) de 12 años; prolongado: = 0%; y largo = 0%. GA versus GB Fc: $p < 0.0001$, R/R: $p < 0.0001$, QT: $p < 0.0001$, QTc: $p < 0.001$ GB versus GC Fc: $p < 0.0001$, R/R: $p < 0.0001$, QT: $p < 0.0001$, QTc: $p < 0.062$ Prevalencia de QTc corto: 0%. QTc más acortado: 323mseg ((p) de 13 años)

Conclusión: 1). La fórmula de (B) debería ser rutinaria e informarse, para detectar QTc largo o corto 2). En nuestra serie no se encontró SQT/C 3). Hubo QTc prolongado en GA/GB hasta los 4 y 7 años, respectivamente; en el GC solo se hallaron valores limites 4). A menor edad mayor QTc, ello podría atribuirse a la edad y Fc en esta población

0536 - CONDUCTA DE LOS CARDIOLOGOS EN LA ERA COVID-19

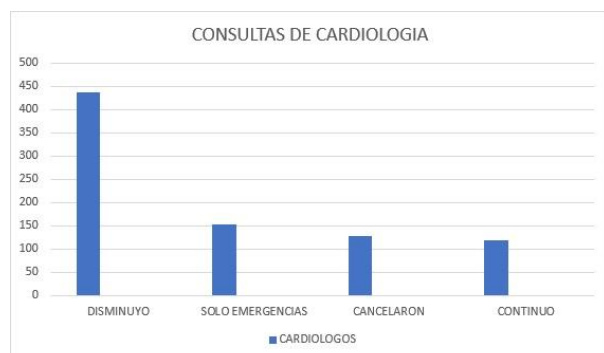
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

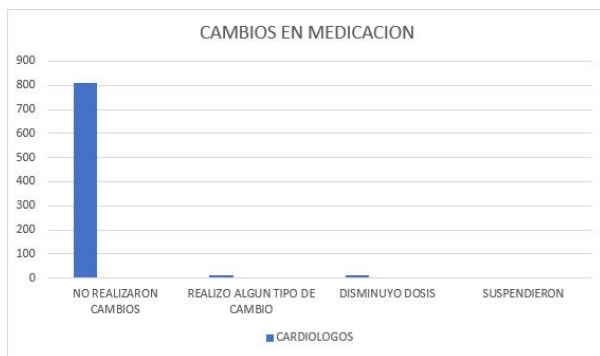
Unidad Temática 2: Investigación Básica

LESCANO, Adrián José | **VARGAS MIELES, Paul** | GALDEANO, Dr. Sebastian | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | COHEN ARAZI, Hernán | D' IMPERIO, Heraldo | GARCÍA AURELIO, Dr. Mauro

Area de Investigación SAC



Introducción: Introducción y objetivo: La pandemia del COVID -19 ha generado un cambio en el paradigma de la atención médica y la consulta de los pacientes al sistema de salud.



Objetivos: El objetivo de la encuesta fue cuantificar la conducta de los especialistas en cardiología durante la pandemia del COVID 19.

Materiales y Métodos: Material y Métodos: A través de la página de la Sociedad Argentina de Cardiología se realizó encuesta con 7 preguntas y 4 opciones, de respuesta obligatoria, a los miembros asociados. Se investigó información sobre la actividad médica brindada, medidas de protección utilizadas, atención de los pacientes internados con diagnóstico de COVID19, asistencia ambulatoria y conductas terapéuticas, en relación a la utilización de inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA) y sobre la estrategia de anticoagulación. Las variables se describieron en relación a la distribución en media y medianas, con los respectivos desvío standard y rangos intercuartiles. se definió significancia estadística con un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Resultados: Se incluyeron las respuestas completas de 836 cardiólogos, 467 (55.8%) de sector privado, 156 (18.6%) segmento público, 154 (18.4%) en sector público y privado y el 59 (7%) en diferentes grupos de seguridad social. Se observó una disminución significativa (p) en el número de consultas institucionales del 52.1% y el resto refirió solo consultas de emergencia 18.3%, cancelaron las consultas médicas el 15.3% y persistieron con la atención habitual el 14%. Sobre la necesidad de las interconsultas en el área COVID 19, se encontró un predominio de la asistencia solo en interconsultas cardiovasculares 67.6%, evaluación de todos los pacientes en 16.2%, asistencia en área crítica 12.4% y no acceder a los sectores el 3.7%. Dentro de los protocolos de bioseguridad el 91% de los encuestados refieren que disponen del material adecuado. Sobre el seguimiento en pacientes con insuficiencia cardíaca predomina el seguimiento por llamada telefónica 36%, consulta presencial en el 28%, contacto por telemedicina el 20.8%, ya sea por plataforma virtual especial 6.2% o videollamadas 5.9% y sin atención el 14.1%. Sobre el tratamiento crónico con anticoagulantes el 50.2% consideraron continuar con anti vitamina k, 38,5% con anticoagulantes directos, el 10,4% cambiar a anticoagulantes directos, y menos del 1% cambiaron a anti vitamina K.

Conclusión: Conclusiones: La encuesta evidencia una reducción significativa de la actividad cardiologica ambulatoria (52%) en era COVID-19, mayor seguimiento telefónico y escasas modificaciones de los IECA. En la asistencia hospitalaria predominan las interconsultas cardiovasculares y amplia disponibilidad de los protocolos de bioseguridad.

0538 - EVALUACIÓN DEL ALGORITMO DE 1 HORA DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA CON TROPONINA DE ALTA SENSIBILIDAD EN PACIENTES DIABÉTICOS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica

COSTABEL, Juan Pablo | **DU CZYNSKI, Maria Paula** | BUSCH, Germán | ARBUCCI, Rosina | LAMBARDI, Florencia | ARIZNAVARRETA, Paula | BORDA, Maite | RESI, Silvana

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Estudios previos han demostrado que los pacientes con diabetes mellitus (DM) tienen niveles significativamente más elevados de troponina de alta sensibilidad (TnTAs) en comparación el resto de la población. En este grupo con un riesgo aumentado de eventos cardiovasculares, es importante conocer el rendimiento de los algoritmos diagnósticos para evaluar los episodios de dolor torácico.

Tabla 2: Manejo de los pacientes de acuerdo a los grupos del algoritmo

	Rule-out n=50	Observación n=45	Rule-in n=29	p
Manejo				
Manejo ambulatorio	36 (73.5%)	31 (70.5%)	1 (3.4%)	<0.001
Procedimientos dentro de los 30 d				
Test funcional	7 (14.3%)	4 (9.1%)	0	<0.001
Tomografía coronaria	1 (2%)	0	2 (6.9%)	<0.001
Coronariografía	10 (20%)	12 (27.3%)	25 (86.2%)	<0.001
Revascularización	9 (18.1%)	8 (18.1%)	18 (62%)	<0.001
ATC	7 (14%)	7 (15.9%)	10 (34.4%)	<0.001
CRM	2 (4.1%)	1 (2.3%)	8 (27.5%)	<0.001
Evolución a los 30 días				
Síndrome coronario agudo	10 (20%)	14 (31.8%)	26 (93.1%)	<0.001
En la visita inicial	10 (20%)	14 (31.8%)	27 (93.1%)	
Infarto de miocardio	0	3 (6.8%)	24 (82.8%)	<0.001
En la visita inicial	0	3 (6.8%)	24 (82.8%)	<0.001
Muerte	1 (2%)	0	0	
Cardiovascular	1 (2%)	0	0	

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue evaluar el rendimiento del algoritmo propuesto por la sociedad europea de cardiología con un dosaje de TnTAs a la hora 0 y 1 (ESC 0-1h) en una población de pacientes consecutivos con diabetes con sospecha de infarto sin elevación del ST.

Materiales y Métodos: Entre enero y agosto de 2018, 1140 pacientes consecutivos que se presentaron a la guardia de una institución, con dolor torácico y electrocardiograma sin supradesnivel del segmento ST fueron evaluados utilizando el algoritmo ESC 0-1h como parte de las herramientas diagnósticas. Se evaluó el algoritmo ESC 0/1-h que estratifica a los pacientes como "rule in", "observación" y "rule out". Se calcularon los valores predictivos negativos y positivos (VPN, VPP), sensibilidad y especificidad. Además se calculó la curva ROC para definir precisión diagnóstica.

Tabla 1: Características basales comparando la población general con los pacientes diabéticos

	Todos N=1140	Diabéticos n=124	p
Edad (años)	60 (49-71)	64 (51-76)	<0.001
Sexo masculino	1477 (64%)	75 (60.4 %)	0.345
Tiempo desde dolor- (horas)	4 (2-12)	4 (2-12)	0.987
Factores de riesgo cardiovasculares			
Hipertensión	569 (49.9%)	103 (83.1%)	<0.001
Hipercolesterolemia	519 (45.5%)	94 (75.8%)	<0.001
Tabaquismo	157 (13.8%)	19 (15.3%)	0.336
Antecedentes			
Infarto previo	175 (15.3%)	31 (25%)	<0.001
ATC previa	267 (23.5%)	42 (33.9%)	<0.001
CRM previa	86 (7.5%)	19 (15.3%)	<0.001
Enfermedad vascular peri	29 (2.5%)	10 (8.1%)	<0.001
ACV/AIT	10 (0.9%)	0	<0.001
Enfermedad renal crónica	17 (1.5%)	7 (5.6%)	<0.001
Valor de troponina			
TnTAs al ingreso (ng/L)	8 (5-13)	13 (8-27)	<0.001
TnTAs 1 hora (ng/L)	9 (6-16)	13 (8-27)	<0.001

Resultados: En total, 124 pacientes (10,8%) tenían DM. Al comparar con la población sin DM, se observó una mayor edad, prevalencia de hipertensión arterial, dislipemia, así como antecedentes de eventos cardiovasculares y revascularización (Tabla 1). Los valores de TnTAs fueron significativamente más altos en esta población ((8 ng/l (5-13) vs 13 ng/l (8-27)). La tasa de infarto (IAM) fue de 21,7 % y la de síndrome coronario agudo del 48,4 %. Cuando se utilizó el algoritmo ESC 0/1 h, el VPN para IAM fue comparable en pacientes con y sin DM (diferencia absoluta (DA) 0.8 [95% CI 0.2, 1]) con un menor porcentaje de pacientes en la categoría "rule out" (40.3% vs 72.1%, p<0.001) (Tabla 2). El VPP para IAM fue mejor en el grupo con DM (DA 7 [IC95% 2-8]) y el número de pacientes calificados como "rule in" fue significativamente mayor (23% vs 8.3%). El área bajo la curva fue de 0.947 (IC95% 0.903-0.990) para IAM y de 0.785 (IC95% 0.697-0.872) para síndrome coronario agudo a 30 días.

Conclusión: La aplicación del algoritmo ESC 0/1-h en pacientes con DM y sospecha de infarto sin elevación del ST, presentó un alto valor predictivo negativo y aceptable valor predictivo positivo para infarto, con una menor de pacientes para "rule out" y mayor para "rule in" comparado con la población sin DM.

0539 - EVOLUCIÓN CLÍNICA Y ECOCARDIOGRÁFICA A DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES TRATADOS MEDIANTE UN IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATETER EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

PUENTE, Luciana Jimena | BONO, Leandro | BLANCO, Federico Luis | BLANCO, Rodrigo Ignacio | **MORI, Ana Laura** | VANNONI, María Victoria | PADULA, Agustín Leonel | GIGENA, Gerardo Esteban

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

características basales	N: 68
Edad (años)	79 +/- 5
Sexo femenino, % (n)	55,8(38)
Enf. Coronaria, % (n)	45,6(31)
Cirugía cardíaca, % (n)	14,7(10)
HTA, % (n)	73,5(50)
Tabaquista-Ex.TBQ, % (n)	39(26)
DBT, % (n)	20,5(14)
EPOC, % (n)	29(20)
IRC (CL<60 ml/min) , % (n)	28(19)
EUROSCORE II	7,3
Valvuloplastia puente, %(n)	16(11)

Introducción: El implante valvular aórtico transcáteter (TAVI) es una alternativa terapéutica para la estenosis aórtica severa sintomática y su uso es cada vez más frecuente en esta población de pacientes.

Objetivos: Analizar los resultados clínicos y ecocardiográficos inmediatos y a los dos años de seguimiento luego del implante de TAVI en pacientes con estenosis aórtica severa sintomáticos de alto riesgo quirúrgico

Materiales y Métodos: estudio observacional, prospectivo unicéntrico de todos los pacientes consecutivos a los que se realizó un procedimiento de TAVI desde enero 2016 hasta junio 2020. Se analizaron características clínicas, demográficas, nivel de riesgo preoperatorio, tipo de prótesis, necesidad de valvuloplastia previa al implante, evolución clínica, área valvular aórtica (AVA), gradiente aórtico máximo y medio (GM), grado de insuficiencia aórtica (IAO) paravalvular residual, función ventricular y presión sistólica en arteria pulmonar, en forma basal, inmediata y a los dos años de seguimiento. Las variables cualitativas fueron descriptas como número y %; las variables cuantitativas según media o mediana acorde a distribución. Se consideró significativa $p < 0,05$.

Evolucion	Basal	Internacion	p	1 AÑO	2AÑOS
Área valvular aórtica, cm ²	0,70	1,9	0,001	1,8	1,75
Gmedio, mmHg	47	7,4	0,001	6,1	4,35
Fey, %	59	58	NS	60	62
CF III-IV, %(n)	77(50)	-	-	3,5(1)	-
IAO paravalvular, %(n)	-	6,3(4)	-	-	-
Marcapasos defin.	12,3(8)	27,7(18)	-	-	-
Trombosis TAVI, %(n)	-	-	-	5,8(2)	5,8(1)
Mortalidad, %(n)	-	6,3(4)	-	8,8(3)	11,7(2)

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes. El 55% eran mujeres, la edad media fue de 79,5 años. La mediana de la puntuación de riesgo por Euroscore II fue de 7.3. El 70% estaba en clase funcional (CF) III y el 16% requirió valvuloplastia aórtica puente. El implante se realizó con éxito en el 94,6% de los casos; se utilizó mayoritariamente la prótesis Core Valve y EvoluteR, la mortalidad intrahospitalaria fue del 6,3% (4 pacientes). Previo al procedimiento la mediana de la fracción de eyección era de 59%; AVA: 0,70 cm² (IC: 25-75: 0,53-1,1) G_{máx} 78 mmHg (IC 25:75: 68-93) G_{medio}: 47 mmHg (IC: 25-75: 40-54) y presión sistólica en arteria pulmonar: 39 mmHg. Luego del procedimiento se observó una mejoría inmediata del AVA de 0,70 a 1,9 cm² (p:001) y de los gradientes (máximo de 78 a 16 y medio de 47 a 7,5 mmHg p: 0,001) ambos parámetros se mantuvieron estables durante los dos años de seguimiento. La insuficiencia aórtica paravalvular residual moderada/severa fue del 6,3% y un 27% de los pacientes requirió MCP definitivo al alta. A los dos años de seguimientos (mediana de seguimiento 24 meses) la supervivencia fue del 88% (2 pacientes fallecieron, uno por causa cardíaca) el 77% se encontraba asintomático/CFI. La tasa de internación fue del 11,7%. Se registraron dos trombosis de TAVI al año y una a los dos años. No se registraron nuevos casos de IAO paravalvular ni cambios significativos en cuanto a la fracción de eyección y la presión sistólica pulmonar durante la evolución.

Conclusión: El procedimiento de TAVI se llevó a cabo en forma exitosa en la mayoría de los pacientes. Tanto el aumento del AVA como el descenso de gradientes aórticos mejoraron en forma significativa luego del TAVI y se mantuvieron estables a los dos años de seguimiento, esto se asoció a una mejoría clínica. La mortalidad intrahospitalaria y a los dos años fue similar a la observada en registros internacionales.

0540 - PREDICTORES PRECOSES DE RESPUESTA DIURÉTICA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA. UTILIDAD DE LA VARIACIÓN DINÁMICA DE LA NATRIURIA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Imágenes.20

CUSCHIE, Melisa Ayelen | CÁCERES, Leonardo Luis | FAIRMAN, Enrique | CHARASK, Adrian | MAURO, Víctor Miguel | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | DELFINO, Flavio Andres | BARRERO, Carlos Manuel

CLINICA SANTA ISABEL

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; sin embargo la dosis utilizada es arbitraria y resulta necesario poder predecir en forma precoz la respuesta diurética para ajustar el tratamiento.

Objetivos: Identificar variables precoces clínicas y relacionadas con el sodio urinario basal y a las dos horas y la variación dinámica de las mismas que permitan predecir respuesta diurética inadecuada (RDI) en pacientes (p) admitidos por ICD.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo que incluyó a todos los p ingresados con diagnóstico de ICD entre marzo-agosto 2019 a dos unidades coronarias de CABA. Al ingreso, luego de evacuar la vejiga, se les administró 40 mg de furosemida endovenosa y se cuantificó la diuresis a las 6 hs. Se definió RDI: volumen urinario <1,5 ml/kg/h a las 6 horas. Se recabaron características clínicas, laboratorio de ingreso, parámetros urinarios basales y a las 2 horas de suministrado el diurético. Los parámetros urinarios utilizados fueron natriuresis basal y a las 2 hs y cálculo de FENa basal y a las 2 hs. Se compararon las características entre los pacientes con y sin RDI. Se realizó un análisis univariado y regresión logística, y se consideró estadísticamente significativa una p<0,05. 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, taquiarritmias, shock cardiogénico y por datos insuficientes.

Tabla 1. Características diferenciales entre pacientes con y sin RDI				
Variable	Global n:55 (%)	Respuesta diurética adecuada n:39 (%)	Respuesta diurética inadecuada n:16 (%)	p
Edad > 85 años	19 (34)	14 (36)	5 (31)	NS
Género femenino	21 (38)	11 (28)	10 (62)	0,01
Antecedente HTA	47 (85)	32(82)	15 (93)	NS
Antecedente DBT	16(29)	11(28)	5 (31)	NS
IRC	7 (12)	5 (12)	2(12)	NS
Uso de furosemida previa	23 (41)	13 (33)	10 (62)	0,02
FEy≥45%	24(43)	13 (33)	11 (68)	0,01
Hiponatremia ingreso (<135 mEq/l)	19 (34)	10 (25)	9 (47)	0,02
Hipoalbuminemia	20 (43)	14 (40)	6 (54)	NS
FE _{Na} * ingreso <1%	31 (56)	22 (56)	9 (56)	NS
FE _{Na} * a las 2 hs <1%	17 (30)	9 (23)	8 (50)	0,03
Natriuresis basal <20 mEq/l	5 (9)	4 (10)	1 (6)	NS
Natriuresis basal <50 mEq/l	18 (33)	14 (36)	4 (25)	NS
Natriuresis <50 mEq/l a las 2 hs	4(7)	2(5)	2(12)	NS
Porcentaje de aumento del basal de natriuresis <25% a las 2 hs	27(49)	16 (41)	11 (68)	0,03

Tabla 2. Predictores de RDI			
Variable	OR	IC 95%	p
Género femenino	7,17	0,93-55,03	NS
Uso de furosemida previa	10,79	1,39-83,50	0,02
FEy≥45%	0,28	0,03-2,09	NS
Hiponatremia ingreso (<135 mEq/l)	21,37	2,12-214,81	0,009
FE _{Na} * a las 2 hs <1%	1,96	0,31-12,16	NS
Porcentaje de aumento del basal de natriuresis <25% a las 2 hs	21,44	1,93-237,24	0,012

Resultados: De los 144 p admitidos con ICD, 89 p tuvieron criterios de exclusión. Los restantes 55 p se incluyeron en el estudio. Edad mediana: 79 años (RIC 70-86), género masculino 61%, hipertensión arterial 85%, diabetes mellitus 29%, insuficiencia renal crónica 12%, IAM previo 29%, insuficiencia cardíaca previa 47%, fibrilación auricular 41%, fracción de eyección (FEy) ≥45% 43% y tratamiento con furosemida previa 41%. La mediana de tasa de filtrado glomerular calculada por CKD-EPI fue de 60.9 ml/min (RIC 44.5-77.6). La mediana de natriuresis basal fue de 72 mEq/l (RIC 42-106) y a las 2 hs de 102 mEq/l (RIC 87-117). Se observó RDI en 16 p (29%). Tabla 1: Predictores de RDI. El análisis multivariado identificó hiponatremia (<135 mEq/l), uso de furosemida previo y aumento de la natriuresis a las 2 hs respecto del basal <25% como predictores independientes de RDI (tabla 2).

Conclusión: Variables sencillas de obtener permitirían predecir en forma precoz RDI en pacientes admitidos por ICD. El dosaje de sodio urinario basal y a las dos horas debería transformarse en una práctica rutinaria. En este estudio la variación dinámica de la natruria fue más útil que su valor absoluto. Es posible que en aquellos pacientes con predictores de RDI la estrategia terapéutica deba ser más agresiva. Esta observación debe validarse en estudio de mayores dimensiones.

0542 - ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES JÓVENES: ESTUDIO PROSPECTIVO DE CASOS Y CONTROLES. ¿TIENEN VALOR LOS PUNTAJES DE RIESGO?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Enfermedad Cardiovascular

Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo

MARTINEZ, Maria Jose | VENSENTINI, Natalia | MEZA, Luciana | ROSSI PRAT, Mauro | MARIANI, Javier | ANTONIETTI, Laura | DE ABREU, Maximiliano | TAJER, Carlos D.

Hospital El Cruce, SAMIC. Florencio Varela

Introducción: La enfermedad coronaria (EC) es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. Diferentes estudios sugieren un perfil clínico y epidemiológico distinto en pacientes (p) jóvenes.

Objetivos: Analizar los perfiles epidemiológicos, clínicos y anatómicos de la enfermedad aterosclerótica en un grupo de adultos jóvenes que ingresan por síndrome coronario agudo (SCA) a la unidad coronaria de un hospital público de alta complejidad, y compararlos con un grupo control.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, de tipo caso-control, entre noviembre 2015 y noviembre 2019. Los casos incluyeron adultos de edad menor o igual a 55 años, con diagnóstico de SCA y al menos una lesión coronaria epicárdica confirmada mediante cinecoronariografía. Los controles (macheados por edad y sexo), sin antecedentes coronarios, fueron reclutados del área programática de la misma institución. Se registraron variables demográficas, clínicas, de laboratorio, angiográficas y nutricionales

Resultados: Se incluyeron 50 casos y 46 controles, 90% de sexo masculino en ambos grupos. La mediana de edad fue de 46 años (RI 39,5-51), sin diferencias entre casos y controles ($p=0,4$). En el análisis univariado la hipertensión, dislipemia y tabaquismo fueron significativamente más frecuentes en el grupo de los casos. La presencia de diabetes no fue diferente entre los grupos. Se generó una variable que combinó los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) tradicionales (hipertensión, tabaquismo, dislipemia y diabetes), la mediana de factores de FRCV fue de 2 (RI 2-3) entre los casos y de 1 (RI 1-2) entre los controles ($p=0,001$). El 62% de los casos desconocían la presencia de al menos un FRCV frente al 39% de los controles ($p=0,02$). Se calculó el riesgo de ambos grupos utilizando los scores de Framingham, OMS y ASCVD (ACC-AHA). En los casos, se realizó previo al evento coronario. Según Framingham los p con riesgo bajo e intermedio fueron del 71,4% en los casos vs 83,7% en los controles ($p=0,16$), según OMS las proporciones fueron de 93,3% vs 93,2% respectivamente ($p=0,8$) y respecto del ASCVD 96,9% de los casos vs el 100% de los controles pertenecían a este grupo de riesgo ($p=0,51$). En los estudios de laboratorio, la mediana de concentración (c) de ApoA fue de 116 (RI 95-133) en los casos vs 147 (RI 133-158) en los controles ($p= <0,001$). La extensión de la enfermedad vascular, registrada como la mediana de territorios vasculares (carotídeo, miembros inferiores, coronario y aorta) fue superior en el grupo de los casos, con 2 (RI 1-3) territorios comprometidos vs 0 (RI 0-1) en los controles ($p=0,001$). En los estudios con angiotomografía cardíaca se observó una mayor prevalencia de lesiones coronarias en los casos (95% vs 30%; $p=0,001$) y el número de las mismas también fue superior, 4 (RI 3-7) entre los casos y 1 (RI 1-2) en los controles ($p<0,001$). En el análisis multivariado que incluyó a la presencia de SCA como variable dependiente, se observó asociación significativa con el desconocimiento de la presencia de FRCV, la cantidad de territorios vasculares afectados, la concentración de ApoA, pero no con la mayor presencia de FRCV.

Conclusión: En una población de jóvenes con enfermedad coronaria los puntajes habituales que caracterizan el riesgo no permitieron distinguirlos respecto de los controles. En los casos se observaron otros parámetros asociados como el desconocimiento de la presencia de FRCV y mayores niveles de ApoA. Las estrategias preventivas en este grupo etario deben orientarse a mejores modelos en la caracterización del riesgo.

0544 - FIBRILACIÓN AURICULAR DE NOVO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST - DATOS DEL REGISTRO BUENOS AIRES I.

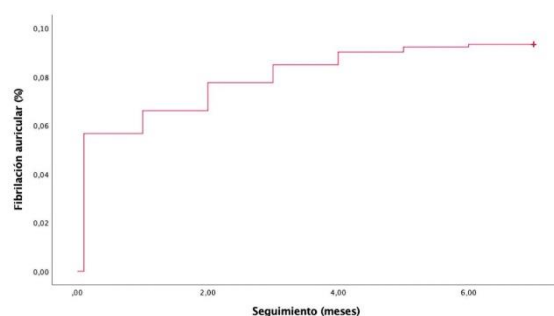
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: COVID-19

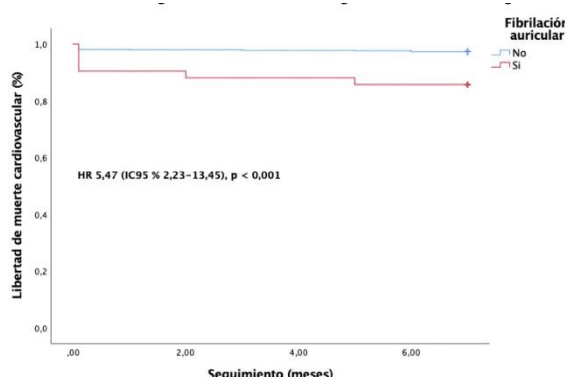
GARMENDIA, Cristian Maximiliano (1) | **VIRUEL, Marcos**(1) | **RIVERO, Mirza**(2) | **ZAIDEL, Ezequiel**(3) | **MASCARELLO, Maximiliano**(4) | **PARRILLA, Leandro**(5) | **CARLI, Natalia**(6) | **COSTABEL, Juan Pablo**(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); CEMIC (2); Sanatorio Güemes (3); Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (4); Hospital General de Agudos Dr. C. Durand (5); Hospital Nacional Profesor A. Posadas (6)



Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia con mayor incidencia a nivel mundial, vinculándose a múltiples situaciones clínicas y existiendo una clara asociación con los síndromes coronarios agudos (SCA). En nuestra

región, aún no han sido analizados los factores predictores de su desarrollo post SCASEST, su incidencia a largo plazo y su impacto en términos de eventos clínicos adversos, en pacientes pertenecientes al mundo real.



Objetivos: Describir la incidencia de FA post SCASEST, sus factores predisponentes y el pronóstico clínico de pacientes que desarrollan FA de novo luego de un SCASEST, en una población perteneciente al mundo real representativa de nuestro medio.

Materiales y Métodos: Se efectuó un sub-análisis dentro del registro prospectivo BUENOS AIRES I, que incluyó pacientes con SCASEST (n=1100). Se analizaron diferencias en términos de las características basales y eventos clínicos adversos en el seguimiento, entre los subgrupos de pacientes con y sin desarrollo de FA de novo post SCASEST. Se realizaron curvas de supervivencia mediante el estimador de Kaplan-Meier evaluando los eventos de sangrado BARC ≥ 2 , muerte total y muerte de causa cardiovascular a 6 meses desde el evento coronario índice. Se realizó un análisis mediante regresión logística binaria a fin de determinar factores predictores independientes de desarrollo de FA de novo post SCASEST y de eventos clínicos adversos en el seguimiento.

Resultados: La edad promedio fue de $65,4 \pm 11,47$ años, con un 77,2 % de sexo masculino. El subgrupo de pacientes con FA de novo fue más añoso ($70,63 \pm 10,01$ vs. $64,36 \pm 11,34$ años; p < 0,001), con mayor prevalencia de enfermedad renal crónica (36,8 % vs. 18,5 %; p < 0,001), enfermedad vascular periférica (13,2 % vs. 5,8 %; p = 0,015), y se presentaron más frecuentemente con infarto agudo de miocardio (IAM) (82,4 % vs. 59,0 %; p < 0,001), en relación a los pacientes que no desarrollaron FA. La incidencia de FA de novo a 6 meses fue de 7,7%, identificando como factores predictores independientes de su desarrollo a la edad (OR 1,04, [IC95% 1,02-1,08]; p = 0,001), la presentación inicial con IAM (OR 2,35, [IC95% 1,20-4,57]; p=0,012) y el requerimiento de cirugía de revascularización miocárdica (OR 6,86, [IC95% 3,95-11,89]; p < 0,001). El subgrupo de pacientes que desarrolló FA de novo presentó mayor mortalidad por todas las causas, mortalidad cardiovascular y eventos de sangrado BARC ≥ 2 a los 6 meses de seguimiento. A su vez, se identificó a la FA de novo post SCASEST como un factor predictor independiente de mortalidad cardiovascular (OR 3,67, [IC95 % 1,25-10,76]; p = 0,018), y sangrado BARC ≥ 2 a los 6 meses (OR 3,024 [IC95 % 1,49-6,11]; p = 0,002).

Conclusión: Nuestro estudio demostró que la ocurrencia de FA en el contexto de un SCASEST es frecuente. Su aparición impresiona encontrarse vinculada con factores como la edad, el daño estructural agudo y el requerimiento de cirugía de revascularización miocárdica, acarreando un incremento de riesgo en la salud cardiovascular de nuestros pacientes.

0547 - ESTRATEGIA HÍBRIDA EN EL MANEJO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS: RESULTADOS INICIALES EN EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica - Cirugía y Hemodinamia

DAGHERO, Luciana (1) | DIAZ, Juan Ignacio(1) | SCAUSO, Fernanda(1) | BUENO, Nora Alicia(1) | AZAR, Irma Maria(2) | MOLINAS, Rodrigo(1) | JUANEDA, Ignacio(1) | PEIRONE, Alejandro Román(1)

Hospital Privado Universitario de Córdoba (1); Hospital de Niños de Córdoba (2)

Introducción: Durante la última década hemos evidenciado una mejoría en los resultados de cirugía por cardiopatías congénitas complejas (CCC), también fue notorio la expansión de las técnicas hemodinámicas para el mismo fin. El

abordaje híbrido muestra la colaboración estrecha de los equipos quirúrgicos y de hemodinamia para el tratamiento de CCC con el objetivo de disminuir el número de intervenciones a través de técnicas menos invasivas, evitar las limitaciones dada por el tamaño de los accesos vasculares en neonatos y lactantes, disminuir el tiempo de circulación extracorpórea y parada circulatoria y permitir el planeamiento en tiempo y forma de casos más desafiantes que se beneficiarían con un abordaje combinado.

Objetivos: Evaluar las indicaciones, técnicas y los resultados iniciales del abordaje híbrido en diferentes centros dedicados al tratamiento de pacientes con cardiopatías congénitas.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo, observacional. Desde marzo de 2014 a mayo de 2020 se revisaron datos de procedimientos híbridos realizados en diferentes instituciones donde desarrolla actividades el mismo equipo médico. Se incluyeron características demográficas, tipo de cardiopatía congénita, vías de abordaje, procedimiento híbrido realizado, complicaciones y resultados iniciales.

Resultados: Se incluyeron 11 procedimientos en 10 pts. La edad media fue de 19 meses (1 día - 13 años) siendo el 45% neonatos. El peso promedio fue de 10,4 kg (2.3 -70 kg). Los procedimientos híbridos realizados incluyeron implante de stent en coartación de aorta (CoAo) nativa de segmento largo en 2 pts y en Re CoAo post quirúrgica en 1 pt, implante de stent ductal en 2 pts (uno de ellos presentaba variante de síndrome de corazón izquierdo hipoplásico y el otro estenosis valvular aórtica crítica neonatal con disfunción severa de ventricular izquierda post dilatación valvular aórtica), implante de stent en rama pulmonar izquierda en 1 pte, cierre perventricular de comunicación interventricular (CIV) en 2 pts y valvuloplastia aórtica neonatal en 3 pts. El abordaje híbrido se realizó mediante disección carotídea en 6 pts, esternotomía con punción ventricular en 4 pts y esternotomía con parada circulatoria en el pte restante. Todos los procedimientos programados pudieron completarse exitosamente. Entre las complicaciones observadas se incluyó un pte con colocación de stent en CoAo que desarrolló fibrilación ventricular/torsión de punta a las 3 horas del procedimiento y sangrado en arteria ilíaca interna derecha que requirió corrección quirúrgica a los 7 días. Un pte de 13 años falleció por sangrado incontrolable post re intervención por recambio de conducto entre ventrículo derecho y tronco de arteria pulmonar e implante híbrido de stent en rama pulmonar izquierda la cual presentaba obstrucción crítica proximal. Se realizó seguimiento en promedio de 19 meses (1- 75) todos los pts sobrevivientes evolucionaron favorablemente. Los 3 pts que requirieron stent por obstrucción de arco aórtico no presentan gradiente significativo, los 2 pts que requirieron dispositivos para cierre de CIV evolucionaron sin cortocircuitos residuales, los 3 pts con estenosis valvular aórtica neonatal permanecen sin necesidad de re intervenciones y finalmente a los 2 pts con stent ductal se les ha programado su cirugía definitiva de su CCC.

Conclusión: Los resultados iniciales utilizando una estrategia híbrida para el tratamiento de CCC en términos de sobrevida y mejoramiento de parámetros hemodinámicos son adecuados. Los procedimientos son técnicamente seguros y eficaces. Es mandatorio el trabajo en equipo. Se requerirá un mayor número de casos y un tiempo de seguimiento más alejado para confirmar las observaciones iniciales.

0550 - IMPACTO EN EL PODER DE DETECCIÓN DE ARRITMIAS SIGNIFICATIVAS MEDIANTE ELECTROCARDIOGRAMA HOLTER DE 7 DÍAS COMPARADO CON EL HOLTER DE 24 HORAS

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

VIRUEL, Marcos Lucas | BENZADON, Mariano N. | BALLARI, Franco Nicolas | LAMELAS, Pablo | ALBINA, Gastón | RIVERA, Santiago | GINIGER, Alberto | SCAZZUSO, Fernando Adrián

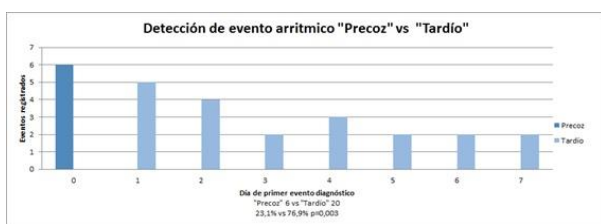
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: En la actualidad, se encuentra disponible en nuestro medio un novedoso sistema de monitoreo electrocardiográfico con registro continuo durante 7 días con la posibilidad de realizar seguimiento online, permitiendo detectar eventos de baja carga arritmica e incluso realizar una oportuna intervención cuando los eventos detectados ponen en riesgo vital a nuestros pacientes. En éste análisis, presentamos las primeras experiencias a nivel nacional con ésta valiosa herramienta diagnóstica.

Objetivos: Evaluar en cuánto se incrementa la capacidad de detectar arritmias significativas al prolongar 7 días el monitoreo electrocardiográfico ambulatorio en comparación con el Holter convencional de 24 horas.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 70 Holters consecutivos de 7 días realizados entre noviembre de 2019 y junio de 2020. Estos estudios se realizaron en pacientes en los cuales un Holter de 24 horas previo o la telemetría realizada durante un evento que requirió internación no permitieron esclarecer el cuadro clínico ni sustentar la toma de conducta terapéutica. Se consideraron arritmias significativas (AS) a aquellas que justificaran el motivo por el cual fue solicitado el estudio o que implicaran una intervención médica ya sea por severidad o por

cambio en la conducta previamente establecida. Se analizó para cada estudio el momento de detección de las AS y se comparó la cantidad de primer evento de AS detectados dentro de las primeras 24 horas de implantado el dispositivo de monitoreo (grupo precoz) con los detectados entre el segundo y el séptimo día post implante (grupo tardío).



Resultados: Del total de pacientes analizados, 26 de 70 (37%) tuvieron diagnóstico de evento arritmico significativo. La media de edad de éste grupo correspondió a 62.2 años (± 15.8), siendo 18 de 70 pacientes (69.2%) hombres. Identificamos 6 AS correspondientes al grupo "precoz" y 20 AS pertenecientes al grupo "tardío" (23.1% vs 76.9%, $p = 0.003$). De esta manera, el Holter de 7 días permitió incrementar un 433% la capacidad de detectar AS (6 vs 26 $p < 0.005$). Como otro hallazgo a destacar, 5 de las 26 AS (19.2%) fueron ocasionadas por un evento arritmico que requirió pronta intervención del equipo tratante, activando el sistema de alerta del monitoreo online contactando al paciente para proceder a su internación.

Conclusión: El monitoreo prolongado mediante Holter de 7 días se asoció a un substancial y clínicamente relevante incremento de detección de arritmias significativas permitiendo incrementar la capacidad diagnóstica del test en diferentes escenarios, detectando eventos arritmicos que no serían registrados utilizando el monitoreo convencional de 24hs. Consideramos de gran valor la capacidad de realizar monitoreo online y envío de alertas, lo cual se traduce en un incremento en la seguridad del paciente.

0551 - ANTIAGREGACION PLAQUETARIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: RESULTADOS PROVENIENTES DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO REALIZADO EN INSTITUCIONES DE ALTA COMPLEJIDAD

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

CALANDRA, Maria Paula | TUFO PEREYRA, Andrea | MARPEGAN, Cecilia | PUTARO, Carolina Barbara | COSTABEL, Juan Pablo | MANGARIELLO, Brenda | GITELMAN, Patricia Carmen | SALZBERG, Simón Mario

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

	Clopidogrel (n: 630) 73%	Ticagrelor/Prasugrel (n: 229) 27%	P
Mujeres	21%	12%	0.003
Edad	67.2 (4-11)	61.4 (-10)	<0.001
Mayores 75 años	28.7%	8.3%	<0.001
Diabetes	30%	21%	0.007
HTA	77%	69%	0.013
Antec. Enf. Coronaria	52.5%	41%	0.003
Antec. ACV/AIT/Enf. vascular periférica	12.5%	7.4%	0.03
Datos de Ingreso			
Presión arterial sistólica	139 (4-24)	140 (4-25)	0.46
Frecuencia Cardíaca	75 (50-140)	72 (65-80)	0.07
KK A de ingreso	93.1%	96%	0.11
KK B-C de ingreso	6.8%	3.9%	0.11
AAS al ingreso	88.5%	93%	0.058
Clopidogrel al ingreso	72%	14.4%	<0.001
Ticagrelor al ingreso	7.56%	42.3%	<0.001
Prasugrel al ingreso	0.48%	3.9%	<0.001
CCG	93%	99.1%	<0.001
Vía radial	79.3%	89.4%	0.002
Vía femoral	20.7%	10.6%	0.002
ATC	70.2%	94.7%	<0.001
ATC única vaso	72.6%	68.7%	0.35
Anatomía compleja	15.7%	29.9%	<0.001
CRM	13.6%	1.3%	<0.001
Ingreso a CCG en horas	20 (10-39)	14 hs (5-24)	<0.001
Ingreso a ATC en horas	20 (11-48)	16 hs (6-26)	<0.001
Electrocardiograma			
Sin cambios en el ST-T	38%	49.3%	0.003
Onda T negativa, bloqueo de rama, cambios típicos HVI	36.9%	31%	0.1
Con ST	25%	19.6%	0.1
Fracción de eyección	46% (21)	48% (21)	0.26
Evolución			
IAM	6%	5.2%	0.66
ACV/AIT	0.16%	0.44%	0.45
Angina post infarto	1.75%	-	0.04
Muerte Cardiovascular	1.6%	0.87%	0.43
Muerte no Cardiovascular	2%	0.87%	0.23
Mortalidad total	2.2%	0.87%	0.19
FA intrahospitalaria	4.92%	3%	0.016
Insuficiencia Cardíaca	8.4%	3%	0.006
Sangrado	22.4%	15.4%	0.024
Barc 0-1-2	95%	98.2%	0.037
Barc 3-4-5	4.9%	1.7%	0.037
Evolución (IAM, APIAM, ang refract, IC, MCV, M no CV)	16%	6.99%	0.001
Días de Internación			
AAS al alta	3 (2-9)	3 (2-4)	<0.001
Anticoagulación oral al alta	96.3%	99.6%	0.011
Anticoagulación oral al alta	4.9%	0.88%	0.006
Diagnóstico de Egreso			
IAM/SEST	67.9%	67.7%	0.94
Centro Público	21.1%	4.8%	<0.001
Centro Privado	78.9%	95.2%	<0.001

Introducción: El síndrome coronario agudo sin elevación persistente del segmento ST (SCASEST) constituye una entidad muy prevalente y heterogénea. La fisiopatología más común es el accidente de placa y el tratamiento antiagregante tiene un rol fundamental. En los últimos años se incorporaron drogas más potentes y de rápida acción que han desplazado a las tradicionales. No se conoce la verdadera implementación de los nuevos antiagregantes en nuestro medio.

Tabla 2: Análisis univariado con evento uso clopidogrel

	OR	IC95%	P
Mayor 75 años	4.45	2.7-7.3	<0.001
Mujer	1.92	1.2-2.9	0.004
Diabetes	1.64	1.1-2.3	0.007
HTA	1.53	1.1-2.1	0.013
Antec. enf. Coronaria	1.58	1.1-2.1	<0.001
Antec. enf vascular periférica	2.61	1.1-5.8	<0.001
CCG	0.37	0.2-0.7	0.003
CRM	10.9	3.4-35	<0.001
FA durante la internación	3.9	1.1-12.8	0.026
Centro público	5.3	2.8-10	<0.001

Tabla 3: Análisis Multivariado evento uso de clopidogrel

	OR	IC95%	p
Mayor 75 años	5.04	2.9-8.5	<0.001
Mujer	2.21	1.37-3.57	0.001
Diabetes	1.45	1-2.3	0.031
HTA	1.23	0.8-1.8	0.26
Antec. Enf Coronaria	1.8	1.2-2.6	0.001
Antec. enf vascular periférica	1.48	0.6-3.5	0.37
CRM	14	4.3-47.3	<0.001
FA durante la internación	2.05	0.55-7.6	0.3
Centro Público	6.95	3.6-13.4	<0.001

Objetivos: Evaluar las características epidemiológicas y evolución intrahospitalaria de pacientes (p) internados por SCASEST en centros de salud de alta complejidad, de acuerdo al tratamiento con doble antiagregación indicado (AAS+ clopidogrel vs AAS + ticagrelor ó prasugrel) y determinar si existen condiciones que se relacionen con la elección de los mismos.

Materiales y Métodos: Se analizó una base de datos prospectiva, multicéntrica, que incluyó 1099 p consecutivos hospitalizados con diagnóstico de ingreso de SCASEST en 19 centros de alta complejidad ubicados en Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires entre diciembre de 2017 y agosto de 2018. Criterios de inclusión: pacientes tratados con doble antiagregación por vía oral. Se excluyeron los p sin tratamiento con inhibidores del P2Y12. Para su análisis se dividió la muestra en dos grupos, Grupo "C": tratamiento con Clopidogrel; Grupo "TP": tratamiento con Ticagrelor o Prasugrel. Se compararon ambos grupos. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar o mediana [rango intercuartilo] de acuerdo a su distribución. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes.

Se realizó análisis univariado con test de T, Rank Sum Test o Chi 2 según correspondiera. Se realizó un análisis multivariado con regresión logística para determinar variables relacionadas con el tipo de antiagregante utilizado, de acuerdo a los grupos preestablecidos. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se analizaron 859 p de los cuales 15,4% correspondieron a establecimientos públicos y 84,6% a privados. La edad media fue de 65.7 (+/- 11), con 18,7% de género femenino. El Infarto constituyó 67,9% de la muestra. El tratamiento con AAS llegó a 89,7%. La cinecoronariografía (CCG) se realizó en 94,6%, angioplastia (ATC) 72,8%, Cirugía de revascularización miocárdica (CRM) en 9,66%. La mortalidad total fue 1,86%. El grupo C constituyó el 73% de la muestra con 630 p. Las diferencias entre grupos se encuentran en la tabla 1. El análisis univariado en la tabla 2. El análisis multivariado para la predicción del tipo de tratamiento está en la tabla 3.

Conclusión: En esta muestra con mayoría de centros privados, la doble antiagregación con clopidogrel fue más frecuente que con ticagrelor o prasugrel, siendo estos últimos indicados fundamentalmente en las instituciones privadas. El tratamiento con clopidogrel se utilizó en p más graves. La realización de CRM fue el factor asociado más importante para la elección del tipo de antiagregación. La internación en centros públicos significó una chance mayor casi 7 veces para la elección de clopidogrel.

0553 - TAVI TRANSFEMORAL: TENDENCIAS DE LA ÚLTIMA DÉCADA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

Unidad Temática 2: Valvulopatías

BARO, Rocio | ORDOÑEZ, Santiago | TRIVI, Marcelo Trivi | CURA, Fernando | BELARDI, Jorge Atilio | CANDIELLO, Alfonsina | CASTRO, Florencia | IRIBARREN, Ana Carolina

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Se cumple una década de la introducción del remplazo valvular aórtico percutáneo (TAVI) en la argentina. El TAVI con abordaje transfemoral se convirtió en el tratamiento de elección en un subgrupo de pacientes con enfermedad aórtica severa.

Objetivos: Describir los cambios en la práctica del TAVI transfemoral en la última década en nuestro centro.

Materiales y Métodos: Todos los pacientes que se realizaron TAVI por vía transfemoral en nuestro centro fueron incluidos prospectivamente, colectando datos pre, intra, y post-procedimiento. Para describir el comportamiento en el tiempo se categorizó la cohorte en orden cronológico en cuartiles.

Resultados: Desde 2009 se realizaron en nuestra institución 380 casos de TAVI transfemoral, siendo el primer cuartil de 2009 a 2015, segundo cuartil 2015 a 2017, tercer cuartil 2017 a 2019 y cuarto cuartil de 2019 a la actualidad. Se detectó una significativa reducción en la edad de los pacientes que sometidos a TAVI transfemoral (90,5, 86,2, 85,9 y 83,2 años para cada cuartil respectivamente; $p < 0.001$), así como también una reducción de los procedimientos de urgencia (20%, 16,8%, 18,9% y 4,2% en cada cuartil; $p = 0.019$). No se evidenciaron cambios significativos en los scores de riesgo como STS (Society of Thoracic Surgeons) (8,6, 7,4, 8,5 y 9,5 en cada cuartil; $p = 0.28$). Se observó una marcada reducción tanto de uso de anestesia general (70%, 12,6%, 15,7% y 7,3% en cada cuartil; $p < 0.001$) como uso de ecocardiografía transesofágica intra-procedimiento (85,2%, 67%, 36,2% y 25,7% en cada cuartil; $p < 0.001$), así como también mayor utilización de acceso percutáneo (70,5%, 97,8%, 97,8% y 98,9% en cada cuartil; $p < 0.001$). El éxito en implante del dispositivo incrementó en el tiempo (82,9%, 88,4%, 89% y 95,6% en cada cuartil; $p = 0.04$). Se observó una marcada reducción de complicaciones, como sangrado (42,5%, 45,1%, 18% y 6,3% en cada cuartil; $p < 0.001$), requerimiento de cirugía (3,1%, 0%, 0% y 0% en cada cuartil; $p = 0.029$), implante de marcapasos definitivo (24,4%, 23,4%, 14,8% y 13,6% en cada cuartil), e insuficiencia renal (34%, 14,8%, 7,7%, 2,1% en cada cuartil; $p < 0.001$). La estadía en internación se redujo substancialmente (9,8 días, 5,5 días, 4,4 días y 2,4 días en cada cuartil, respectivamente; $p < 0.001$). Si bien se observó una reducción substancial de la mortalidad intra-hospitalaria, esta no resultó estadísticamente significativa (6,3%, 7,5%, 6,3% y 1% en cada cuartil; $p = 0.15$).

Conclusión: Durante la última década del TAVI transfemoral observamos una marcada tendencia hacia el minimalismo y un consecuente impacto en la reducción de las complicaciones peri-operatorias. A pesar de tratar pacientes con similar riesgo quirúrgico durante la última década, los resultados generales sobre eventos duros fueron significativamente optimizados.

0556 - CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE. INCIDENCIA DE TERAPIAS APROPIADAS EN PACIENTES SIN EVENTOS DENTRO DE LOS PRIMEROS 48 Y 60 MESES DESDE EL IMPLANTE.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

RAMIREZ, Debora | GALIZIO, Nestor | CARNERO, Guillermo Alejandro | MYSUTA, Mauricio | TRONCONI, Alejo | PELTZER, Michael | ALVAREZ CORREA, Mariel | GONZÁLEZ, José Luis

Fundación Favaloro

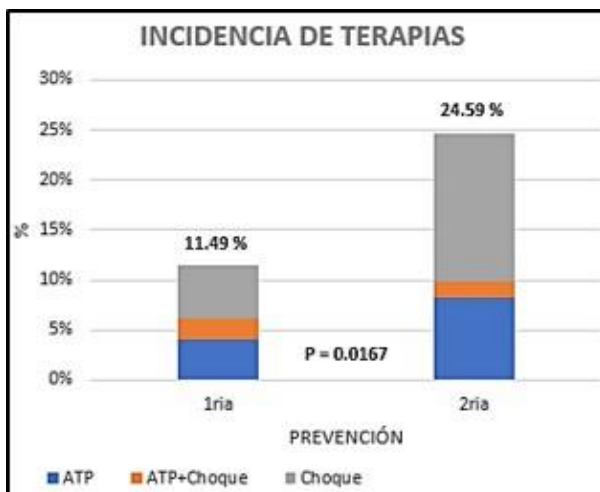
Introducción: Si bien los beneficios del cardiodesfibrilador implantable (CDI) en la reducción de muerte súbita (MS) tanto en prevención primaria (PP) como secundaria (PS) están demostrados, contamos en la actualidad con pocos datos acerca de la incidencia de terapias en el seguimiento a largo plazo. Hasta hace pocos años la vida útil promedio del CDI oscilaba entre 4 y 5 años. Un gran porcentaje de pacientes (pts) llegaban al tiempo de recambio sin haber requerido terapias.

Objetivos: Analizar la incidencia de terapias apropiadas en pacientes portadores de CDI en prevención primaria y secundaria de muerte súbita durante un seguimiento luego de 48 y 60 meses sin eventos desde el implante.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis observacional unicéntrico prospectivo, desde junio de 2003 a junio de 2016. Se incluyeron 209 pts, 148 (70.8%) con implante de CDI en carácter de PP y 61 (29.2%) en PS de muerte súbita, según indicación de las guías internacionales vigentes. Se definió como punto final primario la incidencia de terapias apropiadas (ATP o choque) luego de los 48 y 60 meses de seguimiento desde el implante en cada grupo. Se analizaron las características basales de cada población: edad al implante 63.10 ± 10.2 años en PP y 62.39 ± 12.3 en PS, sexo masculino 86.48% en PP y 88.52% en PS, miocardiopatía idiopática 18.91% en PP, 24.59 % en PS e isquémica 81.08% y 75.40%, con una fracción de eyección ventricular izquierda promedio de $26.66 \pm 6.4\%$ y $31.40 \pm 12.14\%$ respectivamente. La mayoría de los pts se encontraba bajo tratamiento médico con betabloqueantes, así como amiodarona, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de los receptores de la angiotensina II y antialdosterónicos en menor porcentaje. Para el análisis estadístico se utilizaron Test de Student y Chi Cuadrado, considerando un valor de P significativa <0.05 .



Resultados: Luego de los 48 meses, 32 pts (15.3%) tuvieron terapias apropiadas, 17 en PP (11.5%) y 15 en PS (24.6%) (P 0.0167). El tiempo promedio desde este período al primer evento fue de 34.2 ± 26 meses en PP y 37.4 ± 26.4 meses en PS (P 0.4). De los 32 pts, 26 (12.4%) presentaron su primer terapia luego de los 60 meses.



Conclusión: En nuestra población en estudio se observó una importante incidencia de terapias apropiadas después de los 48 y 60 meses del implante. Los pacientes en PS mostraron el mayor porcentaje.

0558 - CORRELACIÓN ENTRE TROPONINAS ULTRA SENSIBLES Y VARIABLES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

ZONIS, Leandro | QUIROGA, Alejandro Gabriel | ANTONIUTTI, Guido | ZEPPA, Federico | MESSINA, Nahuel Sergio | VERON, Luis Facundo | FANILLA, Martin Ernesto | FERNÁNDEZ, Adrián

Hospital Universitario Fundacion Favaloro

Introducción: Existen diferentes trabajos en la literatura que han demostrado la correlación entre la elevación de las troponinas ultra sensibles (TUS), fibrosis y eventos en pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH). Sin embargo, la correlación directa con otras variables ecocardiográficas aisladas ha sido menos estudiada.

Objetivos: Evaluar la correlación de los valores de TUS, la elevación de la misma y variables ecocardiográficas en pacientes con MCH.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional que incluyó 1291 pacientes consecutivos con MCH que fueron seguidos entre marzo de 1993 y junio 2020. Después aplicar los criterios de exclusión: pacientes que en la evaluación inicial tenían antecedente de miectomía quirúrgica, ablación septal con alcohol, Fracción de eyección del ventrículo izquierdo inicial menor al 50%, menores de 16 años de edad, enfermedades y síndromes metabólicos o que se perdieron durante el seguimiento; quedaron 780 pacientes. De esta muestra, 118 pacientes tuvieron dosajes de TUS. Se consideró un valor de TUS elevado a partir de 15.6 pg/ml en mujeres y 34.2 en hombres.

Resultados: La muestra final incluyó 118 pacientes, 40 (34%) fueron mujeres y 78 (66%) varones. La mediana del valor de TUS en la población fue de 14 pg/mL, con un valor mínimo de 4 pg/mL, máximo de 993 pg/mL y un rango intercuartil 25-75% de 5 y 41 pg/mL. El 34% de los pacientes presentó un valor elevado de TUS acorde a su género. Se evaluó la relación de los valores de TUS con los siguientes parámetros ecocardiográficos: diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (VI), diámetro sistólico del VI, máximo espesor del VI, gradiente intraventricular en reposo y durante la maniobra de Valsalva, sin tener correlación estadísticamente significativa con ninguno de ellos (todas con un $p > 0.05$). No se pudo realizar análisis de parámetros de velocidades tisulares y la relación E/e' por el bajo número de pacientes con ambos datos en la muestra. De los pacientes que tenían TUS elevada sólo 1 paciente (2.5%) presentó progresión a deterioro de la función ventricular izquierda en el seguimiento mientras que ninguno de los pacientes con valores normales lo hizo ($p = 0.34$). Encontramos que los valores de TUS se correlacionaron en forma significativa con el riesgo de muerte súbita a 5 años de la sociedad europea de cardiología 2014 (coeficiente 0.005, coeficiente de

correlación r^2 0.03, p 0.045). Si bien es una correlación débil (explica sólo el 3% del aumento del riesgo) es útil para explorar en el contexto de un evento de trascendencia clínica que tiene más de un determinante clínico.

Conclusión: En nuestra población de pacientes con MCH, la elevación de TUS no demostró asociación estadísticamente significativa con ninguna de las variables ecocardiográficas evaluadas. Esto puede deberse a un número bajo de pacientes como para discriminar diferencias entre ambos grupos. Se pudo observar un aumento apareado del valor de predicción de muerte súbita a 5 años con el aumento de la TUS en forma significativa aunque con un correlación débil. Esto refuerza la utilidad de la TUS como biomarcador en el seguimiento de los pacientes con MCH y como una posible herramienta para la estratificación de riesgo de muerte súbita.

0560 - EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICO DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA NO OBSTRUCTIVA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

BANCHIO DAL BÓ, María Josefina | MESSINA, Nahuel Sergio | QUIROGA, Alejandro Gabriel | ANTONIUTTI, Guido | CASABÉ, José Horacio | MOUKARZEL, Juan | VERON, Luis Facundo | FERNÁNDEZ, Adrián

Fundación Favaloro

Introducción: Una proporción de pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH) no tienen obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI). Sin embargo, hay pocos trabajos en la literatura en relación al curso natural de este subgrupo.

Objetivos: Evaluar la evolución clínica y pronóstico de una población de pacientes con MCH no obstructiva (MCHn)

Materiales y Métodos: Este estudio retrospectivo y observacional, incluyó 1291 pacientes consecutivos con MCH que fueron seguidos entre Marzo 1993 y Junio 2020. Se consideró como MCHn a pacientes que no tenían gradiente en el TSVI mayor a 30 mmHg ni en reposo ni con maniobra de Valsalva. Por lo tanto se excluyeron los pacientes con MCH obstructiva, miectomía quirúrgica, ablación septal con alcohol, y aquellos <16 años de edad, enfermedades metabólicas, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) inicial <50% y con <5 años de seguimiento. Se consideraron como puntos finales primarios a la muerte súbita (MS) o descarga apropiada por un CDI (considerado equivalente de MS), y la muerte por insuficiencia cardíaca (IC) o requerimiento de trasplante cardíaco (considerado equivalente de muerte por IC) y como punto final secundario el desarrollo de FA.

Resultados: 410 pacientes quedaron para el análisis de los cuales 225 (55%) presentaron MCHn. Este grupo estaba compuesto por 155 varones (69%) con edad promedio de 45 años (DS: +/-16 años). En la primera evaluación, sólo 7 pacientes (3%) se presentaron en clase funcional III/IV; 36 pacientes (16%) manifestaron síncope inexplicable y 58 pacientes (25%) refirieron antecedente de MCH en familiar de 1er grado. La mediana del score de riesgo de MS a 5 años de la sociedad europea de cardiología (SEC) fue de 2.3% (RIC 25-75: 1.7-3.6) y un valor máximo de 13%. Respecto a las variables ecocardiográficas el máximo espesor del ventrículo izquierdo fue 20.6 mm (DS: +/-5.5mm), la FEVI media fue 64% (DS±4.8%), la mediana del gradiente en reposo fue de 2 mmHg (RIC 25-75: 2 mmHg) y el máximo 9 mmHg, y con maniobra de Valsalva fue de 2 mmHg (RIC 25-75: 2 mmHg) y máximo de 26 mmHg y sólo 5 pacientes (3%) presentaban insuficiencia mitral severa. Pese a estos gradientes bajos, 22 pacientes (14%) presentaban movimiento anterior sistólico (MAS) de la valva anterior mitral y 3 pacientes (2%) gradiente medioventricular no significativo (<30 mmHg). Durante una mediana de seguimiento de 7.5 años, 17 pacientes (7.6%) presentaron el punto final primario y 69 pacientes (31%) el secundario. Por otro lado 9 pacientes (4%) progresaron con deterioro de la FEVI y 4 pacientes (2%) requirieron trasplante cardíaco. A 50 pacientes (22%) se les indicó un CDI: 29 pacientes presentaban un score de riesgo de la SEC >6%, 19 pacientes entre 4-6% y 2 pacientes un score <4%. En los de riesgo intermedio se indicó por HVI extrema (n=10), fibrosis extrema y/o aneurisma apical y/o respuesta anormal de la presión ante el ejercicio (n=9). En los casos de riesgo bajo se indicó por una HVI extrema y fibrosis (n=1) o por la presencia de fibrosis y una mutación de alto riesgo (n=1). La mortalidad relacionada con la MCHn fue baja (n = 13; 5.8%) y no hubo ninguna MS.

Conclusión: La mayoría de los pacientes con MCHn presentan una evolución clínica benigna y la morbimortalidad relacionada con la MCH es baja. Se destacan la presencia de antecedente de MCH familiar y la progresión en un pequeño porcentaje hacia el deterioro de la FEVI y requerimiento de trasplante cardíaco.

0561 - RESULTADOS DEL PRIMER REGISTRO NACIONAL DE EXTRACCIÓN DE CATÉTERES DE DISPOSITIVOS (RENEDI).

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

Unidad Temática 2: Cirugía Cardiovascular

SPERANZA, Ricardo Eugenio (1) | FERRARI AYARRAGARAY, Javier(2) | MAZZETTI, Héctor(3) | DE ZULOAGA, Claudio(1) | GIRELA, Alejandro Germán(4) | FRAGUAS, Hugo(5)

Hospital Nacional Profesor A. Posadas (1); Sanatorio Trinidad Mitre (2); Sanatorio Trinidad Palermo (3); Actividad Clínica Privada (4); Fundación Favaloro (5)

Introducción: La evolución de sistemas de extracción percutáneos, junto a la experiencia de grupos quirúrgicos ha condicionado un aumento progresivo de las indicaciones para extracción por diversas causas.

Objetivos: Evaluar la implementación del procedimiento en nuestro país, caracterizar la población y evaluar los resultados obtenidos en dicho registro.

Materiales y Métodos: Registro multicéntrico, prospectivo, y observacional. Desde el 01 de noviembre de 2017 hasta el 30 de marzo de 2019 fueron tratados 222 pacientes a quienes se les extrajeron 427 catéteres-electrodos endocavitarios de marcapasos o desfibriladores. Se analizaron las indicaciones, los abordajes, los sistemas de extracción y los resultados. Un 79.3% de los procedimientos fueron llevados a cabo en quirófano, siendo realizado en un 77.9% por un cirujano, y un 22.1% por un electrofisiólogo. Poco menos de un 30% de los mismos no utilizaron cirugía cardíaca stand-by.

Resultados: La población estudiada estuvo compuesta por 159 hombres (71.6%) y 63 mujeres (28.4%), con una edad promedio de 58 años, (rango 10-90). Fueron extraídos 427 electrodos (1,92 electrodos por paciente), de 328 eran de marcapasos y 99 de cardiodesfibrilador. El tiempo promedio de implantados de todos los catéteres fue de 81.5 ± 71 meses (rango 1-372). La indicación más frecuente fue la infección/decúbito de bolsillo. Del total de 427 catéteres, 118 (27.6%) se extrajeron por tracción simple. Los restantes 309 (74,4%) requirieron empleo de sistemas de extracción, siendo el convencional el más frecuentemente utilizado. Las vainas activas fueron usadas en 42 pacientes (18.47%). El tiempo promedio de implante de los electrodos extraídos por un sistema de extracción fue de 125.7 ± 71.7 meses, mientras que los extraídos por tracción simple fue de 29.1 ± 34.8 meses.

Conclusión: La extracción de electrodos es una práctica habitual en nuestro país, siendo las infecciones de dispositivos y la disfunción del electrodo las indicaciones mas frecuente. El RENEDI, muestra al igual que otras series internacionales, que es un procedimiento con alto porcentaje de eficacia, con un bajo número de complicaciones cuando es realizada por personal idóneo.

0564 - PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO Y COMORBILIDADES EN UNA CLÍNICA DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

BARCOS, Javier Cesar | TELLO SANTACRUZ, Ivan Alfredo | FERNANDEZ RECALDE, María Luz | PIERSIGILLI, Evangelina Del Milagro | CASSANO, Alejandra Elena | AVACA, Horacio Alberto | CÁCERES MONIÉ, César Rodolfo

Hospital Británico de Buenos Aires

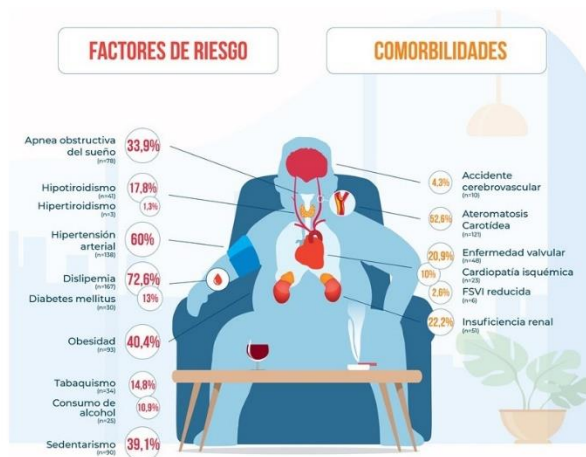


Figura 1. Prevalencia de factores de riesgo y comorbilidades en una clínica de fibrilación auricular (N=230).
FSVI: función sistólica del ventrículo izquierdo.

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente del adulto y se asocia a un incremento en la morbilidad y mortalidad. Existe un gran número de factores de riesgo (FR) y comorbilidades que se relacionan con el desarrollo y progresión de la misma. Sin embargo, los datos epidemiológicos en Argentina son escasos.

Objetivos: Analizar la prevalencia de FR y comorbilidades, a partir de una evaluación integral en una clínica de FA (CFA).

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas de aquellos pacientes con FA mayores de 18 años que concurrieron a una CFA en un hospital de comunidad de la Ciudad de Buenos Aires entre octubre de 2018 y marzo de 2020. La misma consistió en una entrevista con un electrofisiólogo y una serie de estudios cardiovasculares y clínicos de rutina: análisis de sangre, peso y talla, electrocardiograma, holter de 24 o 48 horas, eco-Doppler cardíaco y carotídeo, toma de presión arterial, cuestionarios de apneas del sueño (Berlín, STOP-Bang y Escala de somnolencia Epworth) e índice tobillo brazo (ITB). En los casos que fue necesario, se completó la evaluación con monitoreo ambulatorio de la presión arterial, poligrafía domiciliar y/o ecoestrés con ejercicio. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de FA, hipertensión arterial (HTA), dislipemia, diabetes mellitus, tabaquismo activo, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol (1 o más unidades de bebida estándar por día), apneas del sueño en grado moderado o severo, hipotiroidismo, hipertiroidismo, cardiopatía isquémica, accidente cerebro-vascular, insuficiencia renal crónica, enfermedad valvular moderada o severa, fracción de eyección < 40%, ateromatosis carotídea e ITB < 0,9 considerándolo como indicador de enfermedad vascular periférica.

Resultados: Se incluyeron 230 pacientes. La edad promedio fue de $68 \pm 12,4$ años, con predominio del sexo masculino (67,4%; n=155) y de FA paroxística (72,6%; n=167). El promedio del puntaje de CHA2DS2-Vasc fue de $2,3 \pm 1,5$. La prevalencia de los principales FR y comorbilidades se detallan en la Figura 1. Además, 85 pacientes (37,0%) tenían sobrepeso; 90 pacientes (39,1%) cumplían criterios de síndrome metabólico; 20 pacientes (8,7%) presentaron un ITB < 0,9 y 6 pacientes (2,6%) tuvieron fracción de eyección < 40%. Se resalta el alto porcentaje de hipotiroidismo (17,8%; n=41).

Conclusión: En nuestra población, existe una alta prevalencia de múltiples FR y comorbilidades en pacientes con FA. Entre ellos se destacan: dislipemia, HTA, obesidad, apneas del sueño, sedentarismo, tabaquismo, hipotiroidismo y diabetes. Estos datos concuerdan con lo descripto en otras poblaciones y remarca la importancia de realizar un enfoque integral para un mejor tratamiento de estos pacientes.

0568 - IMPACTO DE LAS DISTINTAS ESTRATEGIAS DE ANTIAGREGACIÓN EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN PACIENTES PERTENECIENTES AL MUNDO REAL

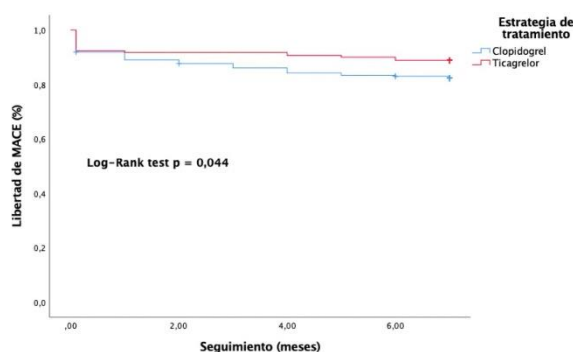
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

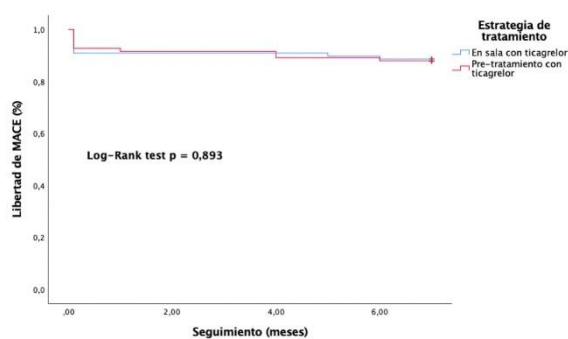
Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo

GARMENDIA, Cristian Maximiliano (1) | **DURONTO, Ernesto**(2) | **DAMIANICH, Guido**(3) | **NANI, Sebastián**(4) | **ODONE, Martín**(5) | **GUARDIANI, Fernando**(6) | **BINDER, Sofía**(7) | **COSTABEL, Juan Pablo**(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Fundación Favaloro (2); Sanatorio Finochietto (3); Clínica Olivos (4); Sanatorio San Lucas (5); Corporación médica de general San Martín (6); Hospital Naval Buenos Aires Cirujano Mayor Dr. Pedro Mallo (7)



Introducción: En la actualidad, se dispone de información limitada acerca del impacto clínico de las diferentes estrategias de tratamiento con inhibidores del receptor P2Y12 (iP2Y12), en el contexto de un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) en pacientes pertenecientes al mundo real de nuestra región.



Objetivos: Determinar la incidencia de eventos cardíacos mayores adversos (MACE) y eventos de sangrado BARC ≥ 2 , de acuerdo a la estrategia de tratamiento con iP2Y12 administrada en el contexto de un SCASEST, con un periodo de seguimiento a 6 meses.

Materiales y Métodos: Fue un sub-análisis pre-especificado dentro del registro prospectivo BUENOS AIRES I, que incluyó pacientes con SCASEST (n=1100). Se estratificó a la cohorte total de acuerdo al momento de administración del iP2Y12, según "pre-tratamiento" (previo a conocer la anatomía coronaria), o "tratamiento en sala" (luego de conocer la anatomía coronaria), y se analizaron las características basales de los diferentes subgrupos y la incidencia de eventos clínicos adversos en el seguimiento a 6 meses, de acuerdo a 4 estrategias terapéuticas, según: pre-tratamiento con clopidogrel o ticagrelor, tratamiento en sala con clopidogrel o ticagrelor; excluyendo al prasugrel por el escaso número de pacientes reportados. Se realizaron curvas de sobrevida mediante el estimador de Kaplan-Meier evaluando MACE y eventos de sangrado BARC ≥ 2 luego de 6 meses post SCASEST.

Resultados: La edad media fue de $65,4 \pm 11,5$ años, con un 77,2 % de sexo masculino. El 79,7 % (n = 877) de la cohorte total recibió tratamiento con un iP2Y12 durante el transcurso de la hospitalización, en donde el 75 % (n = 658) lo recibió en forma de pre tratamiento, y en el 25 % (n = 219) como tratamiento en sala. El subgrupo de pacientes que recibió pre tratamiento con iP2Y12 fue más joven ($65,45 \pm 11,43$ vs. $67,55 \pm 11,41$ años; p = 0,021), con una mayor prevalencia de infarto agudo de miocardio previo (38,9 % vs. 22,8 %; p < 0,001), y angioplastia transluminal coronaria previa (40,0 % vs. 26,0 %; p < 0,001), en comparación al subgrupo de tratamiento con iP2Y12 en sala. A los 6 meses, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de MACE (16,4 % pre-tratamiento vs. 14,4% tratamiento en sala; p = 0,508), o eventos de sangrado BARC ≥ 2 (14,7 % vs. 11,1 %; p = 0,205), entre los distintos momentos de administración del iP2Y12. El tratamiento con ticagrelor, independientemente del momento de su administración, presentó una mayor libertad de MACE en comparación al

clopidogrel (test Log-Rank $p = 0,044$), sin diferencias términos de eventos de sangrado. No se observaron diferencias en MACE entre la administración de ticagrelor en pre-tratamiento o tratamiento en sala (test Log-Rank $p = 0,893$).

Conclusión: Este sub-análisis pre-especificado del registro BUENOS AIRES I demostró que el tratamiento con ticagrelor en sala es una estrategia segura y efectiva, aportando el beneficio de conocer la anatomía coronaria antes de la administración del iP2Y12.

0569 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL GENERADA POR EL CONTAMINANTE AMBIENTAL TIPO-DIOXINA HEXACLOROBENCENO: ROL DE LAS HORMONAS TIROIDEAS, TGF-B1 Y NO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Arterial

Unidad Temática 2: Investigación Básica

ROMERO CAIMI, Giselle (1) | DEZA, Zahira(1) | GUTIERREZ, Christopher(1) | BONAZZOLA, Patricia(2) | SAENZ, Daniel(1) | COLI, Lucia(1) | CASTILLA LOZANO, Maria Del Rocio(1) | ALVAREZ, Laura(1)

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

Introducción: Introducción: Existe una franca relación entre la hipertensión arterial y la contaminación ambiental. Dentro de los contaminantes ambientales ampliamente distribuidos en la biosfera se encuentra el hexaclorobenceno (HCB). Este compuesto es un disruptor endócrino y desregula la homeostasis de las hormonas tiroideas (HT). Previamente demostramos que aumenta la presión arterial (PA) y altera la morfología y la funcionalidad vascular (FV) in vivo. El TGF-B1; la eNO;s y el RE-alfa; están involucrados en estos efectos. La hipertensión generada se produjo como consecuencia de una alteración en la relajación dependiente de endotelio.

Objetivos: Objetivo: Profundizar el estudio del mecanismo de acción del HCB sobre la FV en la línea endotelial Ea-hy926.

Materiales y Métodos: M&M: Western Blot: Electroforesis 7.5% SDS-PAGE. Membrana de PVDF. Anti- (TGF-B1, eNOS and RE-alfa;). RT-PCR: Niveles de TGF- B1 mRNA. La síntesis de cDNA desde el mRNA, un kit de Promega. Tubulogenesis: Formación y largo de tubulos en Matrigel, fotografías en microscopio optico. Reactivo Griess: 0,2% diclorhidrato de naftilendiamina, 2% sulfanilamida/ ácido fosfórico al 5%. H2S: Acetato de zinc 1% (p/v), N-dpd en HCl 7,2 M/FeCl3/HCl 1,2 M, Abs a 670 nm.

Resultados: Resultados: a-El nivel proteico de TGF-B1; aumentó 24% ($p < 0.05$), 38% y 40% ($p < 0.01$) con HCB 0,005 0,05 y 5 uM, respectivamente; su RNAm incrementó un 28% ($p < 0.05$) con HCB 0,05 y 36% ($p < 0.01$) con HCB 5 uM. El RE-alfa disminuyó 28 y 36% ($p < 0.01$) con HCB 0,05 y 5 uM, respectivamente. b-La expresión de eNOS disminuyó 25% ($p < 0.05$) con HCB 5 uM, y los nitritos 38% ($p < 0.01$), con HCB 5 uM; los niveles endógenos de H2S disminuyeron un 29% ($p < 0.05$) con HCB 5 uM. c-La inhibición del RII de TGF-B1 aumentó la expresión del RE-alfa; y disminuyó a valores controles la angiogenesis generada por el HCB 5 uM. d-. La administración de T3 exógena a células deplegadas de HT normalizó a valores controles el aumento sobre los niveles de TGF-B1; así como la disminución de los niveles del RE-alfa generados por el HCB 5 uM.

Conclusión: Conclusión: El HCB altera los procesos vasculares de angiogénesis y de contractilidad. Este efecto se logra mediante la variación en los niveles de T3, lo que provoca la desregulación de la expresión de las moléculas TGF-B1 y el RE- α . Los mediadores moleculares ON y H2S, de manera parácrina, podrían ser responsables de los efectos observados in vivo en las células musculares vasculares de animales tratados con HCB, alterando la FV y aumentando la PA.

0570 - MINIESTERNOTOMIA VERSUS ESTERNOTOMÍA CONVENCIONAL EN EL REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO: EFECTOS EN LA MORBIMORBILIDAD TEMPRANA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cirugía Cardiovascular

Unidad Temática 2: Valvulopatías

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

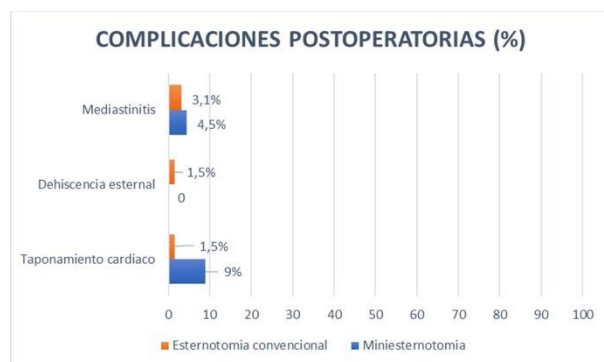
Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: La proporción de pacientes tratados mediante miniesternotomía en el reemplazo valvular aórtico está aumentando, hay evidencia de que es una técnica tan eficaz, fiable y segura con respecto a la esternotomía convencional.

Objetivos: Demostrar si existen diferencias en la evolución postoperatoria de los pacientes sometidos cirugía de reemplazo valvular aórtica mediante miniesternotomía

CARACTERÍSTICAS PREOPERATORIAS			
VARIABLES	GRUPO A (n = 67)	GRUPO B (n = 65)	VALOR DE p
EDAD (AÑOS)	62,04	71,10	0,07
SEXO MASCULINO (%)	64,2	73,4	0,25
DIABETES MELLITUS (%)	19,4	36,9	0,025
HIPERTENSION (%)	67,2	81,5	0,59
TABAQUISMO (%)	11,9	7,7	0,41
EPOC (%)	6	4,6	0,72
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR PREVIO (%)	3	3,1	0,97

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte (unicéntrico, analítico, retrospectivo y prospectivo). Se incluyó en el grupo A a todos los pacientes sometidos a reemplazo valvular aórtica con miniesternotomía (n = 67) y en el grupo B a pacientes sometidos por esternotomía media (n = 67) en el período comprendido entre enero del 2018 y octubre de 2019.



Resultados: Se observó menor sangrado en el posoperatorio dentro de las primeras 24 horas (203,68 ml vs 229,68 ml) con un valor de p de 0,02; hubo una tendencia a mayor tasa de taponamiento en el grupo de miniesternotomía con un valor de p de 0,057. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en cuanto a dehiscencia esternal, mediastinitis, estancia hospitalaria y mortalidad

Conclusión: El uso de miniesternotomía en la cirugía de reemplazo valvular aórtico disminuyó el sangrado dentro de las primeras 24 horas del postoperatorio, habiendo una tendencia a mayor tasa de taponamiento cardiaco. No hubo diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a dehiscencia esternal, mediastinitis ni estadía hospitalaria.

0571 - TRASPLANTE CARDIACO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA POR CADENAS LIVIANAS Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Imágenes.20

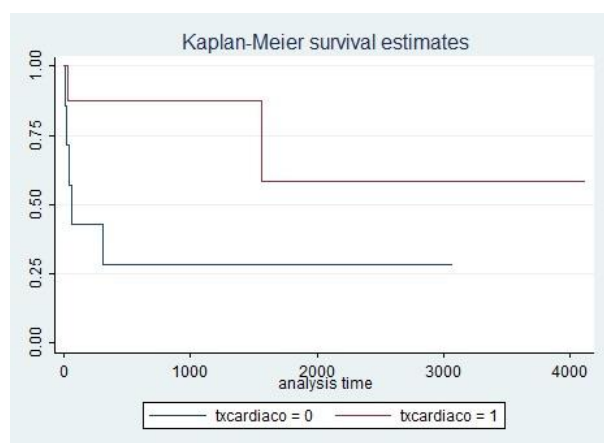
VILLANUEVA, Eugenia | PÉREZ DE ARENAZA, Diego | NUCIFORA, Elsa | AGUIRRE, Adela | POSADAS MARTINEZ, Maria Lourdes | MARENCHINO, Ricardo | PIZARRO, Rodolfo | BELZITI, César Antonio

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La amiloidosis por cadenas livianas (AL) es una enfermedad infiltrativa, que afecta particularmente al corazón, con reducida sobrevida en pacientes no tratados. El tratamiento hematológico de supresión de cadenas livianas implica una marcada sobrecarga cardiaca no tolerada en pacientes con disfunción ventricular. Se han reportado casos clínicos o pequeñas series de casos donde el trasplante cardiaco permitiría normalizar la función ventricular, realizar tratamiento completo hematológico y podría aumentar sobrevida.

Objetivos: Evaluar el efecto en la sobrevida del trasplante cardiaco en pacientes con amiloidosis AL y disfunción ventricular.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis del registro prospectivo institucional (Registro Institucional de Amiloidosis-ClinicalTrials.gov Identifier: NCT01347047-) donde se incluyeron pacientes con AL y disfunción ventricular. Se definió disfunción ventricular como fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) < 56%. Se incluyeron pacientes con y sin trasplante cardiaco. Se evaluó la sobrevida entre ambos grupos mediante análisis de sobrevida de Cox y se graficó mediante curva de Kaplan-Meier. Se realizó un modelo bivariado de Cox para el ajuste de otras variables confundidoras.



Resultados: Se incluyeron 15 pacientes con AL y FEVI <56%. La edad promedio fue ($56 \pm 9,4$, años), 47% eran varones, y la FEVI promedio fue $42,5 \pm 9,2$ %. El seguimiento promedio fue $2,42 \pm 3,4$ años. En el análisis de sobrevida de Cox se observó una tendencia no significativa a mayor sobrevida en aquellos pacientes trasplantados (HR 0.23, IC 95% 0,08-1,23, $p=0,087$). (ver curva Kaplan-Meier). En un análisis multivariado (bivariado) ajustado por la fracción de eyección se observó una mayor sobrevida en los paciente trasplantado con AL de aquellos sometidos a tratamiento médico (HR 0.15, IC 95% 0,02-0,95, $p=0,044$).

Conclusión: En pacientes que presentan compromiso cardiaco por amiloidosis AL y disfunción ventricular el trasplante cardiaco se asoció con una mayor sobrevida en este pequeño estudio observacional.

0575 - ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS Y ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES JÓVENES

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Enfermedad Cardiovascular

Unidad Temática 2: Aspectos Psicosociales

MARTINEZ, Maria Jose | VENSENTINI, Natalia | LUNA, Gloria | ROSENDE, Andrés | MARIANI, Javier | DE ABREU, Maximiliano | ANTONIETTI, Laura | TAJER, Carlos D.

Introducción: La enfermedad coronaria (EC) es una causa importante de morbimortalidad a nivel mundial. La ocurrencia de EC en pacientes jóvenes podría estar asociada a otros factores, como el deterioro de la calidad de vida medida en términos socioeconómicos.

Objetivos: Analizar aspectos epidemiológicos y clínicos de una población de adultos jóvenes que ingresan por un síndrome coronario agudo (SCA) a la unidad coronaria de un hospital de alta complejidad.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, de tipo caso-control. Los casos incluyeron los pacientes (p) menores de 55 años de edad que ingresaron derivados a nuestro centro por SCA con enfermedad coronaria epicárdica confirmada mediante cinecoronariografía en el período de noviembre 2015 – noviembre 2019. Los controles sanos (macheados por edad y sexo), sin antecedentes coronarios, fueron reclutados del área programática del hospital. Se registraron variables demográficas, clínicas, de laboratorio, angiográficas y nutricionales. Asimismo se completaron cuestionarios para evaluar las dimensiones socioeconómicas, culturales y psicológicas.

Resultados: Se incluyeron 50 casos y 46 controles. La mediana de edad fue de 47,5 años (RI 40-51) para los casos y 46 años (RI 39-50) para los controles ($p=0,4$). El 90% fueron de sexo masculino en ambos grupos. Se generó una variable que incluyó a todos los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) tradicionales (hipertensión, tabaquismo, dislipemia y diabetes). La mediana de factores de FRCV fue de 2 (RI 2-3) entre los casos y de 1 (RI 1-2) entre los controles ($p=0,001$). El 62% de los pacientes pertenecientes a los casos desconocían la presencia de al menos un FRCV frente al 39% de los controles ($p=0,02$). En cuanto a factores socio-económicos (S-E) se observó una mayor tasa de desempleo entre los casos (20% vs 5%; $p=0,003$) y peores condiciones laborales: ausencia de salario fijo (70% vs 52,5%, $p=0,07$), ausencia de aportes jubilatorios (82% vs 50%; $p=0,001$) y ausencia de licencia por enfermedad (78% vs 60%; $p=0,05$). Como resulta esperable, estos pacientes tienen con mayor frecuencia vivienda deficitaria (22% vs 2,5%; $p=0,005$) y puntaje de bienes escaso (7 vs 8; $p=0,03$). Se observó asociación significativa entre el desconocimiento de la presencia de FRCV y algunas condiciones que generan desventajas S-E, como la ausencia de aportes jubilatorios (81% vs 53%, $p=0,005$) o la ausencia de obra social (80% vs 53%, $p=0,005$). Además, estos p se auto-percibían en peores condiciones según la escala de posición S-E auto-percibida (4 vs 4,5, $p=0,03$). En el análisis multivariado que incluyó a la presencia de SCA como variable dependiente, encontramos asociación significativa con el mayor número de FRCV, el desconocimiento de la presencia de los mismos y el desempleo.

Conclusión: En un estudio de casos y controles, los eventos coronarios se asociaron a mayor prevalencia de FRCV tradicionales, desconocimiento de la presencia de FRCV y factores socioeconómicos como el desempleo. Tanto el desconocimiento del riesgo cardiovascular como las condiciones socioeconómicas adversas constituyen barreras para acceder al sistema de salud, por lo que en grupos de mayor vulnerabilidad social deberían promoverse estrategias intensivas de tamizaje y concientización de riesgo cardiovascular.

0576 - IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LAS INTERNACIONES CARDIOVASCULARES

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Salud Pública y Políticas de Salud

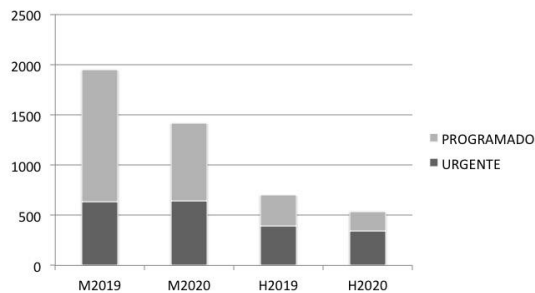
TRIVI, Marcelo Sergio | BOTTO, Fernando | HENQUIN, Ruth | COSTABEL, Juan Pablo | LALOR, Nicolás | RODRÍGUEZ, Leandro | ALVES DE LIMA, Alberto E. | BELARDI, Jorge Atilio

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La pandemia COVID-19 ha generado en el mundo una reducción de las internaciones cardiovasculares. Se han propuesto múltiples factores potenciales para esta reducción, incluyendo temor de los pacientes al contagio hospitalario, disminución de la atención cardiovascular ambulatoria, ocupación de los sistemas de emergencias, ocupación de camas, etc. En teoría, las instituciones monovalentes (cardiovasculares puras) debieran tener menor impacto en la reducción de internaciones que los hospitales generales, donde la internación cardiovascular debe competir con otro tipo de internaciones, en especial las relacionadas a la pandemia en curso.

Objetivos: Comparar el impacto de la pandemia COVID-19 sobre las internaciones cardiovasculares en una institución monovalente con otras 2 polivalentes manejadas por el mismo equipo de cuidados cardiovasculares.

Internaciones comparativas marzo-junio 2019 y 2020 en centro monovalente (M) y hospital general (H)



Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de las bases de datos prospectivas de un centro monovalente (M) comparado con 2 hospitales generales (H) en los períodos marzo a junio del 2019, vs. los mismos meses del 2020 (durante la pandemia COVID-19). Se evaluó el número de internaciones, el carácter de la misma (urgente o programado), necesidad de intubación orotraqueal y el diagnóstico de ingreso. Las variables continuas se analizaron por pruebas no paramétricas y las categóricas con las pruebas chi-cuadrado correspondientes.

	M 2019	M 2020	p*	H 2019	H 2020	p*
Enfermedad coronaria	268	284	n.s.	178	161	P<0.01
Insuficiencia cardíaca	117	108		86	71	
Arritmias	105	111		64	28	
Enfermedad vascular	45	48		20	18	
Otras	98	94		46	61	*chi-cuadrado múltiple

Resultados: Durante el cuatrimestre seleccionado del 2019 hubo 1949 internaciones cardiovasculares en el grupo M y 702 en el grupo H que se redujeron en el 2020 a 1400 (-28%) y a 539 (-23%) respectivamente (p=n.s.). No hubo diferencias significativas, en la edad, género y días de internación entre ambos períodos. Las internaciones de urgencia no variaron significativamente: grupo M= 633 y 646 (+2%), grupo H= 394 y 340 (-14%) en tanto que sí hubo reducción en las internaciones programadas: M= 1316 en 2019 y 755 en 2020, (-42%) y H 309 en 2019 y 199 en 2020 (-36%) (p <0.05 comparando programadas y urgentes). Las internaciones programadas que requieren intubación orotraqueal (como cirugía cardíaca y ablación de fibrilación auricular) se redujeron un 49% (de 276 en 2019 a 162 en 2020), y las que no la requieren (como angioplastia coronaria) sólo un 9% (de 236 en 2019 a 215 en 2020 (con intubación vs. sin intubación, p<0.05)). Se observaron también diferencias en los diagnósticos de ingreso de las internaciones de urgencia entre el grupo M y H:

Conclusión: La pandemia COVID-19 se asoció con una reducción similar de las internaciones cardiovasculares, tanto en el centro monovalente cardiovascular como en los 2 hospitales polivalentes, afectando más las internaciones programadas, en especial las que requieren intubación endotraqueal, que las urgentes, con ligeras diferencias en los diagnósticos de ingreso.

0580 - MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA Y EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO. EXPERIENCIA DE DOS CENTROS.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

WAISTEN, Karen Maia (1) | **DIESEL, Claudio Oliver**(2) | **ESTRELLA, Maria Laura**(2) | **MEDRANO, Juan**(2) | **BRUNO, María Claudia**(1)

Clínica Zabala (1); Clínica y Maternidad Suizo Argentina (2)

Introducción: El tromboembolismo de pulmón (TEP) es una urgencia cardiovascular con una incidencia estimada en 70 casos cada 100.000 habitantes, siendo la tercera causa de morbilidad cardiovascular. Se espera en el futuro un número cada vez mayor de pacientes (p). Existen pocos datos en nuestro medio sobre el seguimiento de estos p.

Objetivos: Describir las características clínicas, metodología diagnóstica, tratamiento, evolución intrahospitalaria y mortalidad en el seguimiento de los p con diagnóstico de TEP.

Materiales y Métodos: Entre mayo de 2017 y junio de 2019, se registraron de forma prospectiva y consecutiva, p con diagnóstico de TEP agudo en dos clínicas privadas de la Ciudad autónoma de Buenos Aires. Se describieron las características demográficas, manifestaciones clínicas y los factores predisponentes. Se estratificaron los p según las recomendaciones del Consenso de la Sociedad Argentina de Cardiología y de la Sociedad Europea de Cardiología. Se evaluaron las alteraciones electrocardiográficas, ecocardiográficas, la presencia de trombosis venosa profunda (TVP) y la localización del TEP en angiotomografía. Se analizó el tratamiento realizado y la evolución intrahospitalaria. Se realizó seguimiento telefónico de forma periódica hasta 357 días (media 150 días). Las variables cualitativas se expresaron como número y porcentaje, las variables continuas como media $\pm$ desvío estándar. Se utilizó el test de chi cuadrado y anova acorde a las características de los datos. Se consideró significativa $p < 0,05$.

Resultados: Se incorporaron un total de 125 p, hubo mayor prevalencia de sexo femenino (61% vs 39%). El síntoma más frecuente al ingreso fue la disnea (80%), seguido de dolor en miembros inferiores (20%). Con respecto a la estratificación, 42,4% de los p tenían riesgo intermedio- bajo, 24,8% riesgo bajo, 19,2% riesgo intermedio- alto y un 13,6% riesgo alto. La localización del TEP en angiotomografía fue con mayor frecuencia subsegmentaria múltiple. En cuanto al tratamiento al alta, se utilizó acenocumarol en 72,3%, heparina de bajo peso molecular en 15,1% y nuevos anticoagulantes orales en 12,5% de los p. La mortalidad intrahospitalaria fue de 10,4 %. Estos p eran mayores (edad media $76,3 \pm 12,3$ vs $68 \pm 17,6$ años), tenían mayor prevalencia de diabetes (23% vs 6,2%; $p = 0,02$), insuficiencia cardíaca previa (23% vs 7,1%; $p = 0,05$), neoplasia (46,1 vs 16,9%; $p = 0,01$) y se encontraban postrados en mayor medida (38,4% vs 8%; $p < 0,01$). El motivo de internación fue más frecuente otro motivo distinto de TEP (53,9% vs 29,5%; $p = 0,04$). En cuanto los síntomas al ingreso presentaron más frecuentemente alteración del sensorio (23,1 vs 4,4%; $p = 0,02$). Los p de alto riesgo clínico presentaron mayor mortalidad en la internación (61,5% vs 8%; $p < 0,001$). Con respecto a los estudios complementarios, en el electrocardiograma predominó la taquicardia sinusal (100% vs 40,4%; $p < 0,01$) y en el ecocardiograma tenían con menor frecuencia función conservada del ventrículo derecho (36,3% vs 68,7%; $p < 0,01$). Se realizó seguimiento a 93,7% de los p. La mortalidad fue del 11,6%. Estos p también eran más añosos ($76,6 \pm 10,2$ vs $66 \pm 18,4$ años), postrados (23,1% vs 6,5%; $p = 0,04$) y tenían mayor prevalencia de neoplasia (38,4% vs 13%; $p = 0,02$) pero no hubo diferencias significativas en cuanto a la estratificación clínica.

Conclusión: En nuestra población, la mortalidad intrahospitalaria fue concordante con la estratificación clínica al ingreso. No se observó dicha correlación en el seguimiento, lo que sugiere que no influye en el pronóstico a largo plazo.

0581 - NECESIDAD DE REINTERVENCIÓN LUEGO DEL ALTA DE UNA ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

Unidad Temática 2: Intervencionismo

GUELERMAN, Santiago | CÁCERES, Leonardo Luis | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | FERNÁNDEZ, Alejandro | MAURO, Víctor Miguel | CHARASK, Adrian | FAIRMAN, Enrique | BARRERO, Carlos Manuel

CLINICA SANTA ISABEL

Introducción: Actualmente la angioplastia coronaria es ampliamente utilizada en el tratamiento de cuadros coronarios estables e inestables. Los pacientes (p) pueden tener lesiones en uno o múltiples vasos (MV) y en ocasiones pueden requerir nuevos procedimientos en la evolución al año.

Objetivos: 1) Analizar la incidencia de reintervención al año luego del alta de una angioplastia coronaria percutánea (ATC). 2) Reportar los motivos que generaron dicha intervención. 3) Identificar predictores de reintervención.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes (p) consecutivos que fueron sometidos a ATC por cualquier causa y que fueron seguidos a un año. Los datos de seguimiento fueron recabados por historia clínica electrónica/telefónica o presencial. Se recabaron datos de necesidad, tiempo y motivos de reintervención. Fueron

excluidos los p que no pudieron ser contactados en el seguimiento. Se consideró significativa una $p < 0,05$. Se realizó análisis uni y multivariado para hallar predictores de reintervención.

	GLOBAL N = 303 (%)	UN VASO N = 100 (%)	MÚLTIPLES VASOS N = 203 (%)	P
Necesidad de reintervención	38 (12,5)	6 (6)	32 (15,8)	0,01
PACIENTES REINTERVENIDOS	N = 38 (%)	N = 6 (%)	N = 32 (%)	
Nueva ATC	34 (89,5)	6 (100)	28 (87,5)	0,36
CRM	4 (10,5)	0 (0)	4 (12,6)	0,36
PACIENTES REINTERVENIDOS POR ATC	N = 33 (39,3)	N = 6 (%)	N = 27 (%)	
ATC vaso tratado previo	13 (39,3)	4 (66,7)	9 (32,1)	0,11
ATC otro vaso	21 (63,3)	2 (33,3)	19 (67,9)	0,11

Resultados: 342 p en el período marzo 2017- diciembre 2019. Fueron excluidos 39p por falta de seguimiento. N: 303 Edad mediana: 62 años (RIC 56-71), género masculino 82%, HTA 48% DLP 38%, DBT 22%, TBQ 27%, antecedente IAM 14%, ICC 6,3%, ACV 3,6%, EPOC 5%, IRC 3%. Motivo ATC internación índice: SCA sin ST 46%, SCA con ST: 33%, insuficiencia cardíaca 7,3%, prueba funcional ambulatoria positiva 11%, ACE 1,7%. CCG índice con lesión en único vaso: 33%, MV 67% (2 vasos: 53%, 3 vasos: 47%), stent con drogas: 72%, stent metálico: 28%. Necesidad de reintervención en tabla. Tiempo a la reintervención mediana: 3 meses (RIC 1-6). Los pacientes que requirieron reintervención al año tuvieron similar edad comparado con los pacientes que no fueron reintervenidos (62 vs 60 años, $p = 0,8$), fueron menos HTA (28,9% vs 50,9%, $p = 0,01$), no tuvieron diferencias en la incidencia de otros FRC ni comorbilidades y fue más frecuente que presenten MV (81% vs 53%, $p = 0,001$). En el análisis multivariado donde se incluyó edad, DBT, HTA y MV. Solo MV fue predictor independiente de reintervención con un OR de 2,8 (IC95% 1,13-7,07, $p < 0,01$). El motivo para reintervención en p con un vaso fue la angina recurrente y en los p con MV vasos fueron la angina recurrente 50%, la elección del médico tratante 37,5, prueba funcional 6,5% e insuf cardíaca 3,2%.

Conclusión: La necesidad de reintervención al año de una ATC es baja. Solo 12 de cada 100 pacientes debe ser reintervenido al año e incluso este número es menor (6 de cada 100) si analizamos pacientes que fueron tratados por lesión de un solo vaso. El hecho de tener MV es un predictor independiente de reintervención. Es de destacar, que de requerirse un nuevo procedimiento en la evolución, la gran mayoría lo hace nuevamente mediante angioplastia.

0584 - CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN AMÉRICA LATINA

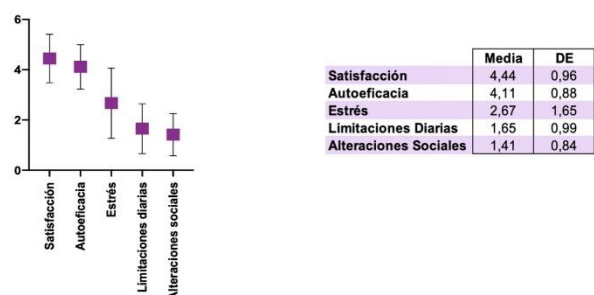
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

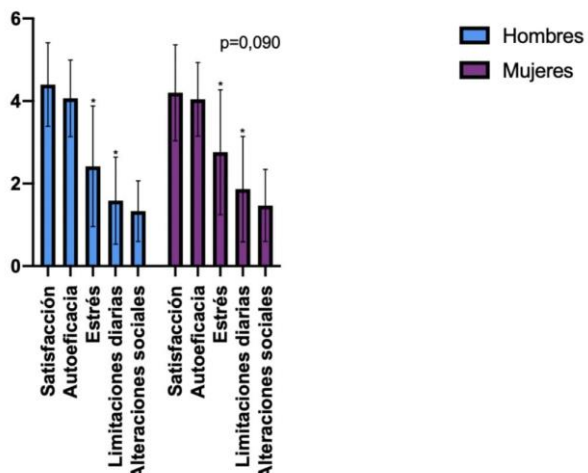
Unidad Temática 2: Aspectos Psicosociales

VILLALBA, Lorena | GARMENDIA, Cristian Maximiliano | VIRUEL, Marcos | COSTABEL, Juan Pablo

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires



Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente a nivel mundial, con un fuerte impacto en la cantidad y la calidad de vida de los pacientes. La anticoagulación es un pilar importante dentro del esquema de tratamiento; sin embargo, distintos aspectos del uso de esta medicación pueden conllevar un impacto deletéreo en la percepción de los pacientes acerca de su calidad de vida. Hasta la fecha, no ha sido analizada la calidad de vida, en todas sus dimensiones, de pacientes en tratamiento con anticoagulantes directos pertenecientes al mundo real, en países de América Latina.



Objetivos: Evaluar la calidad de vida, en todas sus dimensiones, de pacientes con FA no valvular que inician tratamiento anticoagulante con apixabán, pertenecientes al mundo real en países de América Latina.

Materiales y Métodos: Se analizó la calidad de vida en las dimensiones de "satisfacción", "autoeficacia", "estrés", "limitaciones diarias" y "alteraciones sociales", a través de un cuestionario de calidad de vida desarrollado y validado para evaluar pacientes anticoagulados, en idioma español. El rango de puntaje del cuestionario osciló entre un máximo de 5 puntos y un mínimo de 1 punto. Fueron incluidos para el análisis pacientes pertenecientes a países de América Latina, mayores de 18 años, con FA no valvular e indicación de tratamiento anticoagulante, sin contraindicación ni utilización previa de los mismos, en un periodo mayor a 3 meses. Los pacientes completaron el cuestionario de calidad de vida a los 3 meses desde el inicio de tratamiento con apixabán.

Resultados: Se incluyó un total de 521 pacientes, con una edad promedio fue de $69,74 \pm 12,48$, con un 53 % de sexo femenino. El 53 % del total de la cohorte fueron pacientes oriundos de Uruguay, el 21 % de Bolivia, el 14 % de Ecuador, el 5,7 % de Paraguay, y el 5,3 % de Perú. En términos de calidad de vida global en las diferentes dimensiones analizadas, se observó un alto índice de "satisfacción" ($4,44 \pm 0,96$), y "autoeficacia" ($4,11 \pm 0,88$), con una baja puntuación en las dimensiones de "estrés" ($2,67 \pm 1,65$), "limitaciones diarias" ($1,65 \pm 0,69$), y "alteraciones sociales" ($1,41 \pm 0,84$). Al evaluar los datos obtenidos de acuerdo al género, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a las dimensiones de "satisfacción" y "autoeficacia", pero sí una tendencia en el sexo femenino a presentar una puntuación negativa en las dimensiones de "estrés" y "limitaciones diarias", en relación al sexo masculino.

Conclusión: En pacientes con FA no valvular en tratamiento con apixabán, pertenecientes al mundo real de países de América Latina, se observaron buenos parámetros de calidad de vida en las dimensiones de "satisfacción" y "autoeficacia", con bajo nivel de "estrés", "limitaciones diarias" y "alteraciones sociales".

0585 - ¿QUE APORTA LA EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR PRECOMPETITIVA EN LOS ATLETAS AMATEURS?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología del Ejercicio

Unidad Temática 2: Medicina Del Deporte

PIPKIN, Mariano | CASAS, Jorge María | GARCIA, Maximiliano | LEZCANO, María Milagros | GONZALEZ AMIGO, Florencia | OLIVERI, Ivana Vanesa | AYUSO, Sebastian | GONZALEZ PARDO, Fernando Omar

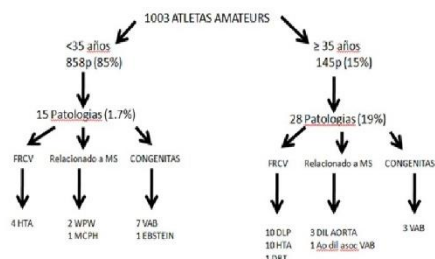
Diagnóstico Cardiovascular y Especialidades Médicas (CEDIC)

Introducción: Existen múltiples publicaciones acerca de los diferentes protocolos y resultados de las evaluación cardiovascular precompetitiva (ECP) en atletas de alto rendimiento profesionales y semi-profesionales que compiten en Estados Unidos y Europa, pero no abundan datos Argentinos de las mismas en deportistas amateurs, que participan

en ligas locales. Por lo tanto, se desconoce si ambas poblaciones son comparables entre sí, en términos de niveles de entrenamiento, incidencia de patologías cardiovasculares y rendimiento de la ECP para detectar estas últimas.

Objetivos: Investigar y comunicar los resultados y los hallazgos de patologías cardiovasculares al realizar la ECP en una población de atletas locales no profesionales.

Materiales y Métodos: De enero de 2017 a enero 2019 fueron evaluados prospectivamente en CEDIC, 1003 atletas (AT) amateurs que entrenan o compiten en el ámbito local. En los menores de 35 años, la ECP consistió en un interrogatorio, examen físico, realización de un electrocardiograma (ECG) y Eco Doppler Cardíaco (EDC), todo a cargo de un médico cardiólogo. A los mayores de 35 años, se agregó una ergometría de 12 derivaciones y una rutina de laboratorio que incluyó glucemia y perfil lipídico. Según el tipo de entrenamiento se los dividió en 3 grupos: Grupo 1: Competitivo alto rendimiento, Grupo 2: Competitivo recreativo y Grupo 3: Recreativo



Resultados: La edad media de los AT fue de 23 años $\pm$ 10 años (87% masculinos), rango 15-64 años. Según el tipo de entrenamiento, 861 atletas (85%) corresponden al Grupo I, 113 AT al grupo 2 y 29 AT al grupo 3. La media de horas de entrenamiento semanales fue de 11 horas, 5 horas y 4 horas respectivamente. Las principales disciplinas fueron básquet: 605 AT (60%), fútbol: 173 AT (17%), rugby: 104 AT (10%) y running: 52 AT (5%). Como resultado de la evaluación, fueron diagnosticadas 43 (4.2%) patologías cardiovasculares, de las cuales 6 (0.6%) están relacionadas con MS, 11 (1%) con anomalías congénitas y 25 (2.5 %) fueron factores de riesgo cardiovascular (FRCV). El interrogatorio aportó información sobre antecedentes familiares de relevancia para el seguimiento pero por sí sólo no intervino en la detección de patología. Con el examen físico se diagnosticó Hipertensión arterial en 14 AT (1.4%). El ECG fue clave en la detección de 3 patologías potencialmente causales de MS (2 Wolf Parkinson White y 1 miocardiopatía hipertrófica) y en aportar hallazgos que requieren seguimiento médico más estricto en 21 atletas (2%). El EDC fue determinante en el diagnóstico de 15 (1.5%) patologías, todas ellas que pueden agravarse con la práctica deportiva intensa como son la válvula aórtica bicúspide y la dilatación aórtica. El laboratorio en mayores de 35 años diagnosticó 11 patologías (1.1%), específicamente diabetes y dislipemia. Por último, la Ergometría no ha brindado aportes significativos que lleven a sospechar patología. Fueron descartados del deporte competitivo 3 atletas (0.3%) debido a miocardiopatía hipertrófica (1), VAB asociada con dilatación aórtica (1) y aorta dilatada (1).

Conclusión: La realización de una ECP en atletas amateurs ha sido de gran utilidad para la detección de patologías cardiovasculares asintomáticas en una población aparentemente sana por practicar deporte en forma regular. En los atletas menores de 35 años se han detectado principalmente enfermedades cardiovasculares que podrían ser causa de MS como así también valvulopatías que podrían agravarse con la práctica deportiva. Es de especial importancia la ECP en atletas mayores de 35 años principalmente por la alta tasa de detección de FRCV no controlados

0586 - PREDICTORES DE AMPUTACIÓN MAYOR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DE MIEMBROS INFERIORES

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Enfermedad Vascular Periférica

MEDINA DE CHAZAL, Horacio | JUAN, Valle Raleigh | BLURO, Ignacio | CHIABRANDO, Juan Guido | GARAGOLI, Fernando Damián | RABELLINO, Martín | CHAS, José Gaspar | BERROCAL, Daniel H.

Hospital Italiano de Buenos Aires

	No amputados n= 75	Amputados n= 9	p-valor
Edad (años)	71.3±12.4	64.3 ± 13.8	0.119
Masculino	46 (61.3)	6 (66.7)	0.756
IMC (kg/m2)	27.9 ± 4.9	26 ± 3.9	0.233
Revasc. Quirúrgica	15 (20.3)	2 (22.2)	1
Antecedentes			
Hipertensión arterial	63 (84)	9 (100)	0.346
Diabetes Mellitus	33 (44)	4 (44.4)	1
Dislipemia	46 (61.3)	8 (88.9)	0.148
Tabaquismo activo	9 (12)	1 (11.1)	1
Insuficiencia renal crónica	19 (25.7)	6 (66.7)	0.019
Revascularización previa	25 (33.3)	2 (22.2)	0.711
Enfermedad coronaria	27 (36)	2 (22.2)	0.7
ACV previo	6 (8)	1 (11.1)	0.567
Laboratorio			
Hemoglobina (mg/dl)	11.9 ± 1.99	9.7 ± 1.7	0.002
Globulos blancos	9398±3553	8695±3440	0.575
Creatininemia (mg/dl)	0.98 [0.7 – 1.3]	4.64 [1.07–8.7]	0.008
Hb glicosilada (mg/dl)	9.95±1.73	6.1±0.95	0.08
Región afectada			
Enf. Infrapatelar	15 (20)	2 (22.2)	0.875
Enf. Suprapatelar	30 (40)	2 (22.2)	0.299
Enf. Supra-infrapatelar	30 (40)	5 (55.5)	0.371

Introducción: La amputación a nivel de miembros inferiores es una causa importante de morbi-mortalidad como así también un problema social, psicológico y económico entre pacientes con isquemia crítica (IC) de miembros inferiores.

Objetivos: Determinar los predictores de amputación mayor no traumática en pacientes con IC de miembros inferiores sometidos a revascularización.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva observacional analítica unicéntrica. Se incluyeron pacientes que presentaron IC, definida como dolor en reposo o pérdida tisular (úlceras no cicatrizantes, necrosis), sometidos a revascularización endovascular y/o quirúrgica entre octubre de 2014 y junio de 2020. Se analizaron variables clínicas y de laboratorio como predictoras de amputación mayor. Se realizó regresión logística multivariada con aquellas variables que presentaron $p < 0.1$ en el análisis univariado. Se utilizó software SPSS (IBM, Armonk, N.Y., EE UU) versión 25 y se consideró $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron 84 pacientes con una mediana de seguimiento de 2.24 años, de los cuales 9 (10.7%) fueron sometidos a amputación mayor. Entre los amputados solo se destaca mayor prevalencia en insuficiencia renal crónica (IRC) (Ver tabla 1). La creatininemia fue el único predictor independiente de amputación mayor (OR= 1.564 IC95% [1.12-2.17] $p = 0.008$).

Conclusión: En una cohorte de pacientes con isquemia crítica el deterioro de la función renal se asoció con un mayor riesgo de amputación mayor.

0588 - REGISTRO DE TREPROSTINIL SUBCUTÁNEO EN HIPERTENSIÓN PULMONAR EN ARGENTINA (TRES-HP)

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Terapéutica

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

LESCANO, Adrián José | **SORICETTI, Julieta** | GIACOMMI, Guillermo | BOTTA, Cristian | DIEZ, Fabian | FARINA, Juan María | SORASIO, Guillermina

Area de Investigación SAC

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP), es una entidad multifactorial con baja incidencia y prevalencia caracterizada por elevada morbimortalidad. Dentro de los esquemas terapéuticos específicos las prostaglandinas representan los fármacos de elección para los pacientes de alto riesgo y sus acciones se traducen en una respuesta adecuada hemodinámica y clínica.

Objetivos: Determinar la eficacia y seguridad del tratamiento con treprostinil subcutáneo (sc) en nuestra población con hipertensión pulmonar (HP) a 12 meses de seguimiento.

Materiales y Métodos: Registro nacional, retrospectivo, multicéntrico, descriptivo incluyó pacientes con diagnóstico de HP en tratamiento con treprostinil sc, entre enero 2018 hasta agosto 2019. Se registraron variables demográficas, clínicas, funcionales, test de caminata de 6 minutos, bioquímicas, pro-BNP, ecocardiográficas y hemodinámicas, basal y durante el seguimiento a 12 meses. Se evaluaron efectos adversos del tratamiento. Las variables cualitativas se describen en porcentajes y la razón de riesgo como odds ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Las cuantitativas como media y desviación estándar (DS) o mediana y rango intercuartilo. Los test de hipótesis utilizadas fueron Test de T, chi cuadrado, Wilcoxon, Mann Whitney o Mc Nemar. La significancia estadística se estableció con un valor de $p < 0.05$ y se utilizó el programa STATA 14.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes con diagnóstico de HP (98% HAP y 2% hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC)), con una edad media de 51 años (± 16), predominio sexo femenino (79.5%) y etiología idiopática. Entre las características clínicas basales se observó insuficiencia cardíaca en el 83.7%, síncope en el 44.9%, CF avanzada (III-IV) en el 89.8%, pro-BNP de 812 pg/ml (IC 25-75; 478 - 1450), la distancia en el test de caminata (TC6M) 300 metros (IC 25-75; 220-380). El ecocardiograma demostró función sistólica del ventrículo derecho (FSVD) deteriorada en el 82.9%, un valor de desplazamiento sistólico del plano del anillo tricuspídeo (TAPSE) de 16.1 mm (± 0.6). Los parámetros hemodinámicos demostraron una presión de aurícula derecha (PAD) 11.9 mm Hg (± 5), índice cardíaco IC de 2,51 l/m/m² (IC 25-95; 2 - 2.8) y RVP de 12,1 uWood (IC 25-75; 6-15). El tratamiento basal fue combinado en 62% y monoterapia en 38%. A los 12 meses se observó CF avanzada 34%; nivel de pro-BNP de 281 pg/ml (IC 25-75; 140-680); distancia en TC6M de 409 mts; FSVD deteriorada en 75.7%; el TAPSE fue 19.5 mm (± 0.6), la PAD 10.8 mm Hg (± 4.9), RVP 9.6 u Wood e IC 2.79 l/m/m². El análisis estadístico demostró diferencias significativas en CF avanzada, TC6M, Pro-BNP, FSVD, valor de TAPSE, RVP e IC ($p < 0.05$). La dosis de treprostinil sc a los 12 meses fue de 33.8 ng/kg/min, con una sobrevida del 92% y una tasa de eventos combinados (mortalidad, insuficiencia cardíaca aguda, síncope) en el 17%. La mayor dosis de treprostinil sc al año se asocia con una disminución de los eventos (sin eventos 35.5 vs con eventos 25 ng/kg/m, $p: 0.001$ (IC 95% 28-35). Entre los efectos adversos se observó: dolor local 81.6%, flogosis 73.4%, infección local del 10%, hemorragias 4%, plaquetopenia 4% y efectos sistémicos del 16%.

Conclusión: Nuestro registro demuestra que en esta población el tratamiento con treprostinil sc se asocia con mejoría significativa de diferentes parámetros de eficacia a los 12 meses (CF, TC6M, valores de Pro-BNP, RVP e IC), con una elevada tasa de sobrevida (92%), y similares eventos adversos a los ensayos publicados, aunque con una dosis promedio de 33.8 mg/dl. Asimismo, debemos destacar que son necesarios registros prospectivos para validar los datos obtenidos.

0590 - REGISTRO ARGENTINO DE MUERTE SUBITA EN EL DEPORTE

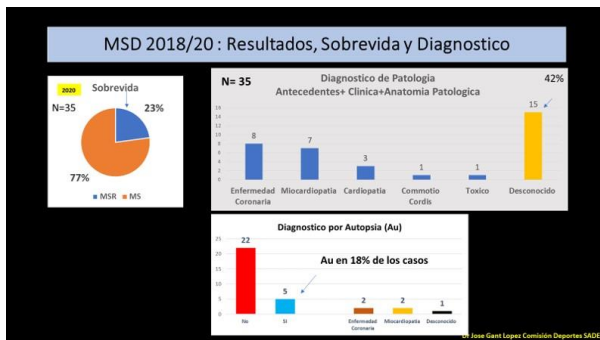
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Medicina Del Deporte

Unidad Temática 2: Imágenes.20

GANT LOPEZ, José (1) | **PEIDRO, Roberto Maximino**(2) | **CUETO, Floreal Alejandro**(3) | **FITZ MAURICE, Mario Daniel**(4) | **COLQUE, Fidel**(5) | **CILIO, Maricel**(1) | **SPERANZA, Ricardo**(6)

Hospital Alemán (1); Universidad Favaloro (2); Hospital General de Agudos Dr. C. Durand (3); Hospital General de Agudos B. Rivadavia (4); Fundación Favaloro (5); Hospital Nacional Profesor A. Posadas (6)



Introducción: La prevalencia de Muerte Súbita en el Deporte (MSD) en la población general en relación a otras formas de muerte. Existen pocos datos acerca de esta situación en la Argentina.

Objetivos: Obtener información acerca de estos eventos a fin de poder recomendar medidas efectivas de prevención.

Materiales y Métodos: Se creó una casilla de correo electrónico para informar los casos y el estudio se mostró en instituciones académicas, de salud y redes sociales. La información obtenida se analizó e investigó mediante el contacto directo con profesionales o personas relacionadas con el evento.

Resultados: Se relevaron 35 casos, 68% de más de 35 años. Los casos de MSD ocurrieron 11 en fútbol, 10 en Gimnasia, 9 en maratón y el resto en otros deportes. El 68 % de los atletas eran amateurs y el 52% de los eventos ocurrió en alto rendimiento. Asistencia: 29 atletas fueron asistidos 19 recibieron Resucitación Cardiopulmonar básica y 10 RCP avanzada con uso de Desfibrilación en 9 casos. 21 pts fueron trasladados a centros hospitalarios donde se internaron 9 y 8 egresaron. La tasa de supervivencia fue del 23 % todos en clase I y sin secuela neurológica. Se realizó autopsia en el 18 % de los casos. Diagnósticos: 8 pts tenían enfermedad coronaria, 7 miocardiopatía dilatada, 3 cardiopatía no especificada, 1 comotio cordis y 1 tóxico.

Conclusión: El número de casos fue bajo con una incidencia de 0.25 / 100,000 habitantes / año. MSD ocurrió principalmente en Fútbol, gimnasia y maratón. La asistencia in situ fue elevada con mayor utilización de desfibrilación. Se mantiene una elevada mortalidad (77%). La utilización de diagnóstico por autopsia es bajo, mostrando Miocardiopatía o causa desconocida en jóvenes y enfermedad coronaria en adultos.

0591 - COMETAS PULMONARES EN ECOGRAFÍA PULMONAR ¿UN MEJOR CONCEPTO DE CONGESTION Y VARIABILIDAD EN INSUFICIENCIA CARDIACA?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

PRINCICH, Lilia Gabriela | VERGARA, Nadia | BESMALINOVICH, Ezequiel | MUSANTE, Christian | CAPRINI, Romina Laura | ROSSI, Agustina | VARGAS MIELES, Paul | LESCOANO, Adrian

Sanatorio Trinidad de Quilmes

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es la principal causa de internación en mayores de 65 años. La ecografía pulmonar (EP) permite la detección precoz del líquido en el espacio extravascular presente en la IC aguda. Las líneas B (cometas pulmonares) se correlacionan con parámetros de congestión pulmonar.

Objetivos: Valorar la presencia y la variabilidad de las cometas pulmonares en presencia de insuficiencia cardíaca aguda y su relación con parámetros clínicos y ecocardiográficos.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, incluyó pacientes que ingresaron con diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda en un centro de la provincia de Buenos Aires entre Agosto de 2018 a Abril de 2020. Se realizó ecografía pulmonar al ingreso y al alta, se evaluaron 4 regiones por hemitorax, los cometas son artefactos verticales, que inician en la línea pleural y llegan hasta el final de la pantalla, son dinámicos y se mueven con el deslizamiento pleural. El patrón de IC es difuso, bilateral, homogéneo con línea pleural normal. Se realizó Ecocardiograma Doppler valorandose

fracción de eyección (FEy), área de aurícula izquierda (AI) y E/e' de flujo transmitral. Se definieron como parámetros de congestión pulmonar: rales crepitantes al examen físico, nt-proBNP ≥ 300 en pacientes sin fibrilación auricular y ≥ 900 en P con fibrilación auricular, presencia de 3 o más cometas pulmonares en un espacio intercostal por abordaje longitudinal o una sumatoria ≥ 12 y E/e' ≥ 13 .

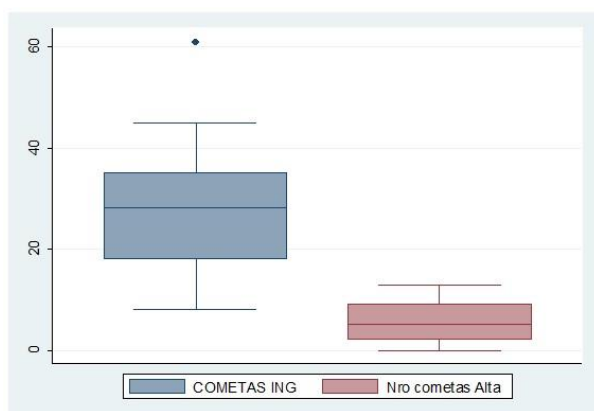


Gráfico 1. Presencia de cometas en la ecografía pulmonar al ingreso y al egreso. La valoración demostró una diferencia significativa entre la cantidad de cometas pulmonares de 22 (IC95% 17.90-26.27 $p=0.0000$).

Resultados: Ingresaron 65 pacientes con diagnóstico de IC, se incluyeron para el análisis 49 pacientes, 73.4% de sexo masculino, con edad media de 70 años (DS 14.73). Al ingreso el 71% de los pacientes presentaban rales crepitantes, y el 91% tuvo en la EP parámetros de congestión, la media de cometas pulmonares fue de 27.3 (DS 11.17), la fracción de eyección (FEy) por ecocardiograma fue 45.6% (DS 13.9), área AI 26.11 cm² (DS 5.94), E/e' de 13.41 (DS 5.27). Al alta, la media de cometas pulmonares fue 5.27 (DS 4.14), la FEy 49.7% (DS 13.5), AI 24.68 cm² (DS 4.28) E/e' 12.33 (DS 4.01). La valoración al ingreso y egreso demostró una diferencia significativa entre la cantidad de cometas pulmonares de 22 (IC95% 17.90-26.27 $p=0.0000$), sin diferencias entre E/e' 0.34 (IC95% -2.02-2.72; $p=0.76$), la AI -0.05 (IC95% -2.70-2.59, $p=0.96$) y la FEy -2.71 (IC95% -7.93-2.49, $p=0.29$). Al valorar entre las diferentes variables y los rales al ingreso, la mejor correlación fue con cometas pulmonares (68%) e inadecuada correlación con nt-proBNP 31%, área de AI 25% y E/e' 6%.

Conclusión: Nuestro análisis demostró que la presencia de cometas pulmonares presenta una adecuada correlación con la congestión pulmonar clínica y un perfil de mejor variabilidad durante la fase nosocomial asociada al tratamiento. No hubo relación estadísticamente significativa con los parámetros ecocardiográficos evaluados.

0593 - ENFOQUE INTEGRAL EN UNA CLÍNICA DE FIBRILACIÓN AURICULAR: LA NECESIDAD DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

BARCOS, Javier Cesar | TELLO SANTACRUZ, Ivan Alfredo | FERNANDEZ RECALDE, María Luz | PIERSIGILLI, Evangelina Del Milagro | CASSANO, Alejandra Elena | AVACA, Horacio Alberto | CÁCERES MONIÉ, César Rodolfo

Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: El tratamiento clásico de la fibrilación auricular (FA) incluye tres elementos principales: anticoagulación, control de frecuencia cardíaca y/o ritmo. Recientemente se ha incorporado un cuarto pilar, basado en la detección y control de factores de riesgo (FR), promoviendo así la necesidad de un enfoque integral, conocido como clínica de FA (CFA). Hasta la fecha no existen datos en Argentina respecto a la conformación de una CFA y su utilidad en el manejo de estos pacientes.

Objetivos: A partir de una evaluación sistemática en pacientes con FA, establecer la prevalencia de FR no conocidos previamente o conocidos y no controlados; y evaluar la necesidad de derivación a otras especialidades para lograr un enfoque integral e interdisciplinario en una CFA.

FR CONOCIDOS NO CONTROLADOS	%	(N=230)
Exceso de peso (IMC > 27 kg/m2)	61,3	(141)
Sedentarismo	39,1	(90)
Hipertensión arterial	17,4	(40)
Tabaquismo activo	14,8	(34)
Diabetes mellitus (HbA1c > 7%)	2,2	(5)
FR NO CONOCIDOS (NUEVO DIAGNÓSTICO)		
Ateromatosis carotídea	50,9	(117)
Pre-diabetes	42,2	(97)
Síndrome metabólico	39,1	(90)
Dislipemia	22,2	(51)
Insuficiencia renal crónica	21,3	(49)
Apneas del sueño moderada/severa	19,6	(45)
Valvulopatía moderada/severa	18,7	(43)
Enfermedad vascular periférica (ITB < 0,9)	7,8	(18)
Hipertensión arterial	6,1	(14)
Fey < 40%	5,7	(13)
Tirotrofina alterada	3,5	(8)
Diabetes mellitus	2,6	(6)

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas de aquellos pacientes con FA mayores de 18 años que concurrieron a una CFA en un hospital de comunidad de la Ciudad de Buenos Aires entre octubre de 2018 y marzo de 2020. La misma consistió en una entrevista con un electrofisiólogo y una serie de estudios cardiovasculares y clínicos de rutina: análisis de sangre, peso y talla, electrocardiograma, holter de 24 o 48 horas, eco-Doppler cardíaco y carotídeo, toma de presión arterial, cuestionarios de apneas del sueño e índice tobillo brazo (ITB). En los casos que fue necesario, se completó la evaluación con monitoreo ambulatorio de la presión arterial, poligrafía domiciliar y/o ecoestrés con ejercicio. Se analizó la prevalencia de FR no conocidos o no controlados. Mediante criterios específicos se estableció la necesidad de indicar alguno de los siguientes: plan nutricional, ejercicio físico, interconsulta con endocrinología, neumonología, nefrología o cardiología clínica.

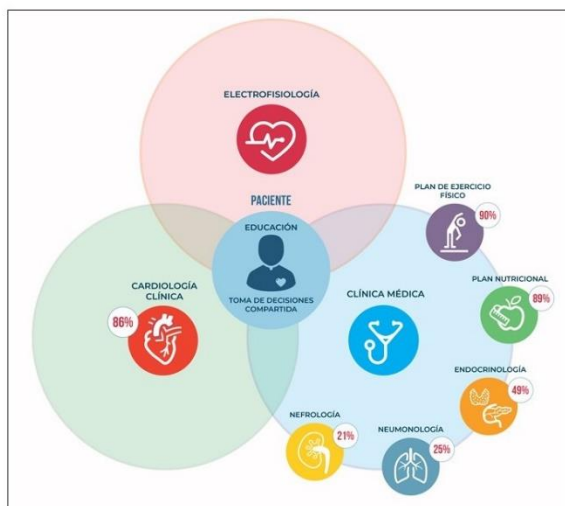


Figura 1. Modelo de clínica de fibrilación auricular: equipo interdisciplinario y frecuencia de derivación.

Resultados: Se enrolaron 230 pacientes. La edad promedio fue de $68 \pm 12,4$ años, con predominio del sexo masculino (67,4%; n=155) y de FA paroxística (72,6%; n=167). La prevalencia de FR no conocidos o no controlados se detallan en la tabla 1. Requirieron plan nutricional y/o de ejercicio físico en un 88,7% (n=204) y 90,4% (n=208),

respectivamente. El porcentaje de derivación a otras especialidades fue de 86,1% (n=198) cardiología clínica; 49,1% (n=113) endocrinología; 25,2% (n=58) neumonología y 21,3% (n=49) nefrología (ver Figura 1).

Conclusión: Los pacientes con FA presentan alta prevalencia de FR sub-diagnosticados o no controlados, lo cual requiere un enfoque integral para un adecuado control de los mismos. Esto se puede lograr por medio de una CFA que incluya estudios clínicos-cardiológicos sistematizados y un equipo interdisciplinario.

0594 - COMPORTAMIENTO HEMODINÁMICO EN ECOCARDIOGRAMA DE ESTRÉS. VARIABILIDAD CON LA HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

VERGARA, Martín Sebastián | CAPRINI, Romina Laura | ROSSI, Agustina | VARGAS MIELES, Paul | MIRANDA PIN, Carmen Margarita | LESCANO, Adrian | BESMALINOVICH, Ezequiel | MUSANTE, Christian

Sanatorio Trinidad de Quilmes

	Basal	Esfuerzo	% de incremento
Onda S del VI (m/s)	0,11	0,16	45,4%
E/e'	6,71	7	4,32%
TAPSE (mm)	26	31,6	21,5%
Onda S del VD (m/s)	0,13	0,2	56,8%
PPS (mmHg)	27,4	40,9	49,2%

Introducción: El Ecoestrés es una herramienta validada para la detección, evaluación y pronóstico de la isquemia miocárdica. Asimismo, esta técnica permite la evaluación hemodinámica de ambos ventrículos durante el ejercicio.

Variables intraesfuerzo	Grupo A	Grupo B	p
FC (lpm)	142,9	128,5	NS
TAD (mmHg)	95,3	101,5	NS
TAS (mmHg)	179,9	191	NS
E/e'	6,9	7,5	0,0021
PPS (mmHg)	39,9	44,6	0,038

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir el comportamiento hemodinámico durante ecoestrés ejercicio en nuestra población y evaluar las diferentes respuestas en los pacientes con hipertrofia ventricular izquierda.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo y observacional, que incluyó pacientes sin evidencia de enfermedad cardiopulmonar, que concurrieron al laboratorio de ecoestres a realizar un estudio de control, en un periodo de tiempo desde abril del 2012 a julio del 2020. Se analizaron los datos demográficos y clínicos (sexo, edad, índice de masa corporal), los factores de riesgos cardiovasculares (hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, tabaquismo). La adquisición de imágenes ecocardiográficas se realizó con 2 equipos (Esaote My-Lab40, Philips I33). Sus mediciones se realizaron en reposo y en el último minuto del máximo esfuerzo, en camilla supina con protocolo de Astrand modificado. Se utilizaron técnicas bidimensional, modo M, Doppler color, pulsado, continuo y tisular; cuatro vistas convencionales (eje largo apical, eje corto paraesternal, apical 4 cámaras, apical 2 cámaras). Se cuantificó diámetros, espesores, fracción de eyección (FEy) del ventrículo izquierdo (VI) y flujos intracardíacos, según las recomendaciones internacionales. Se valoró el TAPSE, función diastólica ventricular izquierda, E/e', onda S de la pared lateral del VI y del ventrículo derecho (VD), presión pulmonar sistólica (PPS) en los casos donde se evidenció reflujo tricuspideo. Se determinó disfunción diastólica según la relación E/A del flujo de llenado ventricular, grado I al patrón de relajación

prolongado; grado II para el patrón pseudonormal y grado III, restrictivo. Se definió hipertrofia ventricular izquierda (HVI) con un valor del septum interventricular mayor a 12 mm. Para el análisis de los datos, se dividió a los pacientes en dos grupos según la ausencia (grupo A) o presencia de HVI (grupo B). Los resultados, incorporados a una base de datos de Excel, y a través del paquete estadístico Stata 14, fueron analizados según distribución de variables (Chi2 o T Test) y regresión lineal o transformación para demostrar asociación (con los supuestos estadísticos aceptados).

Resultados: Se incluyeron 985 pacientes, con predominio masculino (60,5%). La edad media fue de 47 años. Los factores de riesgo: hipertensión arterial (HTA) (40,7%), dislipemia (20,4%), tabaquismo (15%), diabetes (8%). El 20,6% de los casos presentó valores compatibles con HVI, que fue más frecuente en forma significativa en varones (26,4% vs 11,8%) y con antecedentes de HTA (37,7%). Los pacientes del grupo B presentan un mayor porcentaje de disfunción diastólica grado II y III. Los pacientes del grupo B presentaron un valor de IMC media mayor (30,8 vs 27,2 Kg/m²). En la tabla 1 se observan las variables normales en etapa basal con un incremento significativo de todas ellas al esfuerzo. Evaluando las variables combinadas intraesfuerzo, se observa mayor E/e' y PPS en el grupo B (tabla 2).

Conclusión: En nuestra población se observa un incremento significativo de todas las variables hemodinámicas analizadas durante el ecoestres de esfuerzo. En la población con hipertrofia ventricular izquierda, se evidencia un aumento significativo la relación E/e' y los valores de presión pulmonar sistólica. Esta información requiere un estudio a gran escala para definir los criterios patológicos intraesfuerzo desde el análisis con ecocardiograma estrés.

0595 - REGISTRO ARGENTINO DE INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA (ARGEN-IC) “ INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA EN ÉPOCA DE PANDEMIA ”

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Investigación Básica

SANTUCCI, Jose Carlos (1) | CORONEL, Lorena(2) | CACERES, Leonardo(1) | ESCALANTE, Juan Pablo(1) | ZACARIAS, Yanina(1) | NICOLOSI, Liliana Noemí(1) | SANTANDER, Pablo Luis(1) | LESCANO, Adrian(1)

Area de Investigación SAC (1); Consejo de Insuficiencia Cardiaca e hipertension pulmonar, SAC (2)

Introducción: El registro ARGEN-IC desde su lanzamiento nos ha permitido conocer mediante un análisis prospectivo y multicéntrico las conductas diagnósticas y terapéuticas utilizadas para el manejo de la Insuficiencia cardiaca aguda (ICA). En la época actual de pandemia mundial por SARS-CoV-2 (coronavirus tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo grave) con necesidad de confinamiento obligatorio no contamos con datos nacionales de las consecuencias del mismo sobre la ICA.

Objetivos: Evaluar las conductas terapéuticas tomadas en salas de emergencia respecto a los pacientes que ingresaron por ICA y determinar el impacto de las mismas sobre la estadía hospitalaria y la mortalidad cardiovascular y no cardiovascular.

Características clínicas	ERA NO COVID (n=222) (%)	ERA COVID (n=199) (%)	Valor p
Edad	70.7 ± 14.3	70.1 ± 13.3	0.888
Sexo masculino	149 (67.1%)	173 (87.4%)	0.038
HTA	154 (69.3%)	177 (88.9%)	<0.001
DLA	88 (39.6%)	14 (7.04%)	0.321
Tabaquismo	57 (25.6%)	46 (23.1%)	0.107
DMT	54 (24.3%)	46 (23.1%)	0.392
EPSC	14 (6.3%)	43 (21.6%)	0.008
Insuficiencia renal crónica	19 (8.6%)	18 (9.0%)	0.875
RTg previa (%)	45.5 ± 13.3	42.8 ± 15.8	0.4073
MI previo	125 (56.3%)	113 (56.8%)	0.668
ACV isquémico previo	11 (4.9%)	14 (7.0%)	0.399
ACV hemorrágico	1 (0.4%)	3 (1.5%)	0.714
FA crónica	12 (5.4%)	42 (21.1%)	0.019
ACE	1 (0.4%)	2 (1.0%)	0.514
Dronedron	5 (2.2%)	8 (4.0%)	0.082
Aspirina	8 (3.6%)	8 (4.0%)	0.789
Orlistat	17 (7.7%)	14 (7.0%)	0.705
HDL	11 (4.9%)	16 (8.0%)	0.091
CRP previa	17 (7.6%)	11 (5.5%)	0.196
ATC previa	21 (9.5%)	14 (7.0%)	0.896
Ex valvulitis previa	10 (4.5%)	16 (8.0%)	0.107
Vacunación Influenza	17 (7.6%)	10 (5.0%)	0.824
Vacunación Pneumococo	47 (21.1%)	46 (23.1%)	0.570
MCP	17 (7.6%)	15 (7.5%)	0.308
CCI	11 (4.9%)	2 (1.0%)	0.091
Forma de presentación			
- Congestión víscera	11 (7.1%)	14 (7.0%)	0.155
- Congestión periférica/despe	40 (18.0%)	76 (38.2%)	0.005
- Congestión pulmonar/sinpt	127 (56.8%)	78 (39.2%)	0.008
- DAP	46 (20.8%)	22 (11.0%)	0.019
- Sico VMA/Shock cardiogénico	7 (3.1%)	5 (2.5%)	0.818

Materiales y Métodos: Se incluyeron para la comparación los pacientes (p) incorporados al registro ARGEN-IC durante los periodos de Marzo a Junio de 2019 (grupo A: ERA NO COVID) y aquellos ingresados durante Marzo a Junio de 2020 (grupo B: ERA COVID). Posterior a la firma del consentimiento informado, se registraron los datos de filiación, las características clínicas, bioquímicas, imagenológicas y terapéuticas durante la fase de hospitalización con las respectivas complicaciones (mortalidad intrahospitalaria cardiovascular y no cardiovascular). La adjudicación de eventos fue realizada por un monitoreo central de la Sociedad Argentina de Cardiología. Los datos se incorporaron en la base de Survey Monkey y se analizaron con el programa estadístico STATA. En relación a la distribución se utilizó el test de t (cuantitativas), chi cuadrado (cualitativa) y correlación de Pearson.

Variables	ERA NO COVID n=222 (n)	ERA COVID n=139 (n)	Valor p
Recibió tratamiento en urgencia	208 (93.6%)	137 (98.5%)	0.028
Recibió diuréticos en Sala de Urgencias	204 (91.8%)	130 (93.5%)	0.056
Recibió Vasodilatadores en Sala de Urgencia	38 (17%)	39 (28%)	0.013
Tiempo precoz al diurético (SD min.)	133 (59.9%)	104 (74%)	0.003
Tiempo precoz al vasodilatador (SD min.)	60 (25%)	28 (20%)	0.138
Días de internación			
- UC	6.2 ± 5.4	9.9 ± 22.8	0.999
- Sala general	6.8 ± 7.2	9.8 ± 20.7	0.12
- Totales	9.4 ± 8.3	11.8 ± 11.9	0.0309
Muerte intrahospitalaria			
- CV	10 (4.5%)	6 (4.3%)	0.987
- No CV	4 (1.8%)	3 (2.16%)	0.811
- Total	14 (6.3%)	9 (6.4%)	0.949

Resultados: Se incluyeron 361 p, 222 p para el grupo ERA NO COVID y 139 p para el grupo ERA COVID. En tabla 1 se exponen las características basales de la población. En cuanto a las conductas terapéuticas en el departamento de emergencia se observó: un mayor porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento en la urgencia para ICA en el grupo ERA COVID 137 p (98.5%) vs grupo ERA NO COVID 208 p (93.6%) (p 0.028); los pacientes en el grupo ERA COVID recibieron en mayor proporción tratamiento vasodilatador en la urgencia 39 (28%) vs 38 (17%) vs grupo ERA NO COVID (p 0.013). Respecto del tiempo a la terapéutica, el grupo ERA COVID recibió un tratamiento precoz al diurético en mayor proporción que el grupo NO ERA COVID, 104 (74%) vs 133 (59.9%) (p de 0.003). No hubieron diferencias respecto del tiempo precoz al vasodilatador entre ambos grupos. En cuanto a la estadía hospitalaria, el grupo ERA COVID presentó mayor estadía que el grupo ERA NO COVID, 11.8 ± 11.9 días vs 9.4 ± 8.3 días (p 0.030). No hubieron diferencias en la mortalidad intrahospitalaria total (CV y no CV) entre ambas poblaciones, grupo ERA NO COVID 14 (6.3%) vs grupo ERA COVID 9 (6.4%) con un valor de p 0.949. A continuación se describen las características de la población y los resultados.

Conclusión: Los pacientes ingresados por ICA durante el confinamiento por SARS-CoV-2 recibieron un tratamiento más agresivo y precoz lo cual podría estar vinculado con la mayor morbilidad de este grupo de pacientes y la mayor disponibilidad de personal por la menor congestión de los departamentos de emergencia. Si bien no se registraron diferencias en mortalidad, se evidenció mayor estadía hospitalaria en el grupo confinamiento durante la pandemia por COVID 19 lo cual pone en evidencia una población vulnerable en época de pandemia.

0599 - DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

NAPOLI LLOBERA, Mariano Ezequiel | PADULA, Agustin Leonel | **BERNARDA, Viviana** | KIM, Alejandro | SZARFER, Jorge | BLANCO, Rodrigo Ignacio | GIGENA, Gerardo Esteban | GAGLIARDI, Juan

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Existen diferencias respecto a la oportunidad de tratamiento de reperfusión según el género de los pacientes (p.) que ingresan con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). La evidencia internacional y local, demuestra que las mujeres son un grupo con mayor vulnerabilidad al momento de la atención médica.

Objetivos: Analizar las demoras en la consulta, diagnóstico y tratamiento según el género en p. con SCACEST a los cuales se les realizó una angioplastia primaria (ATCp).

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, de p. que ingresaron al servicio de hemodinamia de un hospital de referencia de una ciudad de alta densidad demográfica con diagnóstico de SCACEST a los cuales se les realizó una ATCp. Se analizó: demografía, factores de riesgo cardiovasculares, resultado de la ATCp, mortalidad a 30 días y las demoras (en minutos): inicio del dolor hasta el primer contacto médico (demora del paciente), consulta hasta la llamada al intervencionista (demora diagnóstica), y llegada a la sala de hemodinamia hasta la reperfusión con balón (demora puerta-balón). Análisis estadístico: χ^2 para variables discretas (expresadas en n y %), T de student o Kruskal-Wallis para continuas expresadas en media/desvío standard o mediana/intervalo intercuartilo según corresponda. Se considero significativa una $p < 0,05$.

	Hombres (n, %)	Mujeres (n, %)	Valor de p	Inicio del dolor hasta el primer contacto médico (min)	Consulta hasta la llamada al intervencionista (min)	Llegada a la sala de hemodinamia hasta la reperfusión con balón (min)	Resultado de la ATCp (%)	Mortalidad a 30 días (%)
Hombres	1542 (82,5%)	327 (17,5%)		180 (11,6%)	180 (11,6%)	180 (11,6%)	180 (11,6%)	180 (11,6%)
Mujeres	1869 (82,5%)	327 (17,5%)		180 (11,6%)	180 (11,6%)	180 (11,6%)	180 (11,6%)	180 (11,6%)
Valor de p	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

Resultados: Se incluyeron 1869 p.: 1542 hombres (82,5%) y 327 mujeres (17,5%). Se observó mayor edad en las mujeres ($65 \pm 13,3$ vs. $58 \pm 13,7$ - $p < 0,01$). Los resultados se resumen en la tabla.

Conclusión: Las mujeres con SCACEST presentaron una tendencia a consultar más tardíamente, y una mayor demora diagnóstica. A pesar de la similar tasa de éxito en la ATCp, la prolongación del tiempo hasta el tratamiento podría repercutir sobre la mortalidad y convertirlas en un grupo de mayor riesgo.

0601 - MIOCARDITIS Y SÍNDROME DE TAKOTSUBO ASOCIADOS CON INFECCIÓN POR COVID-19

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Tomografía y Resonancia Magnética

NOYA ALVES DE ABREU, Bernardo | BRIGOLIN GAROFO, Raphaela Tereza | LUIZ ESTEVES MENDONÇA, André | RIBEIRO PRATA LEITE BARROS, Gabriela

Actividad Clínica Privada



Introducción: Paciente de 47 años de sexo femenino procedente de São Paulo, diabética, se presenta al departamento de emergencias de un hospital terciario, refiriendo que fue ingresada hace siete días con un diagnóstico de COVID-19 y miocarditis. En donde regresó refiriendo dolor en el pecho tipo D, sudoración y disnea. En la evaluación inicial la paciente presenta un buen estado general. En el examen físico, la auscultación cardíaca se auscultan sonidos rítmicos sin soplos, y en la auscultación pulmonar se ausculto roncus en el hemitórax derecho. La paciente tenía una presión arterial de 170 x 100 mmHg, una frecuencia cardíaca de 53 lpm, saturando el 96% en el aire ambiental. El examen electrocardiográfico (ECG) reveló solo bloqueo auriculoventricular de primer grado (figura A). Las pruebas de laboratorio mostraron un aumento de troponina (0.99 - VL 0.034) y NT pro-BNP (2470 - VL 0.034). La tomografía

axial computarizada (TAC) del tórax (figura B) reveló infiltrados intersticiales en vidrio esmerilado con signos de congestión pulmonar sin poder descartar procesos inflamatorios e infecciosos. La TAC de las arterias coronarias con reconstrucción tridimensional no mostraron calcificaciones coronarias ni reducción luminal aterosclerótica (figuras E, F y H). Se observó disfunción sistólica segmentaria del ventrículo izquierdo que no obedece al territorio coronario y fibrosis miocárdica de patrón no isquémico con metaplasia lipomatosa sugestiva de miocarditis previa (figuras D y G). El patrón de cambios en la contractilidad del segmento ventricular izquierdo puede sugerir cardiomiopatía inducida por estrés (Takotsubo), ya que los cambios en la fibrosis miocárdica encontrados no sugieren una afección aguda. En vista de lo anterior, se le realizó la hospitalización para seguir estudiándola y realizarle los estudios pertinentes, en donde se le inició una terapia antibiótica de amplio espectro debido a la reciente hospitalización, terapia diurética, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y betabloqueantes. En la resonancia magnética nuclear cardíaca (RMN) mostró una disfunción sistólica ventricular izquierda moderada (fracción de eyección del 41%) y un aspecto compatible con miocarditis previa sin signos de proceso inflamatorio actual. Y el cambio en la contractilidad con acinesia media basal del ventrículo izquierdo (VI) con aspecto localizado, preservando el ápice y más porciones basales que no permitieron descartar la miocardiopatía adrenérgica - Takotsubo (figura I). Después de que la paciente evolucionara clínicamente favorable, obtuvo el alta hospitalario. Al cabo de 14 días, la paciente se sometió a una RMN cardíaca (figura J), que mostró una función sistólica biventricular preservada, la presencia de fibrosis no isquémica en la pared inferior e infero basal del ventrículo, aunque inespecífico, puede corresponder a una miocardiopatía inflamatoria previa. En comparación con el examen del 2 de mayo de 2020, hay una mejora evolutiva en la contractilidad segmentaria del ventrículo izquierdo. En donde también se sometió a una nueva tomografía computarizada del tórax evidenciando la resolución de la afección pulmonar (figura B).

Objetivos: Reporte de un caso de una paciente diabética tipo 2 infectada por el coronavirus y se presento en la evolución de la enfermedad con alteraciones cardíacas.

Materiales y Métodos: Las informaciones contenidas en este reporte de caso fueron obtenidas mediante revision del prontuario y discussão con el equipo médico.

Resultados: La asociación de la infección por coronavirus y complicaciones cardiacas secundárias.

Conclusión: Las complicaciones cardiovasculares son una posibilidad real en las personas infectadas por el nuevo coronavirus y los signos clínicos siempre deben estar relacionados con estas posibilidades, además de mantener una alerta de miocarditis y síndrome de Takotsubo.

0602 - ÍNDICE VOLUMEN SISTÓLICO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO ¿UN PARÁMETRO DE CONFIANZA?

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Corazón y Mujer

ROSSI, Agustina | LESCANO, Adrián José | CAPRINI, Romina Laura | VERGARA, Martín Sebastián | VARGAS MIELES, Paul | BESMALINOVICH, Ezequiel | MUSANTE, Christian Oscar | MIRANDA PIN, Carmen Margarita

Sanatorio Trinidad de Quilmes

Introducción: La determinación del volumen sistólico (VS) mediante ecocardiografía es un método no invasivo para estimar gasto cardíaco (GC), utilizado ampliamente por su gran disponibilidad y factibilidad de cuantificación. Puede ser utilizado como método diagnóstico y para monitoreo hemodinámico en diferentes patologías. Los valores de normalidad del índice volumen sistólico (IVS) no se encuentran claramente especificados. La bibliografía es extensa, aunque con información discordante. La mayoría de los estudios incluyen pacientes en el perioperatorio de cirugía cardíaca y pacientes con estenosis aórtica. Se considera un valor de normalidad del IVS mayor de 35 ml/m².

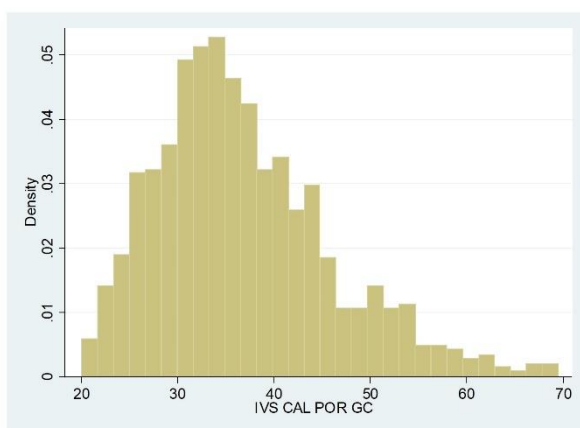
Objetivos: Determinar el valor de IVS en nuestra población de pacientes sin cardiopatía estructural y determinar su asociación con diferentes variables hemodinámicas.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, realizado en un centro médico entre Julio 2018 y Julio 2020. Se utilizaron 3 ecógrafos: Esaote My Lab40, Philips I33 y Samsung HS70A. Se incluyeron pacientes sin evidencia de cardiopatía estructural, con una fracción de eyección (FEY) del ventrículo izquierdo mayor del 50%. Fueron incorporados los datos demográficos (sexo, edad, peso, altura, área de superficie corporal) y ecocardiográficos: FEY, desplazamiento sistólico del anillo tricuspídeo (TAPSE), frecuencia cardíaca (FC), área del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) e integral velocidad/tiempo (IVT) del TSVI. La cuantificación del IVS se realizó utilizando el Doppler pulsado a través del TSVI. El diámetro se evaluó en eje paraesternal largo, midiendo de borde interno a borde interno a dos centímetros de las valvas aórticas, en telesístole. Se asumió al TSVI como un círculo y se realizó la determinación del área ($\pi \times \text{radio}^2$), se trazó la IVT del TSVI en eje apical de 5 cámaras. El VS se obtuvo

multiplicando estos dos valores, ajustándolo por superficie corporal. Fue utilizado el paquete estadístico Stata 14 y se analizaron los datos según la distribución de las variables. Los mismos se expresaron en media y mediana, desvío standard y rango intercuartilo (25-75). Dentro de las estadística inferencial, se utilizó el test de Chi2, Test de T, Wilcoxon y Spearman. El análisis multivariado utilizó la regresión lineal, con la expresión de los coeficientes y cumpliendo los supuestos del test.

	Media	Mediana
Superficie Corporal	1.87 (DS 0.21)	1.87 (RI 1,72-2.04)
Frecuencia Cardíaca	77 (DS 13.19)	75 (RI 68-85)
TSVI	1.92 (DS 0.2)	1.9 (RI 1.78-2.09)
IVS	36 (DS 9.11)	35 (RI 30.3-42)

Resultados: Se incluyeron 1242 pacientes, con predominio de sexo masculino (52,63%) y una media de edad de 48,1 años (DS 15.09). El promedio de altura fue de 167.92 cm (DS 9.5) y peso de 79.94 (DS 17). La superficie corporal media fue de 1.87 cm² (DS 0.21). El promedio de frecuencia cardíaca fue de 77.09 latidos por minuto (DS 13,19). (Tabla 1). Entre los parámetros ecocardiográficos, la media de la FEY fue de 62% (DS 5.51), TSVI de 1.92 cm (DS 0.2) e IVS de 36,77 ml/m² (DS 9.11). La distribución de la variable del IVS fue anormal (Mediana: 35,28 RI 30.34-42-07), con un 25% de los pacientes por debajo de los 30 ml/m² y 75% por encima de 42 ml/m². (Gráficos 1, 2 y 3) (Tabla 1). En el análisis multivariado, se encontró una relación estadística significativa ($p < 0.005$) positiva con FEY (coeficiente B 28, IC 19.38-37.36) y negativa con FC (coeficiente B -0.09, IC 0.12-0.05). No se encontró una asociación significativa para las variables de sexo y edad ($p = 0.09$).



Conclusión: En nuestra población sin cardiopatía estructural, se observa una distribución anormal de los valores de IVS, siendo la mediana de 35 ml/m², con un 25% de la muestra con un valor inferior de 30 ml/m². Se observó una relación estadística significativa negativa con la FC y positiva con la FEY. Estos datos preliminares obligan a la necesidad de generar un estudio a gran escala para definir la distribución de normalidad del IVS.

0603 - USO DE HERRAMIENTAS ONLINE EN LA CONSULTA CARDIOLÓGICA DURANTE LA PANDEMIA DEL SARS-COV2

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Aspectos Psicosociales

RODRIGUEZ GRANILLO, Alfredo Matías (1) | GARRIDO, Sol(2) | SALVATORI, Carolina(2) | BOSKIS, Mario(2)

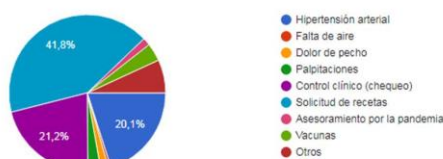
Centro de Estudios en Cardiología Intervencionista (1); Grupo Cardiologico BOSKIS (2)

Introducción: Durante la pandemia de COVID-19 la consulta médica se vió modificada y nuevas formas de comunicación en la relación médico paciente tomaron protagonismo. No se conoce si las herramientas satisficieron las necesidades.

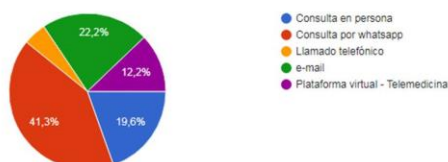
Objetivos: Conocer si la consulta virtual tuvo un rol preponderante durante la pandemia y si cumplió el objetivo de mantener la relación médico-paciente.

Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta a todos los pacientes que realizaron una consulta cardiológica a 6 cardiólogos de la ciudad de Buenos Aires desde el comienzo de la cuarentena obligatoria, el 20 de marzo de 2020. El análisis abarcó hasta el día 18 de junio inclusive. Se confeccionó por medio de google forms una encuesta online de 10 preguntas en donde la primera explicaba la naturaleza de la misma y solicitaba la autorización del paciente para utilizar sus respuestas, protegiendo mediante una clave sus datos identificatorios. Las preguntas fueron de respuestas cerradas dicotómicas o con múltiples opciones que se refirieron al rango etario de los consultados, el género, el motivo principal de su consulta, el método utilizado, si resolvió su inquietud, se generó una acción a partir de la misma y si quedó satisfecho con la respuesta de su médico, entre otras. Toda la información se incorporó a una base de datos y se realizó un análisis descriptivo de las respuestas generadas.

¿Cuál fue el principal motivo de su consulta virtual? (Elegir la opción mas adecuada)



¿Cuál fue el método utilizado para la consulta?



¿Quedó satisfecho con la respuesta obtenida?



Resultados: Se respondieron 189 encuestas únicas completas, el 51,8% de los encuestados tenían mas de 65 años en el momento de la consulta, 54,5% de los mismos fueron de género masculino y la forma de contacto mas utilizada fue la plataforma de whatsapp (41,3%), seguida del e-mail (22,2%). El 57% realizó mas de una consulta durante el período utilizado. En un 23% de las veces la consulta generó un cambio de medicación, necesidad de una consulta presencial o internación. De todos los pacientes encuestados el 98,4% quedó conforme con la respuesta obtenida. El resto de los datos se presentan en la figura.

Conclusión: La mayoría de las consultas durante la cuarentena obligatoria no fue presencial, sin embargo esto no impidió el seguimiento de los pacientes y los mismos quedaron conformes con el resultado obtenido.

0606 - EPIDEMIOLOGIA, ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA PATOLOGÍA VALVULAR CARDÍACA: REGISTRO DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE REFERENCIA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Valvulopatías

REYNOSO, Carolina Giselle | COLLA, Carlos Julián | NAPOLI LLOBERA, Mariano Ezequiel | BLANCO, Rodrigo Ignacio | LAX, Jorge | KAZELIAN, Lucía Raquel | SZARFER, Jorge | GAGLIARDI, Juan Alberto

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

	EAO (n= 84)	IAO (n=39)	EM (n=24)	IM (n=60)	IT (n=45)	EP (n=7)	IP(n=9)
Edad (años)	71±12	53,7±16	53±14	59±17	58,8±20	34,5±18	43±22
Sexo masculino (%)	60,7 (51)	64,9 (25)	41,6 (10)	48,3 (29)	40 (18)	57,1 (4)	33% (3)
Etiología (%)							
Esclerodegenerativa	92,8 (78)	7(17.94)	9(12.5)	10(16.66)	5(11.11)		
Reumática	25 (21)	2(5.1)	18(75)	12 (20)	6(13.33)		2 (22.22)
Bicúspide	30,9 (26)	12(30.76)			2(4.44)		
Endocarditis	16,6 (14)	10(25.6)	2(8.33)	5(8.33)	2(4.44)	1 (14.28)	1 (11.11)
Prolapso				5(8.33)			
Funcional			1(4.16)	14(23.33)	13(28.33)		2 (22.22)
Congénita				4(6.66)	6(13.33)	6 (85.71)	4 (44.44)
Isquémica				9(15)	8(17.77)		

Introducción: La enfermedad valvular presenta en la actualidad una de las causas más frecuentes de internación por insuficiencia cardíaca, Sin embargo no existe un registro de datos actualizados en nuestro medio.

Objetivos: Evaluar la etiología, prevalencia, síntomas, características clínicas y características ecocardiográficas de los pacientes con patología valvular cardíaca de un Hospital público de referencia en una ciudad de alta densidad poblacional.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluyó pacientes con patología valvular cardíaca evaluados en el servicio de Cardiología entre julio 2018 y marzo 2020. Se analizaron características demográficas, antecedentes clínicos, síntomas, y características ecocardiográficas (tipo, etiología y severidad de la valvulopatías, función ventricular, presión sistólica de arteria pulmonar).

Resultados: Fueron incluidos 190 pacientes (p) con patología valvular cardíaca, edad: 61,4±17, sexo masculino: 114 p (60%). El 31,6% presentaba estenosis aórtica (EA), el 22,5% insuficiencia mitral (IM), el 16,9% insuficiencia tricúspide (IT), el 14,6% insuficiencia aórtica (IAO), el 9% estenosis mitral (EM) y el 2,6% estenosis pulmonar (EP). 76 p. (40%) presentaban más de una valvulopatía. Los motivos de consulta más frecuentes fueron disnea (67,9%) y angor (7,4%). El 61,6% era hipertenso, 23,7% diabéticos. 58 p. (30.7%) presentaba deterioro severo de la función sistólica ventricular izquierda (Fey<30%), 61 p. (32,1%) antecedentes de enfermedad coronaria y 13,2% cirugía cardíaca previa. La edad, sexo y etiología de las distintas valvulopatías se describen en Tabla 1.

Conclusión: El registro pone en evidencia diferencias en relación con la etiología y características clínicas de los pacientes con distintos tipos de valvulopatías. La etiología esclerodegenerativa es la causa más frecuente de enfermedad valvular, principalmente en la estenosis aórtica; las etiologías más frecuentes de la insuficiencia mitral son la funcional, reumática o isquémica, mientras que la estenosis mitral es más frecuente en mujeres y de etiología reumática.

0607 - DETERMINACIÓN DEL MEJOR MOMENTO PARA EL CÁLCULO DEL ÍNDICE LEUCOPLAQUETARIO EN PACIENTES CURSANDO UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

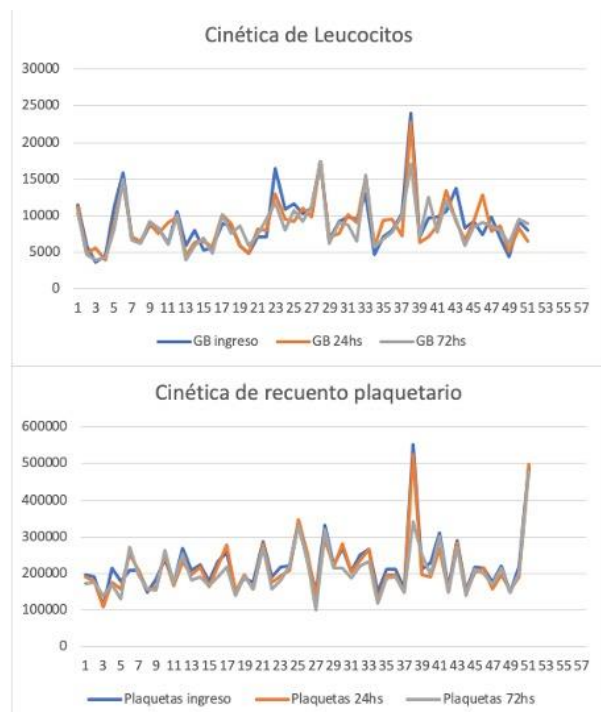
Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo

BARBA, Virginia | FONSECA, Sebastian Raul | MRAD, Sebastián Juan Bautista | IAMEVO, Rafael Angel | COHEN ARAZI, Hernán

Sanatorio Trinidad Mitre

Introducción: Los eventos isquémicos durante la hospitalización por síndrome coronario agudo (SCA) están relacionados principalmente con la activación plaquetaria y la existencia de un estado hiperinflamatorio. El cálculo del índice leucoplaquetario (ILP) mediante recuento de plaquetas x glóbulos blancos (GB)/108, es una herramienta de estratificación sencilla que demostró buena discriminación de eventos isquémicos recurrentes durante la hospitalización. Es importante definir el ILP que mejor represente el riesgo trombótico, representado por el mayor recuento de GB y plaquetas luego del SCA. La determinación del riesgo se relaciona estrechamente con las decisiones terapéuticas que se toman al momento del ingreso.

Objetivos: Definir cuál es el momento de mayor elevación del recuento plaquetario y de GB que permita obtener el ILP más alto dentro de las primeras 72 horas desde el ingreso del paciente a unidad coronaria (UCO) por SCA.



Materiales y Métodos: Estudio observacional, de corte transversal y de centro único que incluyó pacientes cursando un SCA con o sin elevación del segmento ST. Se evaluaron los valores de recuento de GB, fórmula leucocitaria y recuento de plaquetas al momento de ingreso a UCO, a las 24 y a las 72hs posteriores. Se utilizó estadística descriptiva cuantitativa según la distribución de los datos, expresando las variables gaussianas como media y desvío estándar y las no gaussianas como mediana y rango intercuartilo. En cuanto a la estadística inferencial y para la comparación de datos apareados se utilizaron el Test de Student para datos apareados y el Test de suma de rangos de Wilcoxon, de acuerdo a la distribución de las variables. El valor de p para la significación estadística se estableció en 0.05.

	Valor ingreso	Valor 72hs	p
Glóbulos blancos	9200 {7000 - 11000}	8600 {7000 - 10250}	0.03
Neutrófilos (%)	65.4 ± 13.1	61.2 ± 9.1	0.0006
Linfocitos (%)	23.3 ± 10.6	24.7 ± 8.6	0.07
Plaquetas	212000 {175000 - 248000}	188000 {158000 - 221500}	< 0.0001
Vol. plaquetario	10.2 ± 0.97	10.5 ± 0.95	< 0.0001

Resultados: Se incluyeron 71 pacientes en el estudio, 28.2% con diagnóstico de infarto (IAM) ST, 42.3% con IAM no ST y 29.6% con angina inestable. El 78.9% eran hombres, la media de edad fue de 66 ± 15 años, el 71.8% eran hipertensos, 26.8% diabéticos, 56.3% dislipémicos, 39.4% obesos (IMC > 30 kg/m²), 28.2% tabaquistas; 5.6% presentaban antecedente de insuficiencia cardíaca y 25.4% infarto de miocardio previo. Al momento del ingreso 21.4% presentaron un score Grace mayor a 140 y 29% un valor de ILP mayor a 24 (definido en estudios previos como de alto riesgo trombótico). El 40% de los pacientes fue tratado con angioplastia coronaria con stent. El valor de PCRus al ingreso mostró alta correlación (spearman 0.5, p=0.0005) con el recuento leucocitario y el ILP obtenido al ingreso tuvo correlación lineal con la elevación de los niveles de troponina (Spearman 0.5, p=0.01). Comparando los

valores al ingreso y a las 72hs se observó: descenso significativo del recuento de leucocitos (p 0.03), de la relación neutrófilo/linfocitaria (p 0.0006) y del recuento de plaquetas (p 0.0001) (Ver figuras y Tabla). Este hallazgo permite afirmar que el momento de mayor respuesta inflamatoria manifestada por el recuento leucocitario y la mayor agregabilidad, reflejada por el recuento de plaquetas, se observó al ingreso.

Conclusión: En pacientes cursando un SCA con y sin elevación del ST, el mejor momento para el cálculo del ILP parece ser al ingreso hospitalario, determinado por los niveles leucocitarios y plaquetarios obtenidos más elevados. Este hallazgo es útil para confirmar que el ILP permite estratificar sencilla y rápidamente, para tomar decisiones terapéuticas en pacientes con SCA.

0611 - TRASPLANTE CARDÍACO EN ERA COVID: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica - Cirugía y Hemodinamia

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

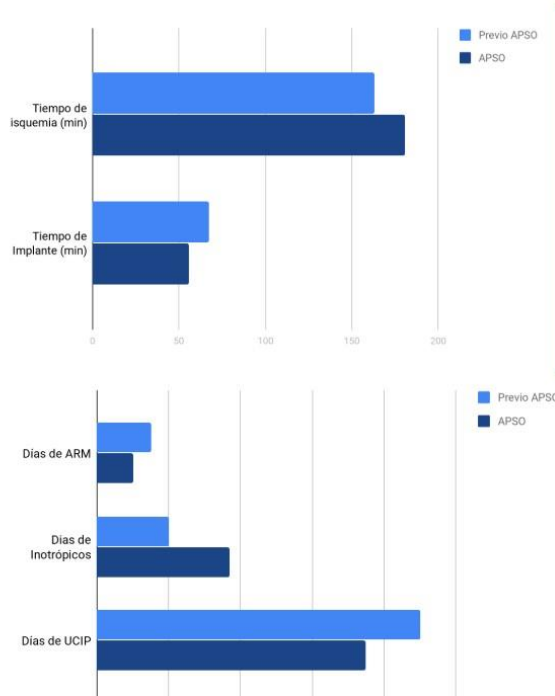
FERRARIO, Sofia | CHAKER, Melisa | HAAG, Dora | GAIOLI, Graciela Marisa | CHARROQUI, Alberto | SARKIS, Claudia María | QUIROGA, Luis | VILLA, Alejandra

Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan

Demográficas	All (n=5)
Edad (años)	4.7 (1-13)
Masculino	2 (50%)
Peso (kg)	19.85
Diagnóstico	
Miocardiopatía dilatada	4 (100%)
Condiciones prequirúrgicas	
HTP	4 (100%)
CF	
I-II	0
III-IV	4 (100%)
Drogas inotrópicas	2 (50%)
Requerimiento de Pr	1 (25%)
Positiva	

Introducción: El Hospital Garrahan cuenta con un Programa Nacional de Trasplante Cardíaco pediátrico siendo un centro de referencia en el tema. Se realizaron 77 trasplantes desde Octubre del 2000 hasta la actualidad.

Gráfico 1y 2



Descripción: Entendemos que la mejor manera de trabajar en nuestro programa, es hacerlo de forma multidisciplinaria, fue por ello que las decisiones tomadas fueron en conjunto entre los diferentes servicios intervinientes.

Conclusión: La donación de órganos en pediatría sigue siendo una preocupación de la comunidad médica de nuestro país, y a pesar de la difusión del programa la procuración de órganos no ha sido mayor en los últimos años.

0612 - EVALUACIÓN DE UNA APLICACIÓN PARA TELÉFONO MÓVIL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DISPOSITIVOS CARDÍACOS A TRAVÉS DE RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

GARCIA CHAMORRO LUIS GUILLERMO, Luis Guillermo | OLIVA, Matias Ariel | DENNER, German | GIARROCCO, Agustina | ARCOS ALCIVAR, José Fabián | AGUILAR URIARTE, María Belén | DE LA VEGA, Alejandro | ZAIDEL, Ezequiel José

Sanatorio Güemes

CARACTERISTICA		N	%
AÑO DE IMPLANTE	2016	13	4,3
	2017	66	22,2
	2018	116	39
	2019	102	34,3
MARCA	BT	156	52,5
	STJM	94	31,6
	BM	15	5
	MDT	31	10,4
	OTROS	1	0,3
TIPO	MCP	232	78,1
	CDI	54	18,1
	RTC	11	3,7

Tabla 1. Características de los dispositivos evaluados
 BT: Biotronik; STJM: Sant Jude; BM: Boston; MDT: Medtronic; MCP: marcapasos, CDI: Cardiodesfibrilador implantable; RTC: resincronizador cardiaco.

Introducción: El desconocer la marca de un dispositivo implantable constituye un factor de demora al momento de valorar el dispositivo en los servicios de urgencia e internación, generando traslados innecesarios de equipos y aumento en el tiempo requerido para la atención de dichos pacientes.

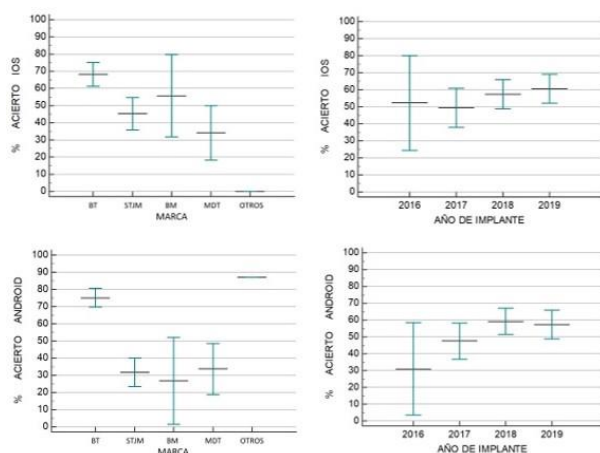


Fig. 1. Media de % de aciertos evaluado por sistema operativo móvil, año de implante y marca de dispositivo implantado.

Objetivos: Evaluar la aplicabilidad de una herramienta (aplicación instalada en un teléfono inteligente, TI) para identificar la marca de los dispositivos cardíacos a través de la identificación de imágenes radiográficas.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal y unicéntrico, donde se realizó la evaluación de la aplicación para TI (Pacemaker ID®, de la compañía Bread co.), basada en redes neuronales convolucionales a través de las cuales se genera una memoria artificial que permite identificar la marca de dispositivos cardíacos implantables mediante la captura fotográfica de una imagen de rayos X.

Resultados: Se analizaron un total de 297 radiografías, el año, la marca y el tipo de dispositivo evaluado se encuentran consignados en la tabla 1. El porcentaje de aciertos fue mayor al evaluar dispositivos de la marca Biotronik en comparación con las otras marcas 66,6% con móvil IOS y 78,2% con Android ($p < 0.001$). Al realizar la comparación de proporciones evidenciamos un mejor rédito de los resultados obtenidos por el último dispositivo con una diferencia de 11,6% ($P = 0.02$), igualmente la mayor tasa de aciertos se dio en los dispositivos más recientes.

(año 2019), pero de manera no significativa: 59,8% para Android ($p=0,08$) y 61,7% para iOS ($p=0,2$). Se observó una mayor media en el valor del porcentaje de acierto para ambos grupos con la marca Biotronic $75,1\%$ $DS \pm 34,5$ (IC 95% de 69,6 a 80,5) en el grupo de sistema operativo Android y $68,1\%$ $DS \pm 43,1$ (IC 95% de 61,2 a 74,9) para iOS sin diferencias significativas al realizar comparación de medias $p=0,11$ (IC 95% -15,7 a 1,7). Al evaluar el año de implante también se observa una tendencia similar para ambos grupos con una mediana de porcentaje de acierto que incrementa a medida que son más recientes los dispositivos, 57,3% (IC95% 48,8 a 65,8) en Android y 60,5% (IC95% 51,9 a 69,1) en iOS. El porcentaje total de aciertos fue similar en ambos grupos 55%, logrando calcular una sensibilidad de esta aplicación para detectar correctamente la marca del dispositivo de 55.5% (IC 95% de 49,7 a 61,2)

Conclusión: Los resultados obtenidos en el presente estudio limitan el uso de esta aplicación en nuestra institución, sin embargo, al ser una aplicación basada en inteligencia artificial, es probable que en un futuro al realizar una nueva evaluación los datos sean mas alentadores, constituyéndose en una herramienta de gran utilidad.

0614 - IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 SOBRE INMUNIZACION ANTIGRIPIAL Y ANTINEUMOCOCCICA EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

Unidad Temática 2: Imágenes.20

LAVALLE COBO, Augusto Maria (1) | **FORTE, Ezequiel**(2) | **HARWICZ, Paola S.**(3) | **BARBA, Virginia**(4) | **GONZALEZ PARDO, Fernando Omar**(2) | **LAGOS, Ana Constanza**(2) | **COSTERO MARTÍNEZ, Joana Del Carmen**(2) | **GOMEZ MARTIN, Carolina**(2)

Sanatorio Finochietto (1); CENDIC - Centro Diagnóstico Cardiovascular Concordia (2); Sanatorio Dupuytren (3); Sanatorio Trinidad Mitre (4)

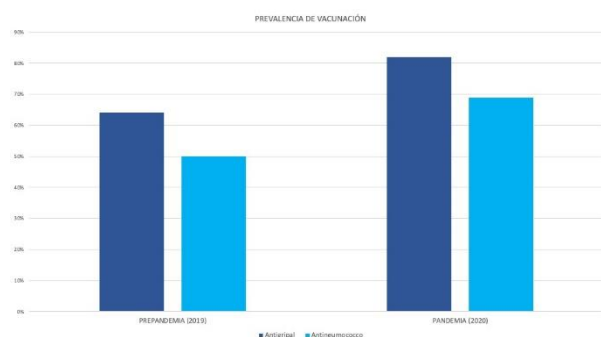
Edad, años (25-75)	64 (57-72)
Edad > 65 años, %	50
Sexo Masculino, %(n)	57 (246)
HbA1c, %	7,19
Obesidad, % (n)	58 (252)
HTA, % (n)	90 (393)
Tbq/exTbq, % (n)	41 (176)
Enfermedad CV, % (n)	43 (187)
Estatinas, % (n)	68 (296)
IECA/ARA II, % (n)	83 (359)
Insulina, % (n)	22 (97)

Introducción: Pese a ser considerado un grupo de riesgo y a estar incluidos dentro del calendario de vacunación nacional, la tasa de inmunización antigripal y aneumococcica en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) es baja. En nuestro país la pandemia por COVID-19 comenzó en el mismo periodo que lo hace habitualmente la circulación del virus de influenza. La circulación de un virus respiratorio podría influir en la indicación por parte de los médicos de

inmunizaciones disponibles para prevenir otros cuadros. Por otro lado se ha reforzado en medios de comunicación la importancia de la vacunación.

Objetivos: Evaluar el impacto de la pandemia por COVID-19 en la vacunación antigripal y antineumocócica en una población de pacientes con DM2 seguidos en consultorios de cardiología.

Materiales y Métodos: De mayo a Julio del 2019 (periodo prepandemia) se realizó un registro nacional y multicéntrico de pacientes con DM2 que asistían a un consultorio de cardiología. Entre junio y julio del 2020 (durante la pandemia) se realizó un seguimiento telefónico dentro del cual se analizaron la indicación y aplicación de vacunación antigripal y antineumocócica. Se comparó la prevalencia de vacunación entre ambos periodos. Se utilizó la prueba de McNemar para datos apareados.



Resultados: Se analizaron 431 pacientes de 17 provincias. Las características basales se observan en la tabla 1. Durante el periodo prepandemia, la prevalencia de vacunación contra influenza y neumococo fue del 64% y 50% respectivamente. Durante la pandemia 82% recibió la vacunación antigripal ($p = 0,00000001$) y 69% la vacunación antineumocócica ($p = 0,00000001$). Durante la pandemia el 90% de los pacientes recibió la indicación de inmunización contra influenza. Del 36% de los pacientes que no habían sido vacunados contra influenza en 2019 el 83% recibió la vacuna durante la pandemia. No se observaron diferencias significativas dentro de un mismo periodo ni entre ambos periodos respecto a la tasa de vacunación acorde a la presencia o no de enfermedad cardiovascular o a la edad > 65 años.

Conclusión: En la población de pacientes con DM2 analizada se observó un aumento significativo en la vacunación antigripal y antineumocócica durante la pandemia por COVID19 respecto al año previo.

0615 - ABLACIÓN DE ALETEO AURICULAR TÍPICO MEDIANTE CATÉTER IRRIGADO CON SOLUCIÓN SALINA AL MEDIO MOLAR

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

VECCHIO, Nicolas | MILITELLO, Claudio | LÓPEZ DIEZ, Juan Cruz | SCHNETZER, Maria Natalia | DORADO, Jorgelina Nadia | BASILE, Federico | BOCHOEYER, Andrés

Sanatorio Sagrado Corazón

Introducción: La ablación por radiofrecuencia (ARF) del aleteo auricular (AA) dependiente del istmo cavotricuspidal (ICT) es un procedimiento con una tasa de éxito elevada y baja incidencia de complicaciones. Sin embargo, la variación e irregularidad anatómica del istmo pueden generar inestabilidad del catéter, y junto con el alto flujo sanguíneo local disminuir la eficacia de la lesión y consecuentemente del procedimiento. Actualmente, la tasa de recurrencia es del 8 al 15%. Evidencia reciente sugiere la utilidad de crear lesiones más profundas disminuyendo la osmolaridad de la solución de irrigación.

Objetivos: Evaluar la tasa de éxito y complicaciones en la ablación del aleteo auricular típico mediante catéter irrigado con solución salina al medio molar. Comparar los resultados con la ablación mediante irrigación isoosmolar (SSN).

	SSH (14p)	SSN (14 p)	p
Edad	56 ± 12.3 años	61 ± 10.8 años	.22
Sexo Masculino	12 p (86%)	12 p (86%)	1
Cardiopatía	5 p (35%)	4 p (28%)	.68
Fracción Eyección VI	57.1 ± 11%	56 ± 14.3%	.49
Aleteo auricular anti horario	11 p (78%)	12 p (85%)	.62
Mapeo electroanatómico 3D	7 p (50%)	6 p (42%)	.7

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis observacional y prospectivo en el que se incluyeron pacientes consecutivos con primera ARF de AA típico en el período comprendido entre junio de 2019 y mayo de 2020. En todos los casos se utilizaron catéteres de 4mm con irrigación abierta con solución salina 0.45%, diluida al 50% con dextrosa al 5% (SSH). Se programaron 40 watts de potencia y 40°C de temperatura como límite. Mediante guía radioscópica o mapeo electroanatómico se realizó una línea de ablación desde el segmento anterior hacia la región posterior del ICT. De ser necesario se repitió la línea de lesión hasta lograr la interrupción de la arritmia, bloqueo bidireccional y eliminación de potenciales auriculares (éxito). Se registraron las características basales de la población, éxito inicial, tiempo de fluoroscopia, tiempo de radiofrecuencia, cantidad de aplicaciones y complicaciones. Como grupo control se incluyeron todos los pacientes con primera ablación el año previo con irrigación isoosmolar.

	SSH (14p)	SSN (14 p)	p
Tiempo RF	7:10 ± 4:57 min	09:16 ± 8:07 min	.2
Tiempo Radioscopia	8:30 ± 8:10 min	09:13 ± 4:15 min	.8
Tiempo RF > 2 aplicaciones	08:17 ± 1:37 min	13:17 ± 4:23 min	.011

Resultados: En el análisis se incluyeron un total de 14 pacientes con ARF SSH en el período mencionado y 14 pacientes del año previo con ARF SSN con características clínicas similares. Dos pacientes en cada grupo presentaron fracción de eyección menor de 50%. (tabla 1) La tasa de éxito inmediata fue del 100% con una mediana de 2 aplicaciones de ARF en ambos grupos. El tiempo promedio de radiofrecuencia en SSH fue 7:10 vs 09:16 min en SSN; y de radioscopia 8:30 vs 9:13 min. El análisis mediante t-Student test no demostró diferencia significativa en tiempo de radiofrecuencia ni radioscopia (p= .2 y .8 respectivamente). Se realizó un sub-análisis en aquellos pacientes que requirieron mas de 2 líneas de ARF, 4 en el grupo SSH vs 6 en el grupo SSN (p = .4). En el grupo SSH el tiempo promedio de radiofrecuencia fue 8:17 vs 13:17 min en el grupo SSN (p = .011). (Tabla 2) Se registró una complicación (hematoma del sitio de punción) y un steam pop en el grupo SSH y ninguna complicación ni steam pop en el grupo SSN. (p = .53)

Conclusión: La ablación de aleteo auricular típico mediante catéter irrigado con solución salina al medio molar alcanzó los mismos resultados que la ablación convencional y no presentó complicaciones graves. En aquellos pacientes que requirieron mayor número de aplicaciones el tiempo de radiofrecuencia fue significativamente menor utilizando solución salina al medio molar.

0616 - RIESGO TROMBÓTICO Y HEMORRAGICO: EL ROL DEL ÍNDICE LEUCOPLAQUETARIO

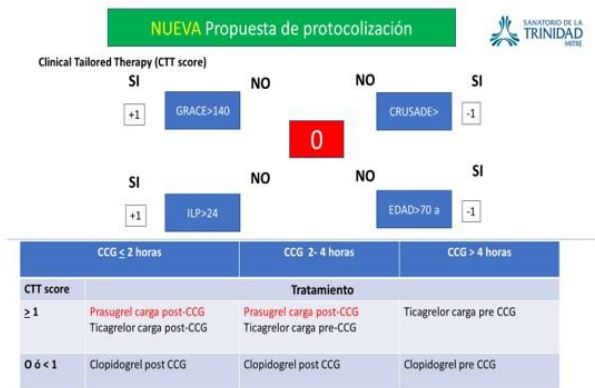
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo

FONSECA, Sebastian Raul | COHEN ARAZI, Hernán | BARBA, Virginia | MRAD, Sebastián Juan Bautista | FERREYRA, Raul Eduardo

Sanatorio Trinidad Mitre



Introducción: La decisión del tratamiento antitrombótico en pacientes con síndromes coronarios agudos (SCA) depende del balance entre el riesgo isquémico y el hemorrágico.

Objetivos: Presentar un algoritmo terapéutico basado en la nueva evidencia y mostrar los primeros resultados de su aplicación.

Materiales y Métodos: Para la confección del algoritmo de decisión se consideraron variables relacionadas con alto riesgo isquémico: GRACE>140 y el índice ILP >24 (validados en estudios previos). Se consideró alto riesgo de sangrado cuando el score CRUSADE fue mayor de 40 o la edad del paciente > 70 años. Para la decisión del tratamiento al momento de confeccionar el algoritmo, se consideran resultados de ensayos aleatorizados que compararon estrategias de antiagregación, y guías actuales de tratamiento de SCA. Se evaluó la re-estratificación de riesgo isquémico y hemorrágico en pacientes con SCA al aplicar este algoritmo.

Resultados: En SCA no ST el tratamiento depende de la sumatoria de las variables de riesgo trombótico y hemorrágico (Figura) y del momento en que se realizará la cinecoronariografía (CCG). Si la CCG se realizara dentro de las 2 horas, el segundo antiplaquetario se indicará luego de conocer la anatomía coronaria, será Clopidogrel si la sumatoria es menor a 1 y Prasugrel o Ticagrelor si es > 1. Si la CCG se realiza entre 2 y 4 horas luego del ingreso y la sumatoria es < 1 se indicará Clopidogrel; si la sumatoria es > 1, se pre-tratará con Ticagrelor antes de CCG o puede elegirse Prasugrel post CCG. Si la CCG se realizará más allá de las 4 horas desde el ingreso, los pacientes deben ser pretratados con Ticagrelor (en sumatoria > 1) o Clopidogrel (sumatoria menor a 1). En el caso de los SCA-ST se pre-tratan todos los pacientes y se elige Clopidogrel cuando la sumatoria es menor a 1 y Ticagrelor o Prasugrel si es > 1. Con la aplicación de esta estrategia observamos que: aplicamos el algoritmo en una población de 71 pacientes con SCA (28.2% con diagnóstico de IAM ST, 42.3% con IAM no ST y 29.6% con angina inestable), 78.9% hombres, de 66 más/menos 15 años, el 71.8% hipertensos, 26.8% diabéticos, 56.3% dislipémicos, y 28.2% tabaquistas. Según el score GRACE de ingreso: 22.5% de los pacientes fueron de alto riesgo isquémico. De acuerdo a ILP > 24 al ingreso, el 30% de los pacientes fueron de alto riesgo. De los 16 pacientes con GRACE >140, 10 tenían ILP<24 y 6 ILP > 24. De los 21 pacientes con ILP > 24, 15 tenían GRACE <140 y 6 GRACE >140. Solamente 6 pacientes tenían ambos marcadores de riesgo al ingreso. 20% de los pacientes tenían score CRUSADE >40 y 36% más de 70 años de edad. 19 % de los pacientes que serían considerados como alto riesgo trombótico, también tienen alto riesgo de sangrado aplicando los scores de GRACE y CRUSADE, respectivamente. En esos pacientes cuando se aplicó nuestro algoritmo, 16 pacientes (22.5%) tenían un puntaje > 1 y 40 (56%) tuvieron un puntaje menor a 1 lo que permitió ajustar el tratamiento antiagregante.

Conclusión: La aplicación de un algoritmo sencillo que agrega el valor pronóstico del ILP a parámetros ya conocidos, permite re-estratificar y modificar la estrategia de tratamiento en un alto porcentaje de pacientes con SCA. De esta manera, podría balancearse el riesgo isquémico y de sangrado, aplicando evidencia de estudios recientes.

0618 - PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO Y SU RELACIÓN CON EL CONTROL CARDIOMETABÓLICO EN UNA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Modalidad: Temas Libres

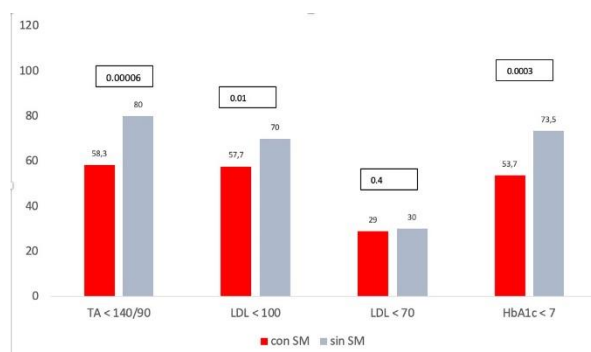
Unidad Temática: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

Unidad Temática 2: Imágenes.20

HARWICZ, Paola S. (1) | **FORTE, Ezequiel Hernán**(2) | **LAVALLE COBO, Augusto Maria**(3) | **SANABRIA, Hugo Daniel**(4) | **DUCZYNSKI, Maria Paula**(5) | **SALMERI, Emiliano Eduardo**(6) | **TERNS, Paula**(1) | **BRUNA, Graciela Isabel**(7)

Sanatorio Dupuytren (1); CENDIC - Centro Diagnóstico Cardiovascular Concordia (2); Sanatorio Finochietto (3); ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (4); Universidad Favaloro (5); IADT - Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento (6); Actividad Clínica Privada (7)

Introducción: La prevalencia de obesidad y diabetes (DM2) se ha incrementado en los últimos 30 años. Asimismo, la detección del síndrome metabólico (SM) en la población con DM2 permite identificar aquellos con mayor riesgo cardiovascular. El adecuado control metabólico permite mejorar el pronóstico a largo plazo en este grupo de pacientes.



Objetivos: Determinar la asociación de SM definido por criterios de ATP III y sus componentes individuales más frecuentes en pacientes con DM2 que concurren a un consultorio de cardiología ambulatorio y determinar el grado de control cardio-metabólico

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional y multicéntrico en consultorios de cardiología de 17 provincias de la República Argentina. Se definió SM según criterio de APTIII

Variable	Con Síndrome Metabólico	Sin Síndrome Metabólico	p
Edad (años)	64,2	67	0,02
HTA (%)	94,7	65	0,005
Sedentarismo (%)	59,6	36,2	0,0004
HbA1c	7,33	6,68	0,00082
IMC	36,62	27,16	0,0001
PC (cm)	109	91,6	0,0003
Tabaquismo (%)	9	10	0,4
Duración de DM2	10,16	12,84	0,005

Resultados: Se incluyeron 648p con DM2. La prevalencia de SM fue del 87,7%. Se observó que los p con SM eran más jóvenes (64,2 vs 67 años $p < 0.02$), con predominio de mujeres (94%), presentaban un IMC mayor (32,6 vs 27,1 $p < 0.0001$) al igual que mayor perímetro de cintura (109 vs 91,6 cm $p < 0.00003$), eran más sedentarios y el tiempo de evolución de la DM2 fue menor (Tabla 1). El componente individual más frecuentemente observado fue la Hipertensión arterial (HTA) luego de la DM. El grupo con SM presentó niveles más elevados de LDL y HbA1c. Respecto al control metabólico, se observó en los p con SM un inferior alcance de los objetivos terapéuticos de LDL, HbA1c y presión arterial comparado con el grupo de p sin SM (figura 1). No hubo diferencias significativas en la prevalencia de enfermedad cardiovascular entre ambos grupos (54,05% con SM) en relación a los p sin SM (62,5%).

Conclusión: La asociación de SM entre los p con DM2 fue muy frecuente. La Hipertensión arterial fue el componente más prevalente, luego de la diabetes. En este grupo de p se observó un peor control cardiometabólico con menor alcance de objetivo terapéutico, determinando un mayor riesgo cardiovascular a largo plazo.

0619 - CIERRE PERCUTÁNEO DE FÍSTULAS CONGÉNITAS DE ARTERIA CORONARIA EN NEONATOS, LACTANTES Y NIÑOS: SEGUIMIENTO A CORTO Y MEDIANO PLAZO: EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA EN ARGENTINA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Pediátrica

Unidad Temática 2: Cardiología Intervencionista

FACUNDO, Ledesma (1) | CONTRERAS, Alejandro(1) | BANILLE, Edgardo(2) | ALLUB, Alejandro(2) | INFANTE, Juan(2) | LAGHEZZA, Lidia Beatriz(3) | GAMEZ SCHROEDER, Aldo M.(2) | PEIRONE, Alejandro Román(1)

Hospital Privado Universitario de Córdoba (1); Hospital de Niños de Córdoba (2); Hospital Pediátrico "Dr. Humberto Notti" (3)

Introducción: Las fístulas congénitas de arterias coronarias (FCAC) son una anomalía caracterizada por una conexión anormal entre una arteria coronaria y una cámara cardíaca o un vaso cercano. La presentación clínica es variable y el tratamiento percutáneo está indicado en pts sintomáticos y en pts asintomáticos con cortocircuitos significativos. Los datos publicados en pediatría sobre el cierre percutáneo de FCAC son limitados.

Objetivos: Evaluar indicaciones, técnica de cierre, materiales utilizados y resultados a corto y mediano plazo del cierre percutáneo de FCAC en pediatría en diferentes centros del país.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo, observacional. Desde 2007 a 2020 se revisaron historias clínicas de pts que requirieron cierre percutáneo de FCAC. Se incluyeron características demográficas, presentación clínica, tipo de fístulas, técnica de cierre, resultados y complicaciones. Las variables cuantitativas se expresan como mediana y rango intercuartílico. Se utilizó paquete SPSS 17.

Resultados: Se incluyeron 8 pts con una mediana de edad de 7,5 años (2,5 - 10,5), mediana de peso de 26 kg (5,35 - 42,5), 62,5% de sexo femenino. Síntomas y signos iniciales fueron: dolor torácico en 1 pt, escasa ganancia ponderal 2 pts, insuficiencia cardíaca 2 pts, y los 3 pts restantes asintomáticos. Cinco pts presentaban soplo sistólico y 3 pts soplo continuo, cardiomegalia en teleradiografía de tórax en 4 pts y 3 pts signos electrocardiográficos de hipertrofia ventricular izquierda. La totalidad de los pts tenían función contráctil y movilidad parietal normal (fracción eyección: 63%+-6%, fracción acortamiento 36%+-5%). En todos los pts, las FCAC fueron identificadas por ecocardiograma Doppler color, en 2 no pudo confirmarse localización del drenaje distal. Las FCAC se originaban en arteria coronaria derecha en 7 pts y el drenaje distal confirmado durante angiografía selectiva fue en aurícula derecha en 4 pts, ventrículo derecho en 2 pts, aurícula izquierda en 1 pt y tronco de arteria pulmonar 1 pt. La vía de abordaje fue retrógrada en 6 pts y anterógrada en los 2 pts restantes con realización de asa arteriovenosa. Las fístulas fueron embolizadas con implante de un único tapón vascular en 5 pts, a través de implante de coils en 2 pts, y en 1 pt fue necesaria la colocación de dispositivo para cierre de ductus arterioso permeable y se colocaron coils para lograr el cierre completo. Todos los procedimientos fueron finalizados exitosamente y se observó shunt residual inmediato en angiografía en 3 pts. Un pt desarrolló infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación transitoria del segmento ST y elevación de enzimas cardíacas. En este pt se anticipó esta complicación por las características del drenaje distal. Ecocardiograma Doppler color a las 24 hs del procedimiento demostró cierre completo de los defectos. Excepto en el pte que desarrolló IAM, no se detectaron cambios isquémicos ni arritmias en electrocardiograma pre-alta. El tiempo promedio de internación fue de 30 hs (24-72) y todos fueron externados con aspirina por 6 meses. La mediana de seguimiento fue de 2.6 años (2.05 - 2.95), todos los pts se encuentran en clase funcional I con función ventricular conservada y no requirieron reintervenciones.

Conclusión: El cierre percutáneo de FCAC en población pediátrica es seguro y efectivo. Los resultados confirman la realización de esta técnica como tratamiento inicial pediatría. La correcta selección de pts con anatomía favorables son cruciales para el éxito del procedimiento.

0623 - CAMBIOS EN LOS FACTORES PREDICTORES DE MUERTE SÚBITA LUEGO DE UNA MIECTOMÍA SEPTAL AMPLIADA EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: COVID-19

SEIA, Ivana | VRANCIC, Mariano | LORENZO, Cristina | DIEZ, Mirta | TALAVERA, Luján | SCIANCALEPORE, Agustina | MITRIONE, Soledad | COSTABEL, Juan Pablo

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una entidad con un riesgo aumentado de muerte súbita en relación a la población general. La cirugía de miectomía septal ampliada (MSA) ha demostrado una tendencia a la reducción de los eventos de muerte súbita en distintas series de casos en la literatura.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue evaluar los cambios en la prevalencia de los factores predictores de muerte súbita en una población consecutiva de pacientes con MCH que se sometieron a una MSA en un solo centro.

Materiales y Métodos: Entre noviembre de 2011 y marzo de 2020, 65 pacientes consecutivos se sometieron a una cirugía de MSA programada por estar sintomáticos a pesar del tratamiento médico óptimo. Se evaluaron los factores de riesgo de muerte súbita definidos por la American Heart Association y por la Sociedad europea de cardiología (ESC) antes y después de al menos 3 meses de la cirugía. Se utilizó el test de rango de signo de Wilcoxon para la evaluación de las muestras pareadas.

Tabla 1: Cambios en los factores de riesgo antes y después de la cirugía.

	Preoperatorio	Postoperatorio	p
Edad- años			
Espesor septal máximo - mm	21 (18-23)	14 (12-16)	<0.001
TVNS - %	4 (6%)	2 (3%)	0.236
Comportamiento anormal de la TA -%	2 (3.0%)	0	0.336
Síncope inexplicable - %	7 (10.4%)	1 (1.4%)	<0.001
Factores de riesgo menores AHA			
Fibrilación auricular - %	20 (30%)	15 (22%)	<0.001
Isquemia miocárdica - %	4 (6%)	0	<0.001
Gradiente dinámico en tracto	40 (20-68)	5 (0-10.2)	<0.001
Diámetro auricular izquierdo	51 (48-54)	47 (47-50)	0.031
Score de riesgo ESC	3.32 (2.36-5.12)	1.44 (1.20-1.73)	<0.001

Resultados: La edad media de la población fue de 57 ± 13 años , con un 52 % de sexo masculino. La cirugía logró una reducción exitosa de los gradientes en el 100% de los pacientes. En relación a los factores asociados a la ocurrencia de muerte súbita se observó una reducción significativa del espesor septal máximo, el síncope inexplicable, la fibrilación auricular, la isquemia inducible miocárdica, el gradiente dinámico, todos factores que impactaron en la reducción del score ESC de muerte súbita. Tabla 1.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con MCH, la realización de una MSA se asoció a la reducción del número y la cuantía de los factores predictores de muerte súbita. Estos datos podrían relacionarse con lo publicado en la literatura en donde impresiona observarse una reducción del evento de muerte súbita post cirugía.

0624 - IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 SOBRE LA CONSULTA DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON SUPRADESNIVEL DEL SEGMENTO ST EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (GRUPO INFARTO BUENOS AIRES)

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

Unidad Temática 2: Cardiología Intervencionista

YURKO, Vielka (1) | CENTENO, Sergio(2) | OLMEDO, Pablo(2) | ALBORNOZ, Miguel Federico(1) | DIONISIO, Gabriel Fernando(2) | PUERTA, Leandro(2) | BLANCO, Rodrigo Ignacio(1) | GIGENA, Gerardo Esteban(1)

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich (1); Hospital General de Agudos F. Santojanni (2)

Introducción: La pandemia de COVID-19 y la cuarentena obligatoria dictada ha influido en la atención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

Objetivos: evaluar el impacto de la cuarentena obligatoria dictada por la pandemia de COVID-19 en el número de consultas por infarto de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) en los hospitales públicos de CABA.

Materiales y Métodos: Se incluyeron los pacientes que consultaron por IAMCEST en los servicios de emergencia o de los 13 Hospitales Generales de Agudos de la ciudad de Buenos Aires y que fueron derivados por la Red de Infarto a los Hospitales "Dr. Cosme Argerich" y "Francisco Santojanni" para evaluación por el servicio de hemodinamia (Grupo Infarto Buenos Aires), desde el 20 de marzo (momento que se dictó la cuarentena obligatoria) al 20 de mayo de 2020. A este grupo de pacientes (Grupo 2) se los comparó con otro grupo (Grupo 1) formado por el promedio del

número de casos de los pacientes que consultaron en el mismo periodo de tiempo (20 de marzo a 20 de mayo) de los años 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019. Se evaluaron el número de casos, características demográficas, factores de riesgos cardiovasculares, localización del infarto y tiempo a la consulta. Se compararon ambos grupos. Se considero significativa una p inferior a 0,05.

Resultados: Se incluyeron todos los pacientes que consultaron por IAMCEST durante el período 20 de marzo a 20 de mayo. En el Grupo 1 fueron incluidos aquellos que consultaron en ese periodo de tiempo durante los años 2014 a 2019 (n=351). En el Grupo 2 se incluyeron los pacientes que consultaron en el año 2020 (n=24). El promedio de casos de IAMCEST que consultaron del 20 de marzo a 20 de mayo desde los años 2014 a 2019 fue de 58,5 (351 casos en 6 años), comparado con 24 casos que consultaron durante el 2020. Esto evidencia un descenso del 58,9% del número de casos en igual período de tiempo. Fueron evaluados en ambos grupos, características demográficas, factores de riesgos cardiovasculares, localización del infarto y tiempo a la consulta. No se encontraron diferencias significativas entre Grupo 1 y 2 en relación con estas últimas características.

Conclusión: Este estudio pone de manifiesto una reducción significativa del número de pacientes que consultan por IAMCEST y reciben tratamiento en el sistema público de CABA desde que se inició la cuarentena obligatoria. Es responsabilidad de las sociedades científicas y las autoridades sanitarias promover que los pacientes con síntomas compatibles con IAMCEST accedan al sistema sanitario para poder recibir el diagnóstico y tratamiento de reperusión de forma adecuada.

0626 - CARDIOVERSION ELECTRICA PROGRAMADA EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR PERSISTENTE

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

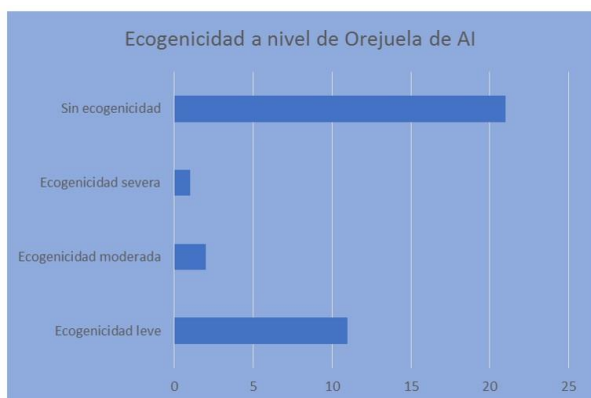
Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

ATIENZA, Augusto | **LOPEZ VILLANUEVA, Victor Hugo** | TUMBACO, Lenin Fernando | TABOADA MORALES, Jaime | PEREZ DE LA HOZ, Ricardo

HOSPITAL CLINICAS

	Nro	Porcentaje
HTA	27	77,1
ICC	2	5,7
DBT	4	11,4
ACV	2	5,7
Enfermedad vascular periferica	6	17,1
Edad mayor a 65	24	68,6
Uso de amiodarona	21	60,0
betabloqueantes	27	77,1
ivabradina	0	0,0
Anticoagulacion	33	94,3

Introducción: La fibrilacion auricular(FA) es la arritmia mas frecuente, presenta una prevalencia del 1 a 15%, dependiendo la edad. La cardioversion electrica(CVE), es una opción de tratamiento para restaurar el ritmo sinusal, en pacientes sintomaticos y de dificil control medicamentoso. Si bien la CVE guiada por ETE, no obvia la necesidad de anticoagulacion posterior, la exclusion de trombos auriculares, el tamaño auricular, la FSVI, la velocidad de la orejuela, son datos objetivos, para determinar la seguridad (descartar trombo intracardiaco), y eficacia del tratamiento (permanencia en ritmo sinusal).



Objetivos: Evaluar la seguridad del tratamiento con CVE de pacientes con FA persistente, siendo sometidos a ETE. Evaluar la asociación entre factores clínicos y ecocardiográficos, y el éxito de la CVE programada.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de pacientes con FA persistente que se internaron en forma programada para CVE. Se les realizó ETE previo a la CVE en busca de trombosis intracardiaca y análisis estructural cardiaco, realizando un seguimiento al mes. Se analizaron variables clínicas y ecocardiográficas, y su asociación al éxito y permanencia en ritmo sinusal.

Resultados: La media de edad fue de 68 años. El 69% eran mayores a 65 años, 66% eran masculinos, 34% de sexo femenino. 27 pacientes con HTA (77%), 4 pacientes DBT (11,4%), 2 pacientes ICC (6%), y venían anticoagulados 33 pacientes (94%). 57% tenían FSVI normal, 17% FSVI leve, 12% FSVI moderada, 14% FSVI severa. 14% tenían un DDVI mayor a 60 mm. No se evidenció trombosis intracardiaca: 11 pacientes con ecogenicidad leve a nivel de orejuela izquierda (31%), 2 pacientes con ecogenicidad moderada (6%), 1 paciente con ecogenicidad severa (3%). La CVE fue exitosa en todos los pacientes, 29 pacientes recibieron una descarga eléctrica, 5 pacientes 2 descargas eléctricas, y 1 paciente 3 descargas eléctricas. A 1 mes de seguimiento 5 pacientes volvieron a presentar FA.

Conclusión: El ETE previo no demostró trombosis intracardiaca, por lo que el tratamiento previo con anticoagulación fue efectivo en todos los pacientes. La CVE programada no tuvo complicaciones inmediatas y fue exitosa en los 35 pacientes, independientemente de la dilatación del VI, deterioro de la FSVI, y ecogenicidad sanguínea presente. A 1 mes de seguimiento la recidiva por FA solo se presentó en 5 pacientes.

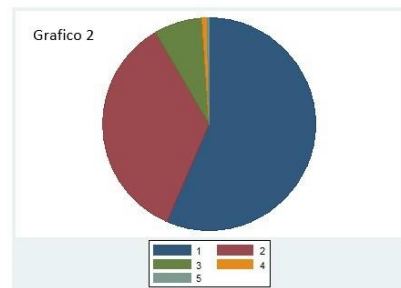
0628 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL, UN FLAGELO MAL CONTROLADO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

ABELLA, Mercedes Laura | MUSANTE, Christian Oscar | GINZUK, Eugenia | SALVATIERRA, Yohanna | BESMALINOVICH, Ezequiel | EGIDO, Javier | LESCOANO, Adrián José

Sanatorio Trinidad de Quilmes



Introducción: La Hipertensión Arterial es un factor de riesgo cardiovascular subdiagnosticado que se encuentra asociado a incremento de

Objetivos: Evaluar el comportamiento de los valores de tensión arterial (TA) en los pacientes derivados al consultorios de cardiología a través del monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA).

Materiales y Métodos: Se incluyeron los pacientes derivados entre Enero 2020 a Mayo 2020 para realización del MAPA, con un equipo RADIUS P24 calibrado para su evaluación. Cuantificando los valores de la TA en el brazo dominante con un protocolo de registro cada 20 minutos durante el día y 40 minutos durante la noche. Se evaluó las características basales de la población (sexo, edad, y tratamiento previo), promedio de TA sistólica y diastólica de 24 horas, Diurno, Nocturno y el descenso del Ritmo Circadiano. Los pacientes derivados con fines diagnóstico (Grupo de 51,4%) se definieron en Normotensos e Hipertensos (valores <135/85 mmHg de 24 HS, <135/85 mmHg Diurno y <120/80 mmHg Nocturno). Aquellos referidos para control terapéutica (Grupo de 57,4%) se definieron como controlados y no controlados sobre los valores de TA informados. Se categorizó a la variabilidad nocturna, con el descenso del ritmo circadiano menor al 10% como no conservado.

Resultados: Se incluyeron 606 pacientes con una edad media de 54 años (+/-12.9) y sexo masculino 51,3%.

Conclusión: En nuestro estudio se observa un elevado porcentaje de diagnóstico con HTA desconocida (51,7%) y de HTA no controlada (60,8%). La HTA no controlada se asoció a menor edad, al género masculino y sin relación con el tratamiento combinado.

0631 - IMPACTO EN LA CIRCULACIÓN PULMONAR Y EN EL VENTRÍCULO DERECHO DE LAS VALVULOPATÍAS MITRAL Y AÓRTICA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Valvulopatías

REYNOSO, Carolina Giselle | VOLPATO, Jessica | CICHELO, María Florencia | BLANCO, Rodrigo Ignacio | DOPPLER, Eugenia | KAZELIAN, Lucía Raquel | SZARFER, Jorge

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Las enfermedades valvulares representan un desafío en la práctica diaria, ya que presentan diversas manifestaciones clínicas y anatómo fisiológicas. Se abordará sobre la afectación que producen en el circuito derecho.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de hipertensión pulmonar y disfunción del ventrículo derecho en pacientes con valvulopatía mitral y aórtica.

Materiales y Métodos: Fueron incluidos pacientes con disfunción valvular cardíaca de grado moderado y severo que ingresaron al servicio de Cardiología. Se analizaron características demográficas, antecedentes clínicos, síntomas, y características ecocardiográficas (tipo, etiología y severidad de la valvulopatías, función ventricular, presión sistólica de arteria pulmonar (PAPs). Se definió hipertensión pulmonar (HP) a la PAPs > 50 mmHg y disfunción ventricular derecha (DVD) a TAPSE <17 mm. Se evaluó la prevalencia de HP y DVD en las distintas valvulopatías. Se consideró significativa a una $p < 0,05$.

Resultados: Fueron incluidos 190 pacientes (p) con patología valvular cardíaca. La edad de la población fue $61,4 \pm 17$, 60% (114p) era de sexo masculino. El 31,6% de los pacientes presentaba estenosis aórtica (EA), el 22,5% insuficiencia mitral (IM), el 14,6% insuficiencia aórtica (IAO) y el 9% estenosis mitral (EM). Un 40% de los pacientes (76p) presentaban más de una valvulopatía. Los motivos de consulta más frecuente fueron disnea (67,9%) y angor (7,4%). El 61,6% era HTA, 23,7% diabético, el 30,7% ($n=58$) de los casos presentaba deterioro severo de la función sistólica ventricular izquierda ($Fey < 30\%$), 32,1% (61p) antecedentes de enfermedad coronaria y 13,2% cirugía cardíaca previa. La prevalencia de HP en esta población fue del 29,4% (56p) y de DVD del 39% (74p). La enfermedad valvular mitral se asocio más frecuentemente a HP: el 50% de los pacientes con EM y el 30% de los pacientes con IM presentaron HP, mientras que se observó en el 24,1% de los pacientes con IAO y el 22,6% de los p con EA. Se evidenció DVD en el 42% de los p con IM, 39% de los pacientes con EM, 43% de los p con IAO y 23% de los p con EA. No se observaron diferencias demográficas ni clínicas significativas entre los pacientes con y sin HP; existió una tendencia a mayor prevalencia de insuficiencia cardíaca congestiva (75,9% vs 62%) y $Fey < 30\%$ (43% vs 31%) en los p con HP ($p=0,08$).

Conclusión: La prevalencia de hipertensión pulmonar y disfunción ventricular derecha es elevada en pacientes con valvulopatías mitral y aórtica, observándose con más frecuencia en los pacientes con enfermedad valvular mitral. Se observó también una elevada prevalencia de DVD en los pacientes con IA, un porcentaje de ellos no asociada a HP.

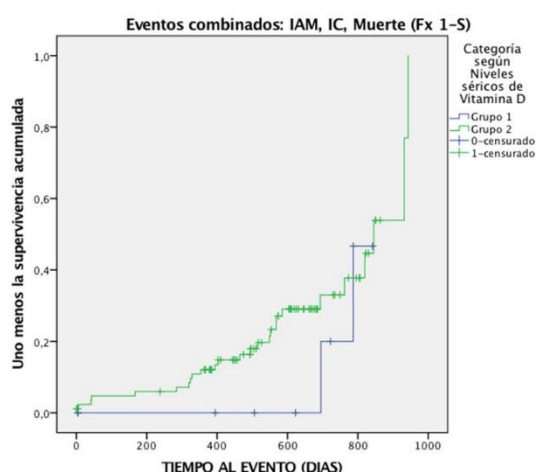
0633 - DÉFICIT DE VITAMINA D Y RIESGO CARDIOVASCULAR.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

CARRIZO, Sebastián Oscar | ABAD QUEVEDO, Luis | FERNANDEZ, Alberto | HRABAR, Adrian Demetrio | LAMELAS, Angela | PORTILLO RODRIGUEZ, Meiber David | SILVA CROOME, Nicolas | PAIS DE ALMEIDA, Marcelo Joaquín

Sanatorio Modelo de Quilmes



Introducción: Se ha postulado al nivel sérico de 25-hidroxicolecalciferol (vitamina D) como un factor pronóstico luego de un evento coronario. Aunque esto es aún controversial. El objetivo de este estudio es determinar si la hipovitaminosis D está asociada a una mayor tasa de eventos intra y extrahospitalarios en una cohorte de pacientes con síndrome coronario agudo con y sin elevación del segmento ST

Objetivos: Determinar la relación entre la deficiencia de vitamina D y la probabilidad de eventos cardiovasculares intra y extra hospitalarios en un tiempo determinado luego de sufrir un síndrome coronario agudo.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional. Entre diciembre de 2017 y marzo de 2019 se incluyeron pacientes con Síndrome Coronario Agudo a los cuales se les determinó el nivel sérico de vitamina D dentro de las 12 horas de ingreso a la Unidad Coronaria. Se analizó la incidencia de eventos intra y extrahospitalarios (muerte, nuevo síndrome coronario agudo, necesidad de nueva revascularización (posterior a la del evento calificante) e insuficiencia cardíaca). Se estimó la función de supervivencia por el método de Kaplan Meier y se utilizó el test de Cox- Mantel para comparar los diferentes grupos según nivel sérico de vitamina D.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes. El nivel medio observado de vitamina D fue 18,77 +/- 9,55 ng/ml, (3 - 51,7). Solo 10 pacientes tenían niveles normales. El 90,2% de los pacientes tenían niveles de vit d inferior a lo normal, 56,9% (58/102) por menor a 20 ng/ml (deficiencia) y 33,3 % (34/102) entre 20 y 30 ng/ml, (insuficiencia). La incidencia de eventos combinados fue de 19,6% (20/102). Se agrupó a los pacientes en aquellos con niveles normales de vitamina D (grupo 1), y aquellos con algún nivel de déficit (insuficiencia o deficiencia), (grupo 2). No hubo diferencias entre los pacientes del grupo 2, 19,5% (8/41) y el grupo 1, 19,7 % (12/61). Ambos grupos tuvieron la misma chance de sufrir un evento intrahospitalario OR 1,01 (0,37 - 2,74). La media de seguimiento fue 31 meses luego del ingreso a unidad Coronaria. La proporción estimada por Kaplan Meier de encontrarse libre de eventos a los dos años es de 80% (IC 95% 45-100) para el grupo con valores normales de Vit D y de 67% (IC 95% 55-79) para el grupo con niveles inferiores a lo normal (déficit o insuficiencia), pero esta observación no resultó estadísticamente significativa.

Conclusión: Se observó una tendencia a una mayor probabilidad de eventos cardiovasculares extrahospitalarios, en los pacientes con déficit de vitamina D que en aquellos con valores normales.

0634 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA: SITUACIÓN ACTUAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE RESISTENCIA- CHACO.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Endocarditis Infecciosa

Unidad Temática 2: Imágenes.20

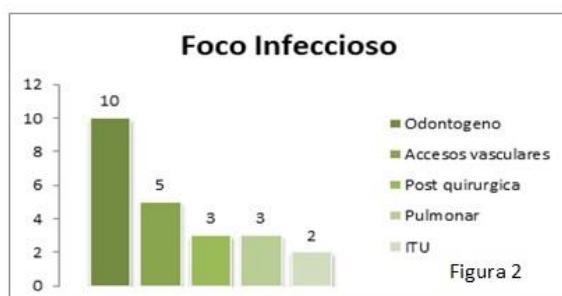
PERCARRA, Gonzalo Jose | ROA, Juan Ernesto | ALMIRÓN, Sergio Francisco | MAIDANA, Paulo | SCHMIDT, Pablo

Sanatorio Güemes

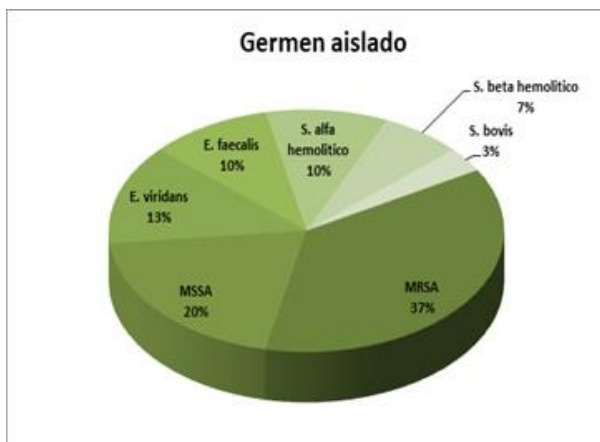
Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad compleja que ha despertado siempre un gran interés. Por definición, la EI es considerada como la invasión del endotelio cardíaco por microorganismos infecciosos, afectando válvulas, paredes cardíacas, cortocircuitos arteriovenosos y material protésico endocavitario.

Objetivos: Analizar la epidemiología, características clínicas, microbiológicas y evolución hospitalaria de los pacientes con EI en un centro de salud privado de la provincia de Chaco.

Materiales y Métodos: Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, en el que se revisaron historias clínicas de pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa, según criterios de DUKE modificados, internados en el Sanatorio Güemes de la provincia de Chaco desde el año 2012 hasta el año 2019, se determinaron las características clínicas de los pacientes, así como su evolución durante la internación.



Resultados: Se identificaron 49 pacientes ingresados por endocarditis infecciosa. La mediana de edad corresponde a 62 años $\pm$ 18,4. El 59,18% fueron varones y la relación varón:mujer fue 1,45:1 (Figura 1). El porcentaje de EI de válvulas protésicas fue 20,4%. Del total de casos, en 61,22% se obtuvieron hemocultivos positivos, siendo los gérmenes más comúnmente aislados *Staphylococcus aureus* (34,68%), siendo MRSA en 22,44% y MSSA 12,24%, seguidos por *Streptococcus viridans* con un porcentaje de 8,16%, con un 38,78% de hemocultivos negativos (Figura 3). La válvula más comúnmente afectada fue la aórtica con 53,06% de los casos seguida de la Mitral con 44,89%. En el 75,5% de los casos se arribó al diagnóstico dentro del primer mes de comienzo de los síntomas. Fueron derivados a cirugía 44,89% de los casos, siendo la indicación más frecuente la insuficiencia valvular severa y tamaño de la vegetación. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de EI a la cirugía fue de 15,5 días. La mediana de días de internación fue de 20 días, con una mortalidad intra internación de 18,36%. La presencia de complicaciones embólicas se observó en 30,78% de los casos. Se logró identificar foco infeccioso en 63,26% de los casos, siendo el principal odontógeno (32,25%) y accesos vasculares (vía venosa central, catéter de diálisis, catéter de marcapasos) con 16,12% del total. (Figura 2) La prevalencia de enfermedades crónicas (diabetes, EPOC e Insuficiencia renal crónica) fue de 38,76%.



Conclusión: El perfil epidemiológico es similar al de otros estudios, destacando la mortalidad baja respecto de otros reportes. Se observa alta prevalencia de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente comparados con registros similares. Se observa alta prevalencia de hemocultivos negativos, probablemente relacionados con el amplio uso de antibióticos indicados ambulatoriamente.

0635 - CIRUGIA DE LA VALVULA MITRAL EN LA MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA OBSTRUCTIVA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

PAIRONE, Martin | VRANCIC, Mariano | SEIA, Ivana | COSTABEL, Juan Pablo | MONDRAGÓN, Ignacio | DIEZ, Mirta | TALAVERA, Luján | NAVIA, Daniel

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La miectomía septal ampliada (MSA) transaórtica es el tratamiento de elección para la miocardiopatía hipertrófica obstructiva en pacientes sintomáticos, refractarios al tratamiento médico óptimo.

Objetivos: Evaluar los resultados intra y posoperatorios, el cambio en los síntomas y la evolución ecocardiográfica de una población sometida a MSA transaórtica con o sin intervención de la válvula mitral.

Materiales y Métodos: Desde noviembre de 2011 a junio de 2020, se intervino un total de 68 pacientes consecutivos. Se analizaron las características basales de la población, técnica quirúrgica empleada, evolución posoperatoria (PO), clínica y ecocardiográfica. El seguimiento clínico se efectuó por consulta directa o telefónica y es del 96,3%. Se realizaron ecocardiogramas transtorácicos preoperatorios, transesofágico intraoperatorio y transtorácicos al alta y al seguimiento. Se pudo completar 100% de los ecocardiogramas postoperatorios y 88,2 % al seguimiento.

Resultados: Edad promedio $57,3 \pm 13,2$ años, 50% hombres, $7,45 \pm 5,3$ años desde el diagnóstico hasta la cirugía, 5 p (7.35%) con ablación septal con alcohol previa. La mortalidad perioperatoria fue de 1 paciente (1,47%). Otro paciente (1,47%) presentó mortalidad a los 4 meses. En 29 pacientes (42.6%) se realizó algún procedimiento en la válvula mitral concomitantemente (GMit). 6p (9%) tenían patología orgánica mitral y recibieron plástica de la misma con técnica habitual; 17 p (25,3%) tenían la valva anterior mitral elongada y se les realizó plicatura del cuerpo o borde libre; en 19p (29%) se procedió a la sección de cuerdas de 2° orden o músculos papilares anómalos que contribuían al mecanismo de insuficiencia mitral. 1 paciente requirió reemplazo valvular mecánico. No hubo diferencia en edad ni en sexo entre los grupos que se sometieron a la cirugía mitral, tampoco en la morbimortalidad. El síntoma predominante preoperatorio fue la disnea (n:68, 100%), seguida por angina y síncope (n:12, 17,6% cada uno) y por insuficiencia cardíaca (n: 5, 7,3%), sin diferencia entre los grupos. 18 p (30%) presentaban fibrilación auricular preoperatoria (p: NS). Al seguimiento, 59 p 86,7%, se encontraban asintomáticos, con solo 2 p 2,9% con disnea CF3 (p: NS entre grupos).

Conclusión: Con la miectomía septal ampliada se obtiene una mejoría hemodinámica y clínica de los pacientes sintomáticos, con bajo número de complicaciones PO. La intervención de la válvula mitral es una técnica útil en aquellos pacientes con menor hipertrofia septal, con similares resultados.

0639 - EN BUSQUEDA DEL ENEMIGO SILENCIOSO DE LA INSUFICIENCIA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA "LA GLUCEMIA" SUBANÁLISIS DEL REGISTRO ARGEN-IC

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Imágenes.20

TERNES, Paula | SORICETTI, Julieta | GUAZZONE, Analía Laura | BERENGUER DÍAZ, Raul Eduardo | RODRIGUEZ ROHWAIN, Valentina

Area de Investigación SAC

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 cardíaca aguda (ICA) y el accionar médico sobre esta subpoblación.

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: Estudio prospectivo, multicéntrico, nacional y descriptivo que incluyó la información provista por 50 centros de salud entre el período de agosto 2018-marzo 2019; 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), 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 Wilcoxon. En el análisis multivariado se utilizó regresión logística cumpliendo con los supuestos del método.

Resultados: De los 909 p, el 56% tenían alteración del metabolismo hidrocarbonado (AMH): 299p DM, 79p se diagnóstico de DM en la internación y 130p estado de Pre DM. Respecto a las características basales: 66% sexo masculino, edad promedio de $71,4 \pm 14$ años, 76% hipertensos (HTA), 33% tabaquistas activos, 20% Insuficiencia renal crónica, 21% enfermedad coronaria, 11% enfermedad vascular periférica, 26% fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) $70,6 \pm 40\%$ y el 40% internación previa por ICA. En cuanto al tratamiento HGO 23% hipoglucemiantes orales (HGO), 19% metformina, 0,3 % inhibidores del cotransporte sodio glucosa (ISGLT2), y 9% insulino terapia. Al alta un 35% de los pacientes se externaba sin IECA/ARAII, siendo las causas más frecuentes: 44% por efectos adversos e inestabilidad hemodinámica durante la internación y en un 11% se consideró no indicarlo por presentar FEVI preservada. Con respecto a los beta bloqueantes el 13% no recibió por presentar inestabilidad hemodinámica, hipotensión o bradicardia, y un 2% por FEVI preservada (esto me da 15%). En cuanto al 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. La A1c ($p=0.02$) y el valor de glucemia (158 vs 156 mg/dl, $p=0.032$) se asociaron con incremento 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 1.47, IC 1.21-1.76), el incremento de la creatinina (OR 1.24; IC95% 1.06-1.48) y la edad (OR 1.03; IC95% 1.00-1.05) se asocian con mortalidad intrahospitalaria.

Conclusión: En nuestra población observamos una alta prevalencia de AMH, en especial de DM y estadios intermedios, que se asocian con incremento de la mortalidad hospitalaria y una escasa optimización farmacológica al egreso. Estas asociaciones, tienen implicancia pronósticas 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.

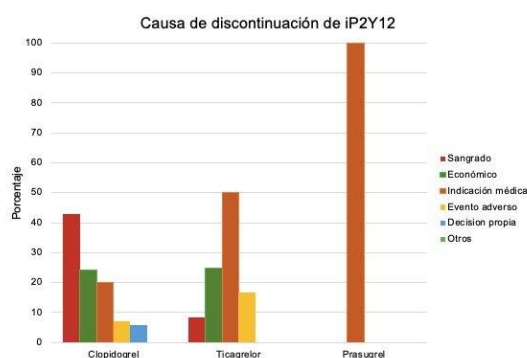
0640 - ADHERENCIA A LOS DISTINTOS ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Síndrome Coronario Agudo

GARMENDIA, Cristian Maximiliano (1) | DOMÍNGUEZ PACE, María Paz(2) | BRUNO, Claudia(3) | MUSANTE, Christian(4) | GUARDIANI, Fernando(5) | CARLI, Natalia(6) | GÓMEZ, Iván(7) | COSTABEL, Juan Pablo(1)

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (1); Sanatorio Anchorena (2); Clínica Zabala (3); Sanatorio Trinidad de Quilmes (4); Corporación médica de general San Martín (5); Hospital Nacional Profesor A. Posadas (6); Sanatorio Güemes (7)



Introducción: La antiagregación plaquetaria con inhibidores del receptor P2Y12 (iP2Y12) es uno de los pilares fundamentales de tratamiento en los síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST (SCASEST). Hasta la fecha, no ha sido analizada la adherencia a los iP2Y12 a largo plazo, en pacientes con SCASEST pertenecientes al mundo real de nuestro medio.

Objetivos: Analizar la adherencia farmacológica a cada uno de los iP2Y12 indicados como tratamiento de SCASEST, y describir los factores implicados en su discontinuación, a los 6 meses desde el evento coronario índice.

Materiales y Métodos: Se efectuó un sub-análisis dentro del registro prospectivo BUENOS AIRES I, que incluyó pacientes con SCASEST ($n=1100$). Se analizó el porcentaje de indicación de iP2Y12 al momento del egreso sanatorial de la hospitalización por SCASEST, y la adherencia farmacológica al clopidogrel, prasugrel y ticagrelor a los 6 meses desde el evento coronario índice, evaluando el motivo de discontinuación de cada antiagregante en forma individual. Se utilizó el análisis de la varianza a fin de determinar la diferencia, el términos de adherencia, entre los agentes farmacológicos analizados.

Resultados: Al momento del egreso sanatorial, se indicó tratamiento con iP2Y12 al 78,3 % ($n = 862$), de los cuales el 57,6 %, 18,1 % y 2,6 % recibió tratamiento con clopidogrel, ticagrelor y prasugrel, respectivamente. A los 6 meses de seguimiento, la adherencia farmacológica global a los iP2Y12 fue de 83,4 %, de los cuales un 97,0 % de pacientes continuo en tratamiento con clopidogrel, un 83,3 % en tratamiento con ticagrelor y un 75 % en tratamiento con prasugrel, con una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos analizados ($p < 0,05$). Al analizar las causas de discontinuación del iP2Y12 a 6 meses, se observó que la principal causa de suspensión del clopidogrel fue un evento clínico de sangrado (42,9 %), seguido por un motivo económico (24,3 %). A su vez, la principal causa de suspensión del ticagrelor a 6 meses fue por indicación médica (50,0 %), seguido por un motivo económico (25,0 %), mientras que la principal causa de suspensión de prasugrel fue por indicación médica.

Conclusión: Este estudio demostró una elevada adherencia al tratamiento con iP2Y12, en pacientes con SCASEST pertenecientes al mundo real, a los 6 meses desde el evento coronario índice. Esta adherencia fue superior para el clopidogrel, en relación a los otros agentes antiagregantes plaquetarios.

0641 - TRANSFORMACIÓN DE UNIDAD CORONARIA A UNIDAD CRÍTICA COVID-19, EXPERIENCIA DE UN EQUIPO DE CARDIOLOGÍA

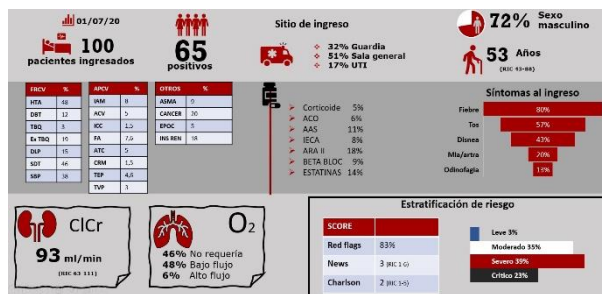
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Aspectos Psicosociales

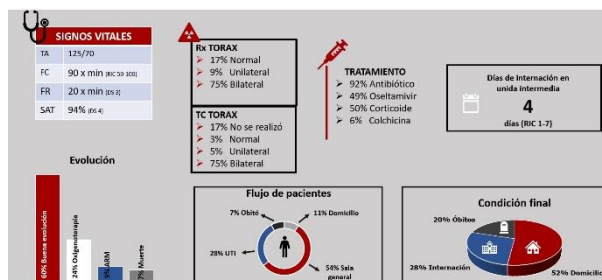
Unidad Temática 2: Salud Pública y Políticas de Salud

GARCIA CHAMORRO LUIS GUILLERMO, Luis Guillermo | OLIVA, Matias Ariel | **MAZUQUIN, Andres** | ZAIDEL, Ezequiel José | PEREA, Joaquin | VILLAREAL, Ricardo | CESTARI, Horacio Germán | SOSA LIPRANDI, Alvaro

Sanatorio Güemes



Introducción: La pandemia por SARS-CoV-2 ha alcanzado magnitudes inimaginables, requiriendo la adaptación de lugares para la atención de estos pacientes críticamente enfermos. En dicho contexto nuestro centro se convirtió en sitio de derivación de pacientes COVID para 7 sistemas de cobertura de salud de medicina prepaga y seguridad social. Para ello diferentes especialidades como los cardiólogos hemos colaborado activamente en el cuidado de estos pacientes.



Objetivos: Reportar la experiencia en el manejo de paciente con infección por COVID-19 de un equipo coordinado por cardiólogos en conjunto con otros especialistas en un centro de derivación en la ciudad de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de pacientes ingresados a una unidad coronaria dispuesta como unidad intermedia para la atención de pacientes con infección por COVID-19, desde el 26 de Mayo del 2020 con un corte a los 100 casos consecutivos (01 julio 2020). Se analizaron los datos con el paquete estadístico Epi info 7.2, expresando las variables categóricas como frecuencias y proporciones y las continuas como media y desvío estándar o mediana e intervalo intercuartiles de acuerdo con su tipo de distribución.

Resultados: Desde la entrada en funcionamiento de la unidad ingresaron total de 100 pacientes con sospecha de infección por COVID-19, de los cuales 65 presentaron PCR positiva siendo estos últimos el objetivo de nuestro análisis, el 75% de la población era de sexo masculino con una mediana de edad de 53 años (RIC 43-88), en cuanto a los antecedentes el 48% eran hipertensos, el 38% eran obesos o tenían sobrepeso y el 12% eran diabéticos (figura 1). El 26% de los pacientes recibía tratamiento previo con iECA o ARA. El principal síntoma de consulta fue la fiebre

(80%) de los casos, seguido de tos y disnea en un 57 y 43% respectivamente, por lo que el 6% necesitó sistemas de alto flujo de oxigenoterapia. En 75% de los pacientes se evidenció compromiso neumónico bilateral. Un 39% eran de riesgo severo y el 23% crítico. El 92% de los pacientes recibió tratamiento antibiótico, y se incrementó el uso de corticoides hasta 100% en la última semana, así como de heparinas. En paralelo, cayó a 0% el uso de oseltamivir y de lopinavir-ritonavir. La mediana de días de internación fue de 4 días (RIC 1-7), con un 7% de mortalidad en la unidad (Figura 2).

Conclusión: Se describió la experiencia de la adaptación de una unidad coronaria a una unidad de manejo de COVID-19 por parte de cardiólogos. Se han evaluado pacientes heterogéneos con desenlaces clínicos similares a los reportados en otras series.

0643 - DESENCADENANTES EMOCIONALES EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS Y RELACIÓN CON FACTORES CLÍNICOS Y PANDEMIA POR COVID

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Aspectos Psicosociales

Unidad Temática 2: Síndrome Coronario Agudo

GIGENA, Gerardo Esteban | YURKO, Vielka | ALBORNOZ, Miguel Federico | **VANNONI, Maria Victoria** | VIANA, Bernarda | BLANCO, Federico Luis | BLANCO, Rodrigo Ignacio | GAGLIARDI, Juan Alberto

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: Distintas investigaciones han sugerido la idea de que los comportamientos y las emociones pueden desencadenar eventos cardíacos en personas susceptibles.

Objetivos: detectar la existencia de desencadenantes emocionales asociados al Infarto Agudo de Miocardio con supradesnivel del segmento ST (IAM) e identificar cuáles son los más frecuentes. Determinar si existe relación entre el tipo de desencadenante emocional (DE) y las características clínicas de los pacientes. Comparar las características de los DE pre/post dictado de la cuarentena obligatoria por COVID-19

Materiales y Métodos: fueron incluidos en forma prospectiva y consecutiva pacientes ingresados por IAM para realizar angioplastia primaria. Se interrogó en cada caso si el paciente experimentó una situación emocional intensa dentro de las dos semanas previas al IAM utilizando un cuestionario pre establecido para determinar la emoción referida. Fueron evaluadas las características demográficas, clínicas, angiográficas y el tiempo desde el inicio del dolor a la consulta médica. Se analizó si existió DE, su tipo y la relación entre este con las características clínicas del paciente. Se evaluó la demora entre el inicio del dolor y la consulta médica acorde al tipo de DE. Por último se evaluó y comparo los tipos de DEs pre y post dictado de la cuarentena por COVID-19. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Fueron incluidos 77 pacientes que ingresaron por IAM desde Julio de 2019 a Junio de 2020. El 77,9% eran hombres, la edad fue de $58,1 \pm 10$ años. La prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares fue: HTA 54%, DLP 35%, Diabetes 19,2%, tabaquismo 56% y adicción a drogas 5%. El 85,7% (66 p) de los pacientes refirió una situación emocional intensa dentro de las dos semanas previas. Los DEs más frecuentes referidos fueron: trastorno por pérdida del trabajo o pérdida económica (31,2%), por pena o pérdida de seres queridos (29,8%), por cólera - indignación (14,3%) y por gozo excesivo (4%). El DE relacionado con la pérdida económica o de trabajo fue más frecuente en hombres que en mujeres (38% vs 6,2%, $p = 0,014$) y se asoció con mayor tiempo de retraso a la consulta médica (mediana inicio de dolor-consulta: 150 min; $p = 0,01$). Asimismo, fue el DE prevalente luego de dictada la cuarentena obligatoria (62% vs 29,6%, $p = 0,03$). No se encontró relación entre los distintos DE con factores de riesgo cardiovasculares de los pacientes ni con características angiográficas.

Conclusión: Los desencadenantes emocionales son habituales en pacientes con IAM. Los más frecuentes son el trastorno por pérdida del trabajo o pérdida económica, trastorno por pena o pérdida de seres queridos y trastorno por cólera por indignación. El desencadenante emocional asociado a la pérdida económica o de trabajo fue más frecuente en hombres, su prevalencia aumentó luego de declarada la cuarentena por COVID y se asoció a mayores demoras en la consulta.

0645 - FIBROSIS COMO FACTOR DE RIESGO EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA Y RIESGO INTERMEDIO DE MUERTE SÚBITA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

QUIROGA, Alejandro Gabriel | MESSINA, Nahuel Sergio | ANTONIUTTI, Guido | VERON, Luis Facundo | ZONIS, Leando | CASABÉ, José Horacio | **FANILLA, Martín Ernesto** | FERNÁNDEZ, Adrián

Fundación Favaloro

Introducción: Múltiples trabajos en la literatura han demostrado la importancia de herramientas de estratificación del riesgo de muerte súbita (MS) en pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH). La recomendación actual es la colocación de un cardioresfibrilador implantable (CDI) como prevención primaria de MS (PPMS) en pacientes con alto riesgo de MS a 5 años calculado por la fórmula de riesgo de la sociedad europea de cardiología. Sin embargo, no existe una indicación clara de la conducta frente a pacientes con riesgo intermedio de MS (RIMS).

Objetivos: Evaluar la presencia de fibrosis como factor de riesgo independiente de MS en pacientes con RIMS, y así identificar una población adicional que se beneficiaría de la colocación de un CDI como PPMS.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional, incluyó 1291 pacientes consecutivos con MCH que fueron seguidos entre marzo de 1993 y junio de 2020. Se evaluarán únicamente pacientes con RIMS. Se excluyeron aquellos pacientes que en la evaluación inicial tenían antecedente de miectomía quirúrgica, ablación septal con alcohol, <16 años de edad, enfermedades y síndromes metabólicos y los pacientes con <5 años de seguimiento o que se perdieron durante el seguimiento. Se compararon pacientes con y sin fibrosis extensa evidenciada por resonancia cardíaca. El punto final primario fue MS o descarga apropiada de CDI (interpretado como equivalente de MS abortada).

Resultados: Quedaron 102 pacientes para el análisis. La media de edad fue de 48.9 años, el 67.4% eran hombres. La función sistólica del ventrículo izquierdo media fue de 62.6%(DS: +/-8) y el máximo espesor ventricular fue de 20.5 mm(DS: +/-5). De esta población de riesgo intermedio, el 52.2% tenía colocado CDI como PPMS previamente, y del total de pacientes con RIMS el 23.53% evidenciaba extensa fibrosis por resonancia magnética. Durante una mediana de seguimiento de 7.5 años, se observó que el evento primario ocurrió en el 12.5% de los paciente con fibrosis y 2,5% en los pacientes sin fibrosis(p<0.05). En el 100% de los casos se trató de descargas apropiadas del CDI y ninguno por MS.

Conclusión: Observamos que de los pacientes con MCH y RIMS, aquellos con fibrosis demostraron mayor riesgo de MS que los pacientes sin fibrosis. Este trabajo demuestra que la población categorizada como RIMS con fibrosis asociada se podrían beneficiar de la colocación de CDI.

0648 - CORRELACION LA PRESION SISTOLICA DE LA ARTERIA PULMONAR OBTENIDA POR DOPPLER CARDIACO CON LOS VALORES HALLADOS EN EL CATETERISMO DERECHO.

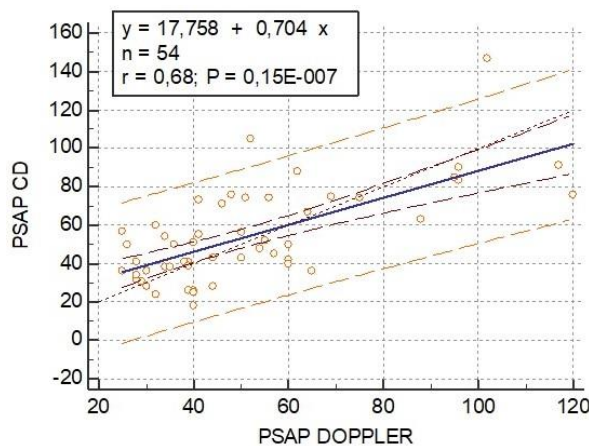
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar y Tepapéutica

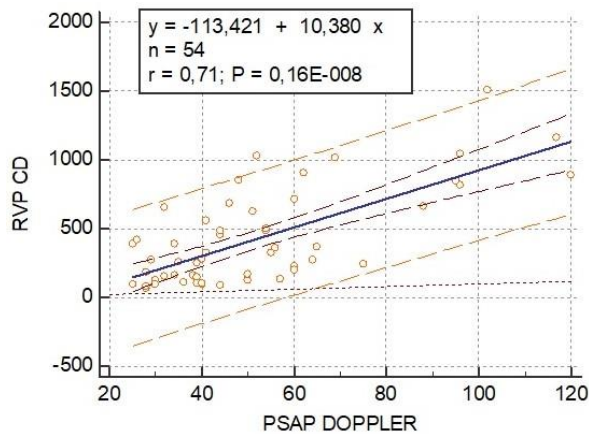
Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

GARCIA CHAMORRO LUIS GUILLERMO, Luis Guillermo | ZAIDEL, Ezequiel José | ELFMAN, Melisa | ARCOS ALCIVAR, José Fabián | **GNOATTO, Giulina** | FIORI, Evelyn | VERRUNO, María Leticia | SOSA LIPRANDI, Alvaro

Sanatorio Güemes



Introducción: La hipertensión pulmonar tanto del grupo 1 como de otras etiologías, presenta un pronóstico adverso. La ecocardiografía Doppler (ECO) es un estudio no invasivo con el cual se puede estimar de manera indirecta la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP), sin embargo el cateterismo derecho (CD) aún el patrón de oro para estimar la PSAP.



Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar si existe correlación entre los valores de presión pulmonar obtenidos por ECO y los parámetros hallados en el CD en nuestro centro.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de una base prospectiva de sujetos a los cuales se les realizó CD por diferentes motivos en nuestra institución y que contaban con un Doppler cardíaco concomitante (menos de 48 hs de diferencia entre los estudios). La estimación de la PSAP por ECO se realizó mediante la velocidad de regurgitación tricuspídea y la presión estimada auricular a través del estado de la vena cava, mientras que la PSAP por CD fue medida directamente y la resistencia vascular por fórmula indirecta. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos convencionales, y estudios de correlación mediante el estadístico R de Pearson y R2 de Spearman, considerándose significativo un valor de p menor a 0.05. Se utilizó el programa MedCalc.

Resultados: Incluimos en nuestro análisis 54 pacientes, a los cuales se les realizó de manera concomitante ecocardiograma Doppler y CD por diferentes motivos en nuestra institución desde junio de 2016 a mayo de 2020. La correlación de la PSAP obtenida por ECO y por CD fue de $R=0.68$ (IC 95% 0.5–0.8; $p<0.001$, figura 1) mientras que el parámetro del CD que más se correlacionó con la PSAP obtenida por Doppler fue la RVP con una relación lineal $R=0.71$, $R^2=0,78$ (IC 95% 0.54-0.82; $p<0.001$, figura 2).

Conclusión: Si bien el CD es el estudio de elección para evaluar las presiones a nivel de la arteria pulmonar, no se debe desestimar la importancia del Doppler dado que es un método incruento y de fácil acceso, con buena correlación con los parámetros hallados en el CD.

0649 - DIFERENCIAS DE LOS VALORES DE NT-PROBNP AL INGRESO Y AL ALTA EN FUNCIÓN DE DIVERSAS VARIABLES CLÍNICAS SUBANÁLISIS DEL REGISTRO ARGEN-IC

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

ARAKAKI, Diego | CARUSO, Nicolas | LESCANO, Adrian | FERNANDEZ, Alberto | BORTMAN, Guillermo | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | COHEN ARAZI, Hernán

Consejo de Insuficiencia Cardíaca e hipertension pulmonar, SAC

Introducción: La utilización de biomarcadores de congestión ha demostrado utilidad en el diagnóstico de insuficiencia cardíaca al ingreso hospitalario y también para estimar su pronóstico. Sin embargo, la gran prevalencia de factores de riesgo y comorbilidades que presentan estos pacientes, puede actuar como confundidor a la hora de interpretar los valores de ingreso y al alta. Los registros internacionales describen los cambios del NT-ProBNP en función de determinadas variables (edad, obesidad, disfunción renal asociada, presencia de fibrilación auricular), aunque desconocemos esta información en nuestro país.

Objetivos: Determinar los valores de NT-ProBNP al ingreso hospitalario y su modificación al alta en pacientes internados por IC aguda. Establecer si las diferentes comorbilidades asociadas modifican estos valores en forma significativa.

Materiales y Métodos: Para este análisis, se incluyeron los pacientes (p) incorporados al registro ARGENT-IC, con diagnóstico clínico de IC aguda. Registro multicéntrico, prospectivo, desde agosto de 2018, hasta marzo de 2019. Se registraron valores de NT-ProBNP al ingreso hospitalario y su porcentaje de reducción al alta y se correlacionaron éstos con diferentes variables clínicas y antecedentes. Se definió obesidad como índice de masa corporal (IMC) mayor de 30 y clearance disminuido a un valor menor de 60 ml/min por fórmula de Cockcroft-Gault. Se definió fracción de eyección (FE) deteriorada a aquella menor de 40%. Se estimó la media y los intervalos de confianza del 95% y las diferentes poblaciones se compararon con el test de t, para variables con distribución normal y se utilizó mediana e intervalo intercuartiles (IIC) y se compararon las poblaciones con test de Wilcoxon, para variables de distribución no normal.

Tabla 1. Valores de NTProBNP al ingreso en función de diversas variables clínicas

Variable (n)	Valor de NTProBNP (5667 pg/ml)	IIC 25-75	Valor de p
Varones (222)	5663	2602-9348	0.11
Mujeres (134)	6069	3709-11570	
Mayores de 75 años (169)	5663	2985-9000	0.47
Menores 75 años (187)	6427	2860-10587	
DBT (94)	5262	2602-9616	0.37
No DBT (262)	5666	3027-9967	
HTA (267)	5532	2731-9000	0.10
No HTA (89)	7665	3049-12332	
IAM previo (56)	6515	2942-8851	0.97
No IAM previo (300)	5586	2941-10000	
FAC (114)	5663	3119-9561	0.56
No FAC (242)	5599	2703-9967	
IRC previa (87)	9000	4682-16668	< 0.001
No IRC previa (269)	4843	2628-8900	
Clearance $\geq$ 60 (157)	4326	2388-7665	< 0.001
Clearance < 60 (163)	7171	4168-13007	
FE $\leq$ 40% (186)	6589	3147-11811	0.03
FE > 40% (170)	5300	2827-9000	
Obesidad (102)	4869	1910-8474	0.003
No obesidad (185)	6538	3631-11000	
Furosemida previa (209)	6557	3045-11493	0.03
Sin furosemida previa (147)	4800	2691-8851	

Resultados: Se incorporó la información 357 p que presentaban valores de NTProBNP al ingreso y de 124 p que presentaron valores tanto al ingreso como al alta. La edad media fue de 71.2 años, 62.3 % de varones y la mediana de NTProBNP fue 5667 (IIC 25-75 2957-9902). La tabla 1 muestra los diferentes valores al ingreso en función de variables como la edad, el sexo, la presencia de factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades como diabetes (DBT), hipertensión arterial (HTA), infarto de miocardio (IAM) previo, fibrilación auricular crónica (FAC), insuficiencia renal crónica (IRC), tratamiento previo con furosemida y FE reducida. La tabla 2 demuestra el impacto de las variables en la reducción del NTProBNP al egreso.

Tabla 2. Porcentajes de reducción de NTProBNP al alta en función de diversas variables

Variable (n)	Reducción de NTProBNP (%)	IC 95%	Valor de p
Varones (88)	53.3	47.1-59.5	0.52
Mujeres (36)	49.3	36.7-61.8	
Mayores de 75 años (50)	43.5	33.7-53.3	
Menores 75 años (74)	57.9	51.4-64.5	0.01
DBT (40)	52.9	42.7-63.1	
No DBT (84)	51.7	44.8-58.6	
FAC (31)	45.7	34.4-57.0	0.19
No FAC (93)	54.2	47.7-60.8	
Clearance $\geq$ 60 (78)	51.6	41.4-57.3	
Clearance < 60 (46)	53.0	44.4-61.7	0.80
FE $\leq$ 40% (55)	55.6	47.5-63.7	
FE > 40% (69)	49.3	41.4-57.3	
Obesidad (39)	55.3	47.1-63.5	0.41
No obesidad (66)	50.3	42.1-58.5	

Conclusión: En nuestro análisis del Registro ARGEN-IC observamos que los pacientes con disfunción renal, FE reducida, IMC < 30 y tratamiento previo con furosemida se presentan con valores más elevados de NTProBNP al internarse por IC aguda. Además, la edad mayor de 75 años demostró ser el único parámetro que determina una menor reducción del biomarcador en forma evolutiva durante la internación. Se necesitan estudios prospectivos que validen estos resultados.

0650 - ABLACIÓN DE VÍAS ACCESORIAS GUIADA POR MAPEO ELECTROANATÓMICO TRIDIMENSIONAL: EXPERIENCIA INICIAL

Modalidad: Temas Libres

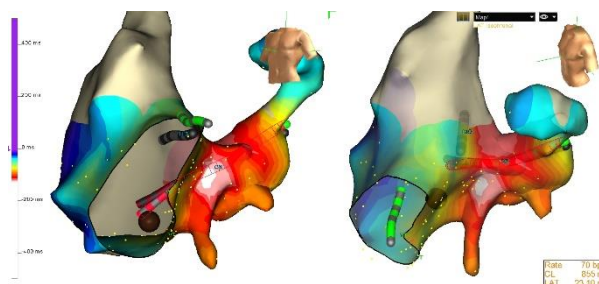
Unidad Temática: COVID-19

VECCHIO, Nicolas | BOCHOEYER, Andrés | LÓPEZ DIEZ, Juan Cruz | SCHNETZER, Maria Natalia | DORADO, Jorgelina Nadia | BASILE, Federico | MILITELLO, Claudio

Sanatorio Sagrado Corazón

Introducción: La ablación convencional (RF) de vías accesorias (VAc) ostenta una tasa de éxito elevada, siendo mayor en las vías izquierdas que en las derechas. Las vías septales tienen resultados similares pero están asociadas con mayores tiempos de procedimiento y fluoroscopia, más lesiones de radiofrecuencia, así como una tasa mayor de recurrencia y complicaciones. En las variantes antero y medio septal la recurrencia y riesgo de bloqueo AV es aún mayor, debiendo el operador evaluar el riesgo/beneficio para cada caso. Las ablaciones guiadas con sistema de mapeo electroanatómico tridimensional (3D) reportan una mayor eficacia y seguridad, así como una reducción en el tiempo de exposición fluoroscópica, tiempo total de procedimiento y recurrencia. Por otra parte, se ha descrito su utilidad en vías de localización inusual o en pacientes con cardiopatía previa.

Objetivos: Describir la tasa de éxito primario y complicaciones de la ablación de VAc guiada por mapeo 3D. Reportar nuestra tasa de recurrencia a un año de seguimiento.



Materiales y Métodos: Se realizó un análisis descriptivo en el que se incluyeron pacientes consecutivos con ablación 3D de VAc manifiesta u oculta en el período comprendido entre enero de 2016 y diciembre de 2019. Luego de la reconstrucción anatómica se delimitó una zona de His y mediante mapa de activación se ubicó el sitio de activación ventricular más precoz, para localizar la VAc. (Figura 1) Se utilizaron catéteres de 7 Fr 4mm, 8 mm, o catéter 4 mm irrigado según criterio del operador y se programaron límite de potencia y temperatura para cada tipo catéter (50W/70°C 4 mm, 100W/70°C 8 mm, y 40W/50°C irrigado). Se definió como éxito primario de la ablación a la desaparición de la preexcitación ventricular antes de los 15 segundos de iniciada la aplicación y a la ausencia de conducción retrograda por la vía anómala. En todos los casos se realizó un control al año post procedimiento con ECG y/o Holter ECG de 24hs para evaluar recurrencia.

Localización	Pacientes
Septal Posterior Derecha	9 (36%)
Lateral Izquierda	6 (24%)
Septal Posterior Izquierda	3 (12%)
Septal Anterior	3 (12%)
Lateral Derecha	2 (8%)
Septal Medio	2 (8%)

Resultados: Para el análisis se incluyeron un total de 25 pacientes durante el período mencionado. La edad promedio fue de 23 años, 60% (15 p) eran hombres y el 56% (14 p) eran sintomáticos por palpitaciones. El 36% (9 p) presentaba un procedimiento previo: 5 pacientes ablación con RF previa fallida, un paciente crioablación de vía antero-septal fallida, y 3 pacientes ablación suspendida por riesgo de bloqueo AV. La localización más frecuente fue la postero-septal. (Tabla 1) La tasa de éxito primaria fue del 92% (23 de 25 p). La ablación fue fallida en dos pacientes, uno con enfermedad de Ebstein y otro con una vía postero-septal izquierda. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones asociadas al procedimiento. Durante el seguimiento se registró un paciente con recurrencia asintomática (1 de 25; 4%), demostrada por preexcitación manifiesta en el ECG control.

Conclusión: En nuestra experiencia, la ablación de vías accesorias guiada por mapeo electroanatómico tridimensional mostró una elevada tasa de éxito primario sin registrar complicaciones. Se presenta como una estrategia terapéutica aceptable en pacientes con ablación previa fallida o vías accesorias septales con riesgo de bloqueo AV. La recurrencia durante el seguimiento fue similar a la reportada en la bibliografía.

0651 - HIPERTENSION ARTERIAL EN UNA EN UNA POBLACIÓN ORIGINARIA QUILMES

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Hipertensión Arterial

GALDEANO, Ricardo Sebastián (1) | HOLOWNIA, Damian(1) | PALAVECINO, Darío Omar(2) | ABREGU, Jose Daniel(1) | RIVAS JORDAN, Maria Silvina(1) | JOO TURONI, Claudio(3)

Sanatorio Racedo (Monteros - Tucumán) (1); HOSPITAL CENTRO DE SALUD "ZENON J. SANTILLÀN" (2); Universidad Nacional de Tucumán (3)

Introducción: En setiembre de 2018 se realizó el estudio SONQO CALCHAQUI, en el que se estudió el estado de salud cardiovascular de una población de Indios Quilmes (comunidad de Quilmes - Tucumán) que abarca 2400 habitantes de media y alta montaña. Debido a que encontramos que 23% presentaban hipertensión arterial (HTA), valores similares a los centros urbanos, realizamos el presente subestudio a fin de conocer las características de la población con HTA en la población Quilmes.

Objetivos: Objetivo: Estudiar las características de los pobladores con HTA evaluados en el Estudio SONQO CALCHAQUI.

Materiales y Métodos: Método: Se realizó un subestudio de los datos obtenidos en el Estudio SONQO CALCHAQUI en la comunidad de Quilmes (n=202 pobladores). A los asistentes al estudio, se les efectuó un cuestionario cardiovascular dirigido (Tabla 1), se realizaron 3 tomas de Presión Arterial con tensiómetro automático digital de Brazo (Omron 7123), se midió la frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, se concretó un electrocardiograma (ECG), se realizó un análisis de laboratorio. En base al cuestionario cardiovascular dirigido, se separó a la población en dos grupos: con antecedentes conocidos de HTA (Grupo 1; n=46) y sin antecedentes de HTA (Grupo 2; n=124) descartando aquellos pacientes que no sabían si tenían o no HTA. Los datos se presentaron como $\pm$ error standard.

Se utilizó Test de Student para datos agrupados y prueba de χ^2 , considerándose una $p < 0,05$ como estadísticamente estadística.

Resultados: Resultados: El grupo 1 presentó mayor edad (60 ± 2 años) que el grupo 2 (44 ± 2 años; $p < 0,001$). No hubo diferencias en la ingesta habitual de alcohol y azúcar. Al momento del examen 25 pobladores del grupo 1 y 16 del grupo 2 presentaron algún valor de Presión Arterial elevada (χ^2 : 19,5; $p < 0,05$), exhibiendo en promedio mayores valores de PA sistólica (PAS), diastólica (PAD), diferencial y media en el grupo 1 con respecto al 2 ($p < 0,001$). El grupo 1 presentó un mayor perímetro de cintura abdominal ($p < 0,01$) y el índice de masa corporal ($p < 0,05$) respecto al grupo 2. En el ECG la frecuencia cardíaca fue similar en ambos grupos. 14 pobladores del grupo 1 y 25 del grupo 2 presentaron alguna alteración del ECG (χ^2 : 2,23; $p < 0,05$). En cuanto al laboratorio el grupo 1 evidenció menores niveles de hemoglobina y mayores de colesterol LDL y triglicéridos. El clearance estimado por la formula MDR fue menor en el grupo 1.

Conclusión: En nuestra evaluación encontramos que la población que manifestó tener hipertensión arterial tiene mayor edad, disminución del clearance de creatinina y anormalidades en el ECG respecto a la población sin hipertensión arterial. Se trata, por lo tanto de una población con daño de órgano blanco. Los pobladores que se conocían hipertensos, no tenían las cifras de PA dentro de los valores considerados como normales. Estos hallazgos, podrían estar relacionados con la escasa educación en prevención cardiovascular, costumbres y tradiciones específicas de la región, y el difícil acceso al sistema sanitario.

0652 - DOSIS DIARIA DE FUROSEMIDA EN LA INTERNACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA. FACTORES ASOCIADOS Y VALOR PRONÓSTICO.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

BONORA, Federico | THIERER, Jorge | D'ALESSANDRI, Mariano | COSTA, Pablo | RIVERO, Mirza | BOISSONNET, Carlos Pablo | GUETTA, Javier Norberto | ARAKAKI, Diego

CEMIC

Introducción: Algunos reportes han señalado la relación de la dosis diaria de furosemida en la internación por insuficiencia cardíaca con la evolución hospitalaria de los pacientes.

Objetivos: El objetivo de este análisis fue definir los factores asociados a la determinación de la dosis y verificar el impacto pronóstico de la misma en la duración de la estadía hospitalaria y la mortalidad en internación.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de cohorte. Las variables categóricas se presentan como porcentaje, las continuas como mediana y rango intercuartílico. Se definió la dosis diaria de furosemida (DDF) como el cociente de la dosis acumulada durante la internación (hasta el alta si la duración de la misma fue < 7 días, o en los primeros 7 días si fue más prolongada), dividida por la cantidad de días considerados. Se definió por regresión lineal simple y múltiple las variables independientemente asociadas a la DDF, y por regresión logística múltiple el impacto pronóstico de la DDF sobre la duración de la internación y la mortalidad. Un valor de $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Entre 2017 y 2020 se internaron en nuestro centro 210 pacientes con insuficiencia cardíaca. La mediana de DDF fue 100 (70-170) mg/día, con valores extremos de 30 y 1040 mg/día. Las variables asociadas a la DDF en la regresión lineal simple fueron la diabetes, la presencia de comorbilidades, la clase funcional III-IV, un score de congestión que considera la ingurgitación yugular, la hepatomegalia, la presencia de rales, edema sacro y edema en miembros inferiores, la falta de empleo de inhibidores o antagonistas del sistema renina angiotensina antes de la internación, el hematocrito, la urea, la creatinina. No se asociaron la edad, el género, la tensión arterial sistólica ni la fracción de eyección. En regresión lineal múltiple fueron predictores independientes de la DDF el score de congestión (coef. β 13,3; IC 95% 5,5-21,1; $p = 0.001$), la clase funcional III-IV (coef. β 57,1; IC 95% 15,1-98,9; $p = 0.008$), la creatinina de ingreso (coef. β 23,4; IC 95% 8,9-37,9; $p = 0.002$) y la urea de ingreso (coef. β 0,47; IC 95% 0,14-0,80; $p = 0.005$). La DDF se asoció fuertemente a la evolución de la función renal durante la internación: 125 (102-227) mg día en aquellos en los que la creatinina de egreso fue al menos 0,3 mg/dl mayor que la de ingreso, frente a 95 (66-150) mg/día en los que la variación fue menor. En análisis multivariado considerando edad, sexo y el resto de las características basales, la DDF fue predictor de internación prolongada (≥ 6 días), OR 1,04 (IC95% 1,01-1,06, $p = 0.003$) por cada 10 mg/d de incremento; y el único predictor de mortalidad hospitalaria, OR 1,03 (IC95% 1,003-1,06, $p = 0.03$) por cada 10 mg/d de incremento.

Conclusión: Variables clínicas y paraclínicas de ingreso (clase funcional, función renal y status congestivo) permiten predecir la necesidad de DDF elevada. A su vez, alta DDF se asocia a peor evolución hospitalaria: empeoramiento de función renal, estadía hospitalaria prolongada y mortalidad. Mayor cantidad de observaciones es necesaria para definir si la DDF es simplemente marcador de mayor riesgo o verdadero factor responsable del peor pronóstico.

0654 - HIPOALBUMINEMIA EN LA INTERNACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA. VARIABLES ASOCIADAS Y VALOR PRONÓSTICO.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

D'ALESSANDRI, Mariano | ARAKAKI, Diego | BONORA, Federico | COSTA, Pablo | RIVERO, Mirza | BOISSONNET, Carlos Pablo | GUETTA, Javier Norberto | THIERER, Jorge

CEMIC

Introducción: La hipoalbuminemia (H) ha sido señalada como un factor pronóstico adverso en la insuficiencia cardíaca crónica, pero su rol está menos definido en el contexto de la internación por insuficiencia cardíaca aguda o crónica descompensada.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue analizar las variables asociadas a la presencia de H en pacientes internados en nuestro centro por insuficiencia cardíaca, y su influencia en la duración de la internación y la evolución hospitalaria.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de cohorte. Se definió como H un valor de albúmina plasmática $\leq 3,9$ g/dl, correspondiente a la mediana de la población considerada. Las variables categóricas se presentan como porcentajes y las continuas como mediana y rango intercuartílico. Regresión logística múltiple para definir variables asociadas independientemente a la presencia de H. Se consideró significación estadística con $p < 0.05$.

Resultados: Entre 2017 y 2020 se internaron 210 pacientes diferentes por insuficiencia cardíaca. De ellos 110 (52,4%) presentaron H, con una mediana de albúmina plasmática de 3,6 (3,3-3,8) g/dl frente a 4,2 (4-4,4) g/dl en aquellos sin H. Los pacientes con H presentaron tendencia a mayor prevalencia de sexo masculino (59,1 vs 47%, $p=0.08$) sin diferir en la edad, antecedentes de hipertensión, diabetes, etiología o fracción de eyección ventricular izquierda: 42 (30-60) % vs 45 (30-60) %, pNS. Si bien no hubo diferencia en la tasa global de comorbilidades, los pacientes con H tuvieron anemia mucho más frecuentemente (62,7% vs 44,4%, $p=0.008$), aún con similar prevalencia de cáncer o insuficiencia renal. Fueron en ellos más frecuentes la clase funcional III-IV (46,3% vs 27,3%, $p=0.005$) y el antecedente de fibrilación auricular (44,5 % vs 28%, $p=0,013$), menor la tensión arterial sistólica de ingreso [120 (109-140) vs 130 (120-150) mm Hg, $p=0.002$]; y mayor un score de congestión que considera la ingurgitación yugular, la hepatomegalia, la presencia de rales, edema sacro y edema en miembros inferiores. Coincidentemente los pacientes con H presentaron valor más alto de NT pro-BNP: 6.269 (3.362-16.453) vs 4309 (2298-9530) pg. /ml, $p=0.006$. Los pacientes con H tuvieron internación más prolongada: 7 (4-9) vs 4 (3-7,5) días, $p=0.0032$, y mayor mortalidad hospitalaria (9,1% vs 2%, $p=0.027$). En análisis multivariado el score de congestión (OR 1,14, IC 95% 1,02-1,29, $p=0.021$) y la clase funcional III-IV (OR 2,17, IC 95% 1,16-4, $p=0.016$) se asociaron independientemente a la H. La H fue, en análisis multivariado, predictor independiente de internación prolongada (OR 2,04, IC 95% 1,10-3,80, $p=0.023$) y mostró tendencia a ser predictor de mortalidad (OR 4,34, IC 95% 0,86-21,74 $p=0.07$).

Conclusión: En el contexto de internación por insuficiencia cardíaca la presencia de H señala a una población más enferma, con más signos de congestión y peor clase funcional previa, coincidentes con mayor prevalencia de anemia, fibrilación auricular y elevación de péptidos natriuréticos. La H es un predictor de peor evolución hospitalaria, por lo que debiera prestarse atención a su presencia al inicio de la internación y tenerla en cuenta a la hora de decidir conducta.

0655 - ANALISIS DE EVENTOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE EN UN SANATORIO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

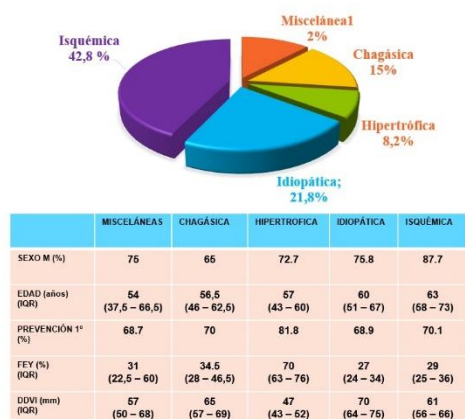
Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Enfermedad de Chagas

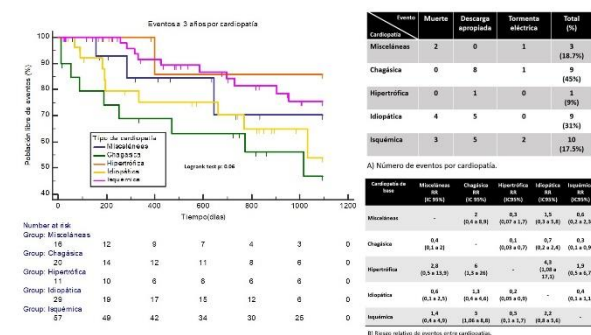
Unidad Temática 2: COVID-19

GARCIA CHAMORRO LUIS GUILLERMO, Luis Guillermo | ZAIDEL, Ezequiel José | **CARVALLO CLAROS, Diego** | OROSCO, Agustín | OJEDA, Agustina | DE LA VEGA, Alejandro | ARMENTANO, Juan Francisco | SOSA LIPRANDI, Alvaro

Sanatorio Güemes



Introducción: Está demostrado que en los pacientes portadores de cardiodesfibrilador implantable (CDI) la presencia de choques efectivos y tormenta eléctrica están asociados a peor pronóstico. Sin embargo las características etiológicas de las cardiopatías subyacentes en nuestra región difieren de las incluidas en los grandes registros, lo que despierta el interés por evaluar esta población particular en nuestro medio.



Objetivos: Evaluar las diferencias en la presentación de eventos posteriores al implante de un CDI, de acuerdo a los motivos del implante.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, incluyó la totalidad de los pacientes a los cuales se les implantó un CDI entre los años 2009 y 2019 en un hospital de alta complejidad de Buenos Aires. Se realizó un seguimiento hasta los 36 meses, evaluándose el momento del primer choque apropiado y efectivo del dispositivo, tormenta eléctrica, y mortalidad por todas las causas. Las diferencias entre grupos se analizaron mediante prueba de log-rank y se graficaron mediante curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Se evaluaron un total de 133 sujetos, de los cuales el 78.9% eran de sexo masculino, y la mediana de edad fue de 60 años (RIC53 – 68). La etiología isquémica abarcaba el 42.8% de los pacientes, mientras que la indicación del dispositivo fue como prevención primaria en un 70.6% de los casos. La mediana de seguimiento de fue de 883 días (RIC 413 – 1095, figura 1). Al hacer la evaluación de eventos a 3 años, vemos una tendencia a presentar mayor número de eventos por parte de los pacientes chagásicos en comparación con las demás etiologías (figura 2), siendo el número de días hasta el primer evento menor en los pacientes chagásicos (719 días ± 102).

Conclusión: Los pacientes chagásico presentan más eventos de descargas por parte del CDI que los pacientes con otras cardiopatías, esto podría ser explicado por el sustrato arritmico en esta población, a pesar del tratamiento antiarrítmico óptimo.

0656 - UTILIDAD DEL ULTRASONIDO PULMONAR Y DOPPLER RENAL COMO PREDICTOR AL ALTA DE EMPEORAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA A 30 DÍAS

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Unidad Temática 2: Corazón y Mujer

ANAUATI, Matias | GOMEZCOELLO D., Alvaro | GIL CORTES, Andres Felipe | PORCILE, Rafael | SALVAGGIO, Flavio Anibal | ZUNIGA INFANTAS, Maria Teresa | MOREJON BARRAGAN, Paola

Hospital Universitario de la UAI

Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) descompensada es una de las principales causas de ingreso a las unidades hospitalarias, ocupa el 10% de todas las internaciones en mayores de 70 años en Europa, si bien su diagnostico es clínico, el reconocimiento temprano y adecuado representa un desafío para el médico. Una cuarta parte de los pacientes hospitalizados por IC son reingresados dentro de los 30 días posteriores al alta, la congestión es la principal causa de reingreso hospitalario. Si bien la medición de pepitos natriuréticos a demostrado ser un método eficaz para predecir reinternaciones de pacientes con IC, resulta ser un método costoso y no accesible en todos los centros médicos en Argentina. Actualmente la congestión pulmonar se puede visualizar, diagnosticar y cuantificar a través del ultrasonido pulmonar. Otro método para la detección de congestión es el Doppler renal, el cual ha demostrado ser capaz de predecir morbilidad en pacientes con IC durante la internación.

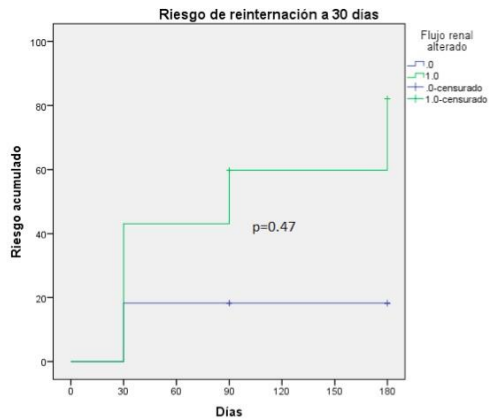
Objetivos: Evaluar la utilidad de la detección de la congestión subclínica y la capacidad de predicción del empeoramiento de la IC del ultrasonido pulmonar y Doppler renal.

Materiales y Métodos: Estudio observacional prospectivo de Agosto 2019 a Abril 2020 que incluye todos los pacientes con diagnostico de insuficiencia cardiaca descompensada que ingreso al servicio de cardiología del Hospital Universitario de la UAI. Se realizo ultrasonido pulmonar, Doppler renal junto al score de congestión clínica OPTIMIZE-HF al ingreso y egreso hospitalario. EL score de congestión OPTIMIZE-HF se considero con la siguiente puntuación: 0-3 bajo, 4-6 moderado; 7-15 alto; el tipo de flujo renal se clasificó como continuo, bifásico o monofásico, la vena cava inferior se consideró alterada > 21 y para las líneas B se utilizó la siguiente clasificación según el número total de líneas B detectadas en por lo menos 2 cuadrantes diferentes, sin congestión <6; congestión leve 6-15; moderado 16-30 y severo más de 30. Posteriormente se realizo un seguimiento por llamado telefónico al mes 1 y mes 3 de alta. Se describen las variables continuas según la distribución, fueron comparadas mediante prueba T de student y U de Mann-Whitney según corresponda y las categóricas se describen en porcentajes comparadas mediante chi cuadrado y test de Fisher según corresponda. Mediante curvas de Kaplan Meyer se estimó la probabilidad de internación a 30 días comparadas mediante Log rank test.

Tabla N2	TOTAL % % (N=42)	REINTERNADOS % (N=13)	NO REINTERNADOS % (N=21)	P
Líneas B alta	4.7 ± 6.5	5.5 ± 5.5	4.7 ± 7.4	P > 0.05
SEVERIDAD LINEAS B ALTA				
Leve	32% (11)	31% (4)	33% (7)	P > 0.05
Moderado	65% (22)	69% (9)	62% (13)	P > 0.05
Alta	3% (1)	0	5% (1)	P > 0.05
FR ALTERADO INGRESO	88% (37)	85% (11)	86% (18)	P= 0.08
CONTINUO	12% (5)	15% (2)	10% (2)	P > 0.05
BIFÁSICO	50% (21)	31% (4)	67% (14)	P > 0.05
MONO	38% (16)	54% (7)	23% (4)	P > 0.05
FR ALTERADO ALTA	50% (21)	84% (11)	47% (10)	0.034
Continuo	38% (13)	15% (2)	52% (11)	P > 0.05
Bifásico	53% (18)	62% (8)	48% (10)	0.021
Monofásico	9% (3)	23% (3)	0	P > 0.05

Resultados: Se incluyeron en este período 42 pacientes (p), el 55% (43 p) fueron hombres, con una edad promedio de 74 años (± 13.5), con una Fracción de eyección ventricular izquierda promedio de 44,5%, el 21% de las

miocardiopatías eran de etiología isquémica, otro 21% correspondían a causa valvular. Al alta solo el 16% de los pacientes presentaban algún grado de congestión moderada o severa. A los 30 días 34 pacientes permanecieron en seguimiento (8 fallecieron en la internación). De los cuales el 38% (13 p) se reinternó o presentó una visita médica no programada. De los pacientes reinternados, no hubo diferencias en las características basales, se identificó que ni las líneas B alteradas al alta ni la vena cava dilatada se asocian con reinternación, sin embargo el flujo renal venoso alterado al alta presentó una asociación significativa (OR 6.05; IC 95% 1.0693-34.3; $p=0.034$), a expensas de presentar FLUJO MONOFÁSICO, el mismo que TRIPLICA EL RIESGO DE INTERNACIÓN a 30 días. (OR: 3.1 ; IC 95% 1.8-5.1; $p=0.02$)



Conclusión: En esta cohorte, pese a las limitaciones de tamaño de la muestra, el flujo venoso renal se asocio con el empeoramiento de la IC

0658 - UTILIZACIÓN DE IVUS EN ANGIOPLASTIA CORONARIA ELECTIVA CON IMPLANTE DE STENTS LIBERADOR DE DROGA.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Cardiología Intervencionista

Unidad Temática 2: Enfermedad Cardiovascular

ZANUTTINI, Daniel | CUNEO, Tomas

Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: La angioplastia coronaria (ATC) con implante de stent liberador de drogas (SLD) es un tratamiento de revascularización coronaria establecido. La reestenosis y trombosis del stent, con infarto y/o óbito, son eventos cardiovasculares que inciden en la evolución de los pacientes. El ultrasonido intravascular (IVUS) es una técnica de evaluación intracoronaria, evalúa con mayor objetividad la severidad de las lesiones, además de aportar información respecto a la composición de la placa y la disposición dentro de la pared vascular, también mostró utilidad en el estudio del fenómeno de la reestenosis y la trombosis de los stent cuando es comparado a la ATC guiada por angiografía.

Objetivos: Evaluar eventos combinados de muerte, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular (ACV) o revascularización de vaso tratado (RVT). en el seguimiento clínico de pacientes sometidos a ATC con SLD, guiados por IVUS vs. angiografía.

Materiales y Métodos: Desde agosto de 2018 hasta Junio de 2020, realizamos en centro único, 252 ATC electivas consecutivas, con implante de SLD en pacientes con lesión coronaria severa.

Resultados: Edad media $67,51 \pm 16,1$ años vs $63,2 \pm 18,1$. Masculino 72% vs 64% en ATC-IVUS vs ATC-Ang., La clínica y antecedentes de los pacientes fueron similares en los dos grupos, no se incluyeron pts con IAM. Características angiográficas fueron tipo B1 en 20% vs 62%, B2 en 68% vs 34% y C en 12% vs 6% en ATC-IVUS vs ATC-Ang respectivamente. Evolución intrahospitalaria: en grupo de ATC-Ang, 2 pts(1,08%) fueron a óbito (perforación y no reflow), 1 paciente (0,54%) con IAM post disección de bordes con necesidad de nueva ATC. En grupo

de ATC-IVUS, no hubo óbitos, 1 paciente tuvo perforación, sin necesidad de pericardiocentesis. 1 paciente (1,4%) con IAM, post no reflow. 2 ptes presentaron espasmo que revierte post vasodilatador. En evolución a 30 días en grupo de ATC-Ang, 2 pts presentaron restenosis y 1 pte con trombosis. En grupo ATC-IVUS no hubo eventos. Se presentarán datos de evolución a 1 año.

Conclusión: La realización de ATC – IVUS presenta menor número de eventos cardiacos adversos que en grupo ATC-Ang, sin demostra diferencia estadística significativa, considerando dentro de las limitaciones el número reducido de procedimientos, y la ausencia de randomización. Seguimiento clínico por mayor tiempo y con mayor número de pacientes sería necesario.

0659 - ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN TRABAJADORES DE LA SALUD EN TIEMPOS DE COVID 19

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Aspectos Psicosociales

PULMARI, Camilo Ariel | BORGOGNO, Martin Guillermo | AGÜERO, Pablo | SOLÓRZANO NAVARRETE, Rafael | NOTARISTEFANO, Maria Fernanda | VÁZQUEZ, Norberto Antonio

CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD PRESIDENTE PERON. MALVINAS ARGENTINAS



Introducción: La pandemia por COVID 19 afectó a la población mundial en varios aspectos, como la salud, lo económico, lo social y psicológico, y es específicamente este último punto el que nos motivó a realizar este estudio, haciendo foco en los trabajadores de la salud, personal medico y no medico.

Objetivos: Conocer el impacto en términos de estrés, ansiedad y depresión en los trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID 19.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, analítico, de corte transversal, multicéntrico, llevado a cabo entre los meses de mayo y junio de 2020, mediante una encuesta en formato digital. Para la elaboración y la consecuente relevación de los datos, se utilizaron las escalas de Hamilton para estrés, ansiedad y depresión. Para el analisis estadístico se utilizó el software SPSS 23.



Resultados: Se incluyeron 1016 participantes de los cuales 988 aceptaron ser parte del estudio. Con una mediana de edad de 36 (31-42) años, con predominio del sexo femenino (68%). El 56% de los encuestados fueron médicos, que en su mayoría reside y realiza su actividad laboral en el gran Buenos Aires. En cuanto a las manifestaciones relacionadas con el estrés propiamente dicho, podemos afirmar que se expresaron como trastornos del sueño e irritabilidad principalmente. Se observó elevados niveles de estrés en un 79% de la población, de ansiedad en un 70%, y algún grado de depresión con un 25%.

Conclusión: Se observaron elevados niveles de ansiedad y estrés, y algún grado de depresión en trabajadores de la salud, médicos y no médicos.

0661 - DEFICIT DE HIERRO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA, UNA ENTIDAD OLVIDADA EN LA PRACTICA. REGISTRO ARGEN IC

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Prevención Cardiovascular y Epidemiología

PEREIRO GONZÁLEZ, Stella Maris | FERNÁNDEZ, Darío Alberto | RENEDO, María Florencia | SORASIO, Guillermina | HIRSCHSON PRADO, Alfredo | BENHAIM, Leonardo | SANCHEZ, Diego | FERNANDEZ, Alberto

Consejo de Insuficiencia Cardíaca e hipertensión pulmonar, SAC

Introducción: La deficiencia de hierro es común en insuficiencia cardíaca (IC), así como en otras enfermedades crónicas y puede causar anemia y/o disfunción del músculo esquelético con o sin anemia. El déficit de hierro (DFe) está relacionado con la gravedad de la enfermedad y se asocia a mayor riesgo de muerte con o sin anemia. La prevalencia de déficit de hierro ronda el 40% de los pacientes con IC, pero estos datos dependen de las definiciones utilizadas para DFe

Objetivos: Evaluar la prevalencia de DFe en los pacientes ingresados por IC descompensada en el registro ARGEN IC y valorar si los pacientes con DFe muestran diferencias en características basales, evolución intra hospitalaria y al alta.

Materiales y Métodos: El registro ARGEN IC incorporó 909 pacientes. Se incluyeron los pacientes que presentaban perfil férrico completo y se definieron de acuerdo con la siguiente clasificación: Deficiencia Absoluta de hierro en enfermedades crónicas (DAFe): Ferritina <100µl (hombres y mujeres). Deficiencia Funcional de hierro en enfermedades crónicas (DFFe): Ferritina 100- <300µl + TSAT <20% (hombres y mujeres). Anemia: Hb menor de 13 para hombres como para mujeres a las cuales se las consideró a todas no menstruantes por la edad, según la definición de la OMS. Software IBM SPSS v. 25. Las variables cuantitativas con distribución normal por t. Student, y las de distribución no normal por U de Mann Whitney. Variables cualitativas por test de Chi cuadrado. Pruebas de normalidad por Kolmogorov Smirnov, y Test de Levene para igualdad de varianzas. Se definió como significancia estadística a un valor de $p < 0.05$.

Resultados: De los 909 pacientes (p) solo se pudieron analizar los datos de 150 p en los que se contaba con perfil férrico para poder evaluar deficiencia de hierro (DFe). De los 150 p 65.3% (98p) presentaban DFe, 79 tenían DAFe y 19 DFFe. Los pacientes fueron considerados en dos grupos DFe (déficit de hierro) y NDFe (sin déficit de hierro). Cuando se evaluaron las características basales de ambos grupos no se observaron diferencias significativas entre ambos, de acuerdo a las diferentes variables excepto para la presencia de cáncer. También se observó una tendencia a mayor porcentaje de mujeres en el grupo DFe (44.9% vs 28.8% ($p=0.055$)). Si bien los pacientes del grupo NDFe tenían menos anemia, esta diferencia no fue significativa ($p=0.064$). De las variables analizadas al momento del ingreso, la única diferencia se observó en que los p con DFe presentaban más frecuentemente disminución de la perfusión periférica (11.2% vs 1.9%) $p=0.046$. No se observaron diferencias en tratamientos previos, especialmente en aquellos con antiagregación, doble antiagregación y anticoagulación. Al analizar las variables de complicaciones, evolución intrahospitalaria, mortalidad y eventos a 30 días, la única diferencia entre ambos grupos fue que aquellos Sin DFe presentaron más shock cardiogénico (13.5% vs 2.0%) $p=0.015$ con corrección de Yates.

Conclusión: Lo único que podemos afirmar del presente trabajo es que teniendo en cuenta que la deficiencia de hierro es un marcador de mal pronóstico en los pacientes con insuficiencia cardíaca, al momento de una internación solo se estudió esta entidad en 16.5% de los pacientes. Por otro lado corroboramos que la ausencia de anemia NO es expresión de Eficiencia de hierro. La poca relación de los datos hallados con estudios internacionales se debe al escaso número de la muestra por lo que nuestros datos no son representativos de la población. Debemos intensificar la búsqueda de esta comorbilidad para optimizar el tratamiento de nuestros pacientes.

0666 - GESTION DE CUIDADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS DE ADOLESCENTES Y ADULTOS EN PANDEMIA COVID19.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Imágenes.20

Unidad Temática 2: Cardiopatías Cóngenitas Del Adulto

QUINTEROS, Marisa Fabiana

Hospital de Niños de Córdoba

Introducción: En la actualidad solo un 20% de los adultos con cardiopatía congénita lleva un seguimiento médico adecuado. Ellos necesitan atención médica de por vida. La pandemia de COVID19 ha sido un tiempo en donde todos los individuos hemos quedado aislados de los servicios de salud. Los pacientes con cardiopatías congénitas han continuado con su enfermedad, pero ¿Qué ha sucedido cuando necesitaban una consulta o tratamiento? Es aquí donde hemos tenido que poner un plan de actividades para el seguimiento a todos los pacientes en transición y adultos. En los adolescentes es un cambio no solo físico, mental sino también de las necesidades humanas básicas, la anticoncepción, el embarazo, actividad física, alimentación son las consultas habituales. La transferencia a la clínica de atención para adultos es difícil. El plan puesto en marcha por el médico clínico cardiólogo y la enfermera han sido fundamental en la vía de atención que es extensa y aborda problemas específicos del adolescente / adulto joven, como la independencia, abordando problemas sociales, psicológicos, y proporcionando información sobre su afección cardíaca y medicamentos. El trabajo en equipo es muy importante desde el seguimiento y la coordinación. El sistema de salud público no posee una intervención holística al paciente, solo es asistido desde la parte clínica. El rol de la enfermera ha sido fundamental en esta gestión interdisciplinaria y atendiendo al paciente en las necesidades demandadas.

Objetivos: • Efectuar un seguimiento adecuado en el proceso salud enfermedad al paciente con cardiopatía congénita. • Optimizar la comunicación entre el paciente y el equipo de salud. • Asistir al paciente ante consultas y telemedicina.

Materiales y Métodos: Se realizó un registro de las actividades realizadas a los pacientes, tanto telefónicas como visitas programadas al hospital para consultas, gestión de turnos e interconsultas. Tipo de estudio: Descriptivo y cuantitativo. Gestión de las actividades de seguimiento y transferencia en el período de pandemia desde el 15 de marzo hasta el 15 de julio 2020.

Resultados: Se asistieron a 55 pacientes, 50 adultos y 5 adolescentes, 45 sexo femenino y 10 sexo masculino. Dos mujeres embarazadas las cuales han tenido su parto en este período de pandemia. Consultas telefónicas 178, consultas por WhatsApp 580, gestión de turnos 62, Interconsulta a otras especialidades 28, telemedicina 57. Los pacientes respondieron con respecto a la conformidad en la atención en general, si están muy conformes 90% y 10 % conformes.

Conclusión: En este período de tiempo hemos podido gestionar un trabajo en equipo. La enfermera gestionó todas las actividades, turnos y asistencia de telemedicina. Se pudo implementar el seguimiento del paciente y satisfacer la demanda, tanto como la consulta clínica y asistencia a consultorio como la consulta para mejorar la calidad de vida en este tiempo de pandemia. Los pacientes han quedado satisfechos a su demanda. En este nuevo espacio hemos aprendido otro tipo de consulta de los pacientes y asociado a la calidad de vida en lo que se refiere al seguimiento de ellos.

0667 - DISINCRONIA ELECTRICA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FUNCION VENTRICULAR PRESERVADA

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

DE ZULOAGA, Claudio | MENZIO, Alejandro | **FERNANDEZ, Adrian Carlos** | GALERA, Karen Evangelina | COSTA, Gustavo Alejandro | PEREZ MAYO, Osvaldo A. | SPERANZA, Ricardo Eugenio | ALFIE, Alberto

Hospital Nacional Profesor A. Posadas

Objetivos: Evaluar la de Disincronía Eléctrica (DisE) en los pacientes (p) con insuficiencia cardíaca, función ventricular preservada (ICFEP) y con QRS angosto y su importancia en esta población.

Materiales y Métodos: Fueron incluidos los paciente (p) con disnea CF II-III de la NYHA dentro de las 72 hs del inicio de los síntomas. El diagnóstico de insuficiencia cardíaca se realizó según criterios de Framingham IC. A los p que cumplían con los criterios mencionados, se les realizó un test de péptidos natriuréticos (NTproBNP) considerando un valor positivo según la edad del paciente ($> 450\text{ng/mL}$ para menores de 50 años; $>900\text{ng/mL}$ en pacientes de 51 a 75 años y $>1800\text{ng/mL}$ para pacientes mayores de 75 años). Los p con valores aumentados fueron evaluados por ecocardiograma bidimensional y se seleccionaron aquellos con una fracción de eyección $> 50\%$ (método de Simpson) y daño estructural (dilatación de aurícula izquierda o hipertrofia ventricular izquierda). Los p seleccionados fueron estudiados mediante un ECG de alta amplificación con análisis de la varianza de la correlación cruzada de las derivaciones DII y V6, con un ECG de 12 derivaciones simultáneas con equipo Synchronax® para determinar el índice de sincronía eléctrica (ISE) de acuerdo al volumen y dirección del flujo eléctrico, la magnitud de la activación y la simultaneidad de la activación del VD y del VI cuyos valores son ($VN = < 0,45$; disincronía moderada, $0,46$ a $0,70$, disincronía severa $> 0,70$.) los pacientes incluidos tuvieron un QRS angosto sin evidencias de Bloqueos en el sistema de conducción His-Purkinje.

Resultados: Se estudiaron 19 p, donde 9 fueron hombres, La características de la población se resumen en la tabla 1, El análisis de la sincronía eléctrica mediante sistema Synchronax mostro un índice de sincronía eléctrica (ISE) anormal en el 63 % de los p de esta población con ICFEP con una media de $0,81 \pm 0,9$ siendo el doble del valor normal ($ISE = < 0,40$). Los pacientes con hipertrofia ventricular izquierda (HVI) mostraron un ISE muy anormal comparado con aquellos que no la tenían ($0,90 \pm 0,9$ Vs $0,47 \pm 0,2$; $p = 0,011$). La Fey de los pacientes con DisE no mostró diferencias significativas con aquellos con sincronía normal ($60,6 \pm 7$ Vs 60 ± 5 ; $p = 0,19$). La DisE encontrada en estos p fue el desacoplamiento VD-VI por retardo en la activación del VI con respecto al VD

Conclusión: 1) La ICFEP se acompaña con DisE en un número muy importante de p a pesar de tener un QRS angosto. 2) La DisE encontrada fue el "desacoplamiento eléctrico VD-VI" 3) la HVI se asocia en forma significativa a la disincronía eléctrica 3) La DisE no tuvo impacto en la Fey lo cual permitiría especular que es un factor importante asociado a HVI en generar ICFEP.

0668 - LOCALIZACION DEL INPUT DE LA VIA LENTA NODAL DURANTE LA TAQUICARDIA POR REENTRADA NODAL : UNA GUIA PARA EL TRATAMIENTO CON ABLACION

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

DE ZULOAGA, Claudio | PEREZ MAYO, Osvaldo A. | COASTA, Gustavo | SPERANZA, Ricardo Eugenio | ALFIE, Alberto | DELUSO, Carlos Daniel | BIELECKY, Andres | COLQUE DELGADO, Nabel

Hospital Nacional Profesor A. Posadas

Introducción: Las taquicardias por reentrada nodal (TRN) constituyen una de las más frecuentes arritmias supraventriculares, siendo en general de fácil solución por ablación de la vía lenta. La aplicación se hace siguiendo una guía anatómica-radiológica, que puede constituir una limitación cuando hay distorsiones anatómicas del nodo A-V (NAV)

Objetivos: Contar con un método reproducible que permita localizar el "input" de la vía lenta anterógrada al nodo A-V, ya que este input se encuentra oculto siempre por estar incluido en el ventriculograma.

Materiales y Métodos: En 12 pacientes con TRN inducible y sostenida con el diagnóstico confirmado por extraestímulos auriculares EA y ventriculares EV durante la taquicardia se realizó un estudio electrofisiológico convencional mediante la utilización de 5 cateteres, en ápex del VD, AD, SC, His y finalmente uno de ablación para la localización y tratamiento de la TRN. Durante la taquicardia se aplicó una EV tardía, que comenzara incluida en el QRS y luego disminuyendo el acoplamiento de 10 mseg, hasta lograr capturar y adelantar el QRS sin modificar el circuito de la TRN confirmado por la presencia de H-H y A-A idénticos al ciclo de la TRN. En este momento al adelantar el ventriculograma quedan en evidencia los auriculogramas recogidos en la unión AV por el catéter de mapeo. Allí se pueden localizar dos intervalos A-H uno más corto correspondiente al input de la vía lenta (VL) y uno más largo correspondiente al H-A de la vía rápida (VR) o output de la misma. La distancia entre el auriculograma de la VR, (más precoz con respecto al QRS estimulado, el A-H más largo) y el auriculograma de la VL (más tardío con respecto al QRS estimulado por ser A-H corto) constituye el intervalo de conducción intraauricular.

Resultados: En los 12 pacientes pudo ser localizado el input de la VL considerado como el A-H más corto en taquicardia, este intervalo fue de 283 ± 35 mseg, y el intervalo entre el auriculograma del A-H más largo (output VR)

y el auriculograma del A-H más precoz (Input de la VL) considerado como el intervalo de conducción extra-nodal o intra-auricular fue de 38 ± 8 mseg.

Conclusión: 1) El input de La VL en el NAV puede ser localizada durante la TRN con la utilización de extraestímulos tardíos en taquicardia 2) la presencia de un intervalo de conducción intra-auricular relativamente similar en todos los pacientes independiente del ciclo , demuestra la participación auricular en el circuito (reentrada atrio-nodal) 3) la localización del Input d la VL puede permitir la ablación mas precisa de la VL en casos de dificultades anatómicas.

0669 - ESTIMULACIÓN SEPTAL (PARA-HISIANA) : LA FORMA MÁS SEGURA Y FISIOLÓGICA DE ESTIMULACIÓN DEFINITIVA DEL VD.

Modalidad: Temas Libres

Unidad Temática: COVID-19

DE ZULOAGA, Claudio | PEREZ MAYO, Osvaldo A. | COSTA, Gustavo | SPERANZA, Ricardo Eugenio | DELUSO, Carlos Daniel | **ROBI, Marcelo Carlos** | OLIVERA, Camila | BALIÑO, Mauro Nicolas

Hospital Nacional Profesor A. Posadas

Introducción: Es bien conocido el efecto deletéreo de la estimulación del ventrículo Derecho(VD) por generar una disincronía eléctrica (DisE) y mecánica que empeora la función Ventricular Izquierda. La estimulación Hisiana si bien ha demostrado ser útil en evitar DisE muestra serias dificultades técnicos que impide la utilización masiva en forma segura.

Objetivos: Evaluar el sitio del ventrículo derecho mas óptimo para implantar el cateter de estimulación definitiva

Materiales y Métodos: Fueron estudiados 137 pacientes (P) con indicación de implante de marcapasos por diferentes causas. En 35 p se implantó un CDI y un MP convencional en los restantes102, En todos ellos se usó un catéter de estimulación convencional con fijación activa Screw-in , en tres sitios del VD , ápex (Ax), séptum IV medio (SIVm), séptum IV alto próximo al tracto de salida del VD en región para-Hisiana (SIVph) En cada lugar se midieron los umbrales de estimulación, voltaje de detección del QRS, e índice de sincronía eléctrica (ISE). El ISE fue determinado mediante el análisis de la señal promediada de la Varianza cruzada de las derivaciones DII y V6 (SIV derecho y Pared lateral del VI respectivamente) con sistema Synchromax, midiendo flujo eléctrico,(volumen y dirección) y concordancia de deflexiones intrínsecas . Se consideró ISE normal entre 0,41 y 0,70 y disincronía severa $> 0,70$. Los primeros 44 p se estimularon en los tres sitios del VD; en los siguientes 93 p se abandonó la estimulación Ax y SIVm por tener muy malos ISE en todos los p (100%) y se examinó sólo y SIVph.

	Basal	ISE
QRS	123 ± 30	$1,01 \pm 0,3$
Estim Ax	156 ± 44	$0,9 \pm 0,8$
Estim SIVm	163 ± 39	$1,04 \pm 0,5$
Stim SIVhp	136 ± 21	$0,29 \pm 0,22$

Resultados: El 63% fueron varones y la edad media de esta población fue de 61 ± 24 años. La mitad de estos p (53,3 %) tuvieron un QRS angosto (<120 mseg). La estimulación Ax y del SIVm mostró malos ISE, ($0,76 \pm 0,33$) aunque con umbrales normales de estimulación. La Estimulación del SIVph fue seguida de los mejores índices de sincronía con buenos umbrales de estimulación y detección de QRS, (tabla). La estimulación del SIVph fue acompañado de una leve incremento global en la duración del QRS (123 ± 30 a 136 ± 21 mseg $p= 0,0062$) aunque con una mejora significativa en el ISE de $1,01 \pm 1,3$ a $0,29 \pm 0,22$ ($p= 0,0001$) El aumento de la duración del QRS se observó sólo en los p con QRS normales, aunque el ISE no empeoró por este alargamiento, ($r = 0,33$). Se observaron 2 desplazamientos del catéter en p con MPD requiriendo uno de ellos recolocación por pérdida de capturas, el restante quedo alojado en ápex del VD, con buenos umbrales

Conclusión: 1) La estimulación SIVph es la zona más fisiológica para implantar catéteres definitivos, por mejorar los ISE en aquellos disincrónicos y conservarlos normales en aquellos sincrónicos. 2) La estimulación Ax y SIVm fueron siempre muy desincronizantes. 3) La disminución de duración del QRS con estimulación SIVph, en todos los p con QRS anchos y gran mejora en el ISE, así como la conservación de buenos ISE en p con QRS normales, sugieren la captura o encarrilamiento del sistema His-Purkinje cuando se estimula en la región para-hisiana, o SIVph