

0494 - ANTAGONISMO NEUROHORMONAL COMPLETO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA: EMPLEO SEGÚN LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN Y VARIABLES DETERMINANTES.

ARAKAKI, Diego (1) | LINIADO, Guillermo Ernesto(1) | CHRISTEN, Alejandra(1) | RITONDALE, Noelia Inés(2) | RATO, 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 ICFEP. 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.

0484 - DIABETES E INSUFICIENCIA CARDÍACA: UNA ASOCIACIÓN FRECUENTE DE CARACTERÍSTICAS DEFINIDAS. SUBANÁLISIS DEL REGISTRO OFFICE IC AR

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

0510 - EMPLEO DE CARDIODEFIBRILADOR IMPLANTABLE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DETERIORO SEVERO DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR. UN SUBANÁLISIS DEL REGISTRO OFFICE IC AR.

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 hipertensión 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 prepago (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 <=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.

0515 - INSUFICIENCIA CARDÍACA AMBULATORIA EN ARGENTINA. DATOS DEFINITIVOS DEL REGISTRO OFFICE IC AR

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) | THIÉRIER, Jorge(1)

Consejo de Insuficiencia Cardíaca e hipertensión 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 ± 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%), antidiuréticos 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.

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

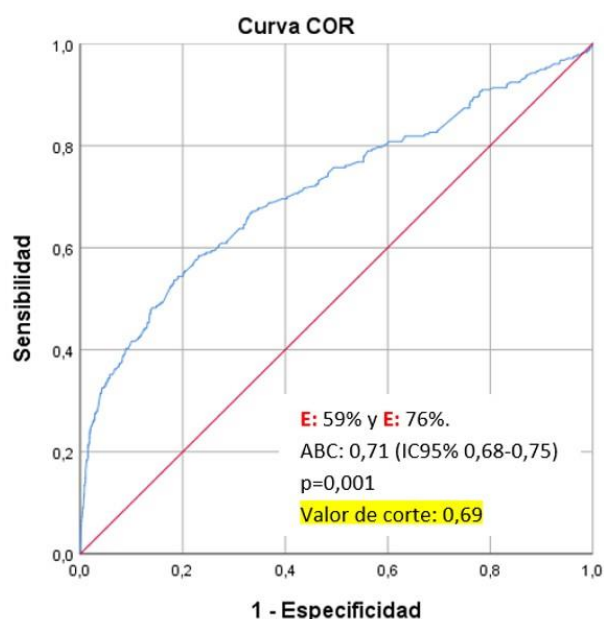
FRONTERA, Esteban (1) | CASTILLO COSTA, Yanina(2) | D` IMPERIO, Heraldo(2) | MACIN, Stella(2) | AMOROSO, Eduardo(2) | VOGELMAN, Oscar(2) | QUIROGA, Walter(2) | GAGLIARDI, Juan(2)

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 ARGEN-IAM 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 $IShock \geq 0,69$ (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 reinfarto (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.

0247 - ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST.

CHARASK, Adrian | GAGLIARDI, Juan | TAJER, Carlos D. | D' IMPERIO, Heraldó | 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 reperusión (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%); prepagada 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 TL 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 TL 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

0301 - UTILIDAD DEL ÍNDICE DE SHOCK EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. DATOS DEL REGISTRO ARGEN-IAM ST.

FRONTERA, Esteban(1) | CASTILLO COSTA, Yanina(2) | D` IMPERIO, Heraldó(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 cardíaca (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.

0303 - SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST: IMPACTO DEL TIEMPO AL DIAGNÓSTICO EN EL TIEMPO PUERTA BALÓN EN EL MUNDO REAL

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(1) | **DELFINO, Flavio Andres** (2) | MAURO, Víctor Miguel(3) | D' IMPERIO, Heraldo(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 pre-hospitalario: 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.

0342 - VARIABLES PRONOSTICAS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA.SUBESTUDIO DEL REGISTRO ARGENTINO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA (ARGEN IC)

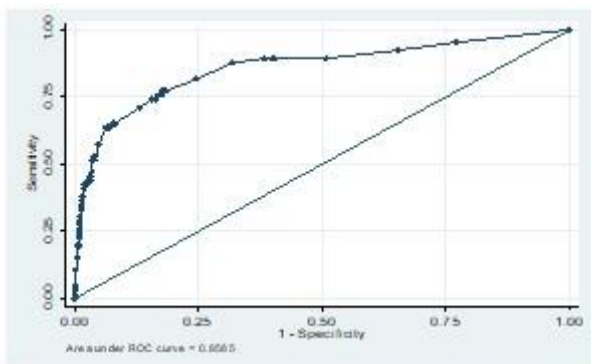
SORASIO, Guillermina (1) | SORICETTI, Julieta(1) | BENAVIDEZ, Analía(2) | ARAKAKI, Diego(1) | VARGAS MIELES, Paul(2) | SCATULARO, Cristhian Emmanuel(1) | FERNANDEZ, Alberto(1) | LESCANO, Adrián José(2)

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 límite (OR 2.04, IC 95% .099-4.18, p 0.05) El modelo presenta una elevada predicción pronóstica 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.

0451 - TRATAMIENTO MEDICO AMBULATORIO EN PACIENTES CON INTERNACION PREVIA POR INSUFICIENCIA CARDIACA ¿CUMPLIMOS CON LAS GUIAS? SEGUIMIENTO A 1 AÑO DEL REGISTRO ARGEN-IC

CARUSO, Nicolas | SORICETTI, Julieta | PEREIRO, Stella | PORTILLO, Meiber | TAQUICHIRI ACUÑA, Noemi | GAMARRA, Analia | VOGELMANN, Oscar Ariel

Consejo de Insuficiencia Cardíaca e hipertensión 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 los 92.8 y 90.8% a 30 y 360 días, respectivamente. Los tratados con IECA, ARA II o ARNI continuaban recibiendo los 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.

0661 - DEFICIT DE HIERRO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA, UNA ENTIDAD OLVIDADA EN LA PRACTICA. REGISTRO ARGEN IC

PEREIRO GONZÁLEZ, Stella Maris | FERNÁNDEZ, Darío Alberto | RENEDO, María Florencia | SORASIO, Guillermina | HIRSCHSON PRADO, Alfredo | BENHAİM, 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 $<100\mu\text{l}$ (hombres y mujeres). Deficiencia Funcional de hierro en enfermedades crónicas (DFFe): Ferritina $100- <300\mu\text{l}$ + 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 con 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.

0649 - DIFERENCIAS DE LOS VALORES DE NT-PROBNP AL INGRESO Y AL ALTA EN FUNCIÓN DE DIVERSAS VARIABLES CLÍNICAS SUBANÁLISIS DEL REGISTRO ARGEN-IC

ARAKAKI, Diego | CARUSO, Nicolas | LESCANO, Adrian | FERNANDEZ, Alberto | BORTMAN, Guillermo | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | COHEN ARAZI, Hernán

Consejo de Insuficiencia Cardíaca e hipertensión 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 ARGEN-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 ≥ 60 (157)	4326	2388-7665	< 0.001
Clearance < 60 (163)	7171	4168-13007	
FE ≤ 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	0.01
Menores 75 años (74)	57.9	51.4-64.5	
DBT (40)	52.9	42.7-63.1	0.84
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 ≥ 60 (78)	51.6	41.4-57.3	0.80
Clearance < 60 (46)	53.0	44.4-61.7	
FE ≤ 40% (55)	55.6	47.5-63.7	0.27
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.