

50 CONGRESO SAC

16, 17 y 18 de OCTUBRE 2024

La Rural, Predio Ferial
de Buenos Aires

TEMAS LIBRES

0035. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MEDICOS DE DISTINTAS ESPECIALIDADES

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA¹ | Alejandra AVALOS ODDI² | Matias PAVESI² | Matias MIROVSKY¹ | Javier POLLAN¹ | Pascual VALDEZ¹ | Víctor Miguel MAURO¹
Áreas SAC: Área de Investigación¹; Consejos: Aspectos Psicossociales en Cardiología²

Introducción: Los médicos son conscientes de la importancia del control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) para disminuir la morbi-mortalidad de la población y por ello recomiendan a sus pacientes mantener hábitos de vida saludables y tener bien controlados los factores de riesgo que requieren medicación. Poco se conoce acerca de la repercusión que tiene ese conocimiento en la propia vida del médico especialista

Objetivos: Analizar la prevalencia de los FRCV en médicos especialistas y establecer si existen diferencias por sexo, edad y especialidad.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, de corte transversal realizado mediante una encuesta anónima autoadministrada realizada a médicos especialistas de todo el país acerca de síndrome de burnout (SBO). En el contexto de esa encuesta se recabaron también datos sociodemográficos y de FRCV por autorreporte. El exceso de peso se consideró cuando el índice de masa corporal (IMC) era ≥ 25 . Se excluyeron los registros sin peso y/o altura.

Resultados: 2925 médicos especialistas. 67,5% mujeres. 84% entre 40 y 60 años. La prevalencia autorreportada de Síndrome de Burnout (SBO) fue del 75%. Los factores de riesgo convencionales más prevalentes fueron los antecedentes hereditarios (AHF) 57,4%, el exceso de peso (52,7%), el sedentarismo (44%), seguidos por Dislipemia 21,2%, Tabaquismo 16,5%, Hipertensión 16,4% y Diabetes 4,32%. Los varones tuvieron significativamente más FRCV que las mujeres a excepción del tabaquismo y el sedentarismo que fueron similares en ambos sexos.

Tabla 1. Factores de riesgo cardiovascular en médicos especialistas (en porcentaje)

	N°	%	TBG	HTA	DBT	DLP	ECV	SBO	AHF	Sedentarismo	Exceso de peso
Global	2925	100	16.5	16.4	4.32	21.2	8	75	57.4	44	52.7
Clinica	962	33	15	14	3.4	20.7	3.3	75	62.3	42	50.5
Cardiología	315	10.77	11	14	3.8	22	4.2	76	41.3	41	51.4
Cirugía	77	2.63	21	17	1.3	18.4	6.5	88	58.7	37	63.6
Ginecoobstetricia	602	21	20	22	5.3	20.4	6.4	78	59.5	48.7	51.2
Nefrología	139	4.75	19	18	4.4	26	6.6	75	60.8	37	55.4
Gastroenterología	75	2.6	16	13	0.6	26.3	2.6	72	42.1	41	47.4
Pediatría	149	5	15	8	5	14	2.8	79	56.6	50	52
Cuidados intensivos	154	5.0	23	15	3	21.8	4	74	62.8	53	68.9
Obras	200	6.8	18	14	7	21.3	10.2	71	48.7	43	53.5
No reportados	240	8.4	15	22	5	24.8	7.8	88	58.0	45	51.4

Conclusiones: Los médicos especialistas presentan una alta prevalencia de FRC modificables, que se asocian también al AHF, presente en más de la mitad de los médicos. Esta situación de riesgo elevado de eventos afecta más a los varones, los intensivistas y a los mayores de 60 años.

0036. EXCESO DE PESO EN EL INFARTO: ¿ES LO MISMO TENER SOBREPESO QUE OBESIDAD?

Cardiopatía Isquémica

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA¹ | Esteban FRONTERA¹ | Nicole GOULD² | Adrian CHARASK³ | Stella Maris MACIN³ | Enrique FAIRMAN³ | Víctor Miguel MAURO³ | Carlos Manuel BARRERO³
Áreas SAC: Área de Investigación¹; CLÍNICA BAZTERRICA²; GRUPO ARGEN IAM ST³

Introducción: Es sabido que el índice de masa corporal (IMC) tiene implicancias en el riesgo cardiovascular. Actualmente el exceso de peso, que incluye al sobrepeso y la obesidad, es una epidemia creciente en Occidente y el factor de riesgo más frecuentemente hallado en los pacientes con infarto con elevación del segmento ST. El exceso de grasa corporal se asocia con el desarrollo de factores de riesgo aterosclerótico como diabetes, dislipemia e hipertensión y a su vez, con la instauración de un estado inflamatorio y protrombótico por lo que podría ocurrir que la obesidad tenga peores implicancias pronósticas que el sobrepeso en el infarto con elevación del ST.

Objetivos: 1) Analizar cuál es la prevalencia del exceso de peso en los pacientes con infarto con elevación del segmento ST. 2) Evaluar si existen diferencias en las características clínicas, estrategias de reperfusión y evolución intrahospitalaria de los pacientes con exceso de peso de acuerdo a si tienen sobrepeso u obesidad.

Materiales y Métodos: Se trata de un análisis observacional de los pacientes con infarto con elevación del segmento ST incluidos en el registro ARGEN-IAM ST. Se seleccionaron a los pacientes en los que estaba disponible el IMC y dentro de ellos, a los que presentaban exceso de peso, definido como un IMC ≥ 25 . Se consideró sobrepeso cuando el IMC se encontraba entre 25 y 29,9 y obesidad si era de 30 o más.

Resultados: De un total de 6568 pacientes con IMC disponible, 5176 (78%) presentaban exceso de peso. De ellos, un 64% tenía sobrepeso y un 35% obesidad. El grupo con obesidad tuvo menor edad (59 ± 11.32 vs 61 ± 11.62 , $p < 0.001$), más prevalencia de diabetes mellitus (33% vs 25%, $p < 0.001$), más dislipemia (41% vs 36%, $p < 0.001$), hipertensión arterial (60% vs 52%, $p < 0.001$) y antecedentes

heredofamiliares (17% vs 14%, p 0.005). Asimismo, los obesos presentaron más insuficiencia cardíaca al ingreso (24% vs 22%, p 0.02) y menor tasa de reperfusión (89% vs 90%, p 0.03), sin diferencias en el tiempo total de isquemia (238 minutos vs 225 minutos, p 0.10), enfermedad de dos o más vasos (28% vs 29% p 0.36) y mortalidad intrahospitalaria (7% para ambos grupos). El análisis multivariado mostró que la forma de presentación Killip y Kimball no A (OR 8.03 p<=0.001), Fey severa (OR 2.30 p <=0.001), lesión en más de un vaso (OR 1.42 p 0.002), edad mayor o igual a 60 años (OR 1.49 p 0.001), el sexo femenino (OR 1.43 p 0.005) y la hipertensión arterial (OR 1.47 p 0.002) fueron predictores independientes de mortalidad, mientras que la obesidad (OR 0.95 p 0.70) no lo fue.

Conclusiones: Los pacientes con exceso de peso son un grupo mayoritario en el infarto y dentro de ellos, el sobrepeso es la categoría de IMC más prevalente. Los pacientes con obesidad comparados con los que tienen sobrepeso, se infartan a menor edad y tienen más prevalencia de otros factores de riesgo como dislipemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus. En cuanto a la presentación clínica los obesos tienen mayor tasa de insuficiencia cardíaca al ingreso y menor de reperfusión aunque esto no se asoció con mayor tasa de complicaciones ni con mortalidad. En el análisis multivariado ni la obesidad no fue un predictor independiente de mortalidad.

0063. DELIRIUM EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA: SUBANÁLISIS DEL REGISTRO ARGEN CCV

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Giuliana Ayelén TRESENZA¹ | Diego Agustin CRIPPA² | Melisa ANTONIOLLI² | Juan GAGLIARDI¹
Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich¹; Sanatorio Finochietto²

Introducción: El delirium está descripto como una manifestación común pero subestimada en contexto del postoperatorio de cirugía cardiovascular y representa un desafío clínico significativo. A pesar de los avances en la atención médica y quirúrgica, la incidencia de delirium persiste elevada, con consecuencias adversas que afectan tanto a los pacientes como a los sistemas de salud.

Objetivos: Determinar la prevalencia, las características clínicas, y los factores de riesgo asociados con la aparición de delirium en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular.

Materiales y Métodos: Se realizó un subanálisis del registro Argen-CCV de cirugía cardiovascular. Se trata de un registro prospectivo, multicéntrico, de carácter nacional, intersocietario, organizado por la Sociedad Argentina de Cardiología y el Colegio de Cirujanos Cardiovasculares.

Resultados: De un total de 1515 pacientes incluidos, se detectó una prevalencia de delirium postoperatorio del 9.1% (137 pacientes). La edad promedio de la población general fue de 64 años, mientras que aquellos que desarrollaron delirium tuvieron una edad promedio de 68 años (p= 0.0001). Los pacientes que desarrollaron delirium presentaban mayor prevalencia de: sexo masculino, hipertensión arterial, tabaquismo, vasculopatía periférica,

	Total	Delirio-	Delirio+	P
Pacientes	1515	1368 (90,1%)	137 (9,1%)	
Sexo masc.	1122 (74%)	1013 (74%)	109 (80%)	0,007
HTA	1159 (77%)	1043 (76%)	116 (85%)	0,01
DBT	436 (29%)	391 (29%)	45 (33%)	0,15
Tabaquismo	234 (15%)	204 (15%)	30 (22%)	0,0013
Inmunodeficiencia	18 (1%)	13 (1%)	5 (4%)	0,01
AHF de EC	159 (10%)	137 (10%)	22 (16%)	0,01
Vascular periférico	141 (9%)	120 (9%)	21 (15%)	0,009
EPOC	106 (7%)	86 (6%)	20 (15%)	0,0001
Drogas	12 (1%)	7 (1%)	5 (4%)	0,008
Acohol	226 (15%)	195 (14%)	31 (23%)	0,02
Fragilidad	90 (6%)	65 (5%)	25 (18%)	<0,0001
Cx combinada	247 (16%)	217 (16%)	30 (22%)	0,03
ArgenScore		132	207	0,006
Transf	500 (33%)	439 (32%)	61 (45%)	0,002
CEC (min)		105	121	0,00034
ARM prol.	140 (9%)	104 (8%)	36 (26%)	<0,0001
SBVM	235 (16%)	194 (14%)	41 (30%)	<0,0001
FA	361 (24%)	303 (22%)	58 (42%)	<0,0001
IR	201 (13%)	155 (11%)	46 (34%)	<0,0001
ACV	50 (3%)	39 (3%)	11 (8%)	0,002
Sepsis	89 (6%)	62 (5%)	27 (20%)	<0,0001
Días internación		10	19	<0,01
FA POP	248 (16%)	219 (16%)	19 (14%)	0,0061

inmunocompromiso, antecedentes heredofamiliares de enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, abuso de alcohol, consumo reciente de drogas ilícitas y mayor fragilidad. Con respecto a variables prequirúrgicas se encontró que los pacientes con delirium tenían más enfermedad coronaria previa, planeamiento de cirugía combinada y un promedio de ArgenScore más elevado. Dentro de las variables del intra y posoperatorio se observó mayor requerimiento de transfusiones, mayor tiempo de circulación

Variable	OR	IC 95%	P
ARM prolongado	3.1	1.84-5.23	<0.0001
Sepsis	2.74	1.44-5.18%	0.002
FA pop	2.10	1.31-3.36	0.002
Enf coronaria previa	1.63	1.01-2.61	0.044

extracorpórea, asistencia respiratoria mecánica (ARM) prolongada, desarrollo de síndrome de bajo volumen minuto, fibrilación auricular (FA), insuficiencia renal, ACV, sepsis y mayor cantidad de días de internación. En el análisis multivariado, las variables independientes predictoras de riesgo fueron: enfermedad coronaria, sepsis, desarrollo de FA en el posoperatorio y ARM prolongada. Destacamos la fragilidad en el prequirúrgico que tuvo un riesgo aumentado pero en el límite de la significancia estadística (OR, 2.16; 95% IC, 0.94-4.98; p=0.068).

Conclusiones: De muchas variables predictoras validadas en la literatura, en nuestra población sólo encontramos mayor riesgo de delirium en pacientes con enfermedad coronaria previa y sepsis, a lo que se agregan la FA del postoperatorio y la ARM prolongada. Estos factores de riesgo para el desarrollo de delirium en el postoperatorio de una población de cirugía cardiovascular deben tenerse en cuenta al diseñar futuros ensayos de estrategias de prevención del delirium o en estudios de desarrollo de scores de riesgo.

0082. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DEL ÁREA DE POLÍTICAS DE SALUD SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL CARDIÓLOGO EN NUESTRO PAÍS

Medicina Vascul ar / Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Diego NOVIELLI

Áreas SAC: Área de Políticas de Salud

Introducción: En el año 2023, año de grandes cambios en la Argentina con elecciones presidenciales, una economía inflacionaria creciente y poco tiempo de finalizada la pandemia de Covid-19, donde los médicos pudieron dar a conocer su problemática, también se iniciaron debates sobre cómo los cardiólogos sufrimos dicha crisis a través de nuestros honorarios, y las dificultades sobre el tratamiento diario de pacientes para que el mismo sea el óptimo basado en la última evidencia. Esto se va viendo reflejado en los esfuerzos y deseos de continuar estudios de actualización e investigación de los colegas. Es por ello, que desde el Área de Políticas de Salud de la Sociedad Argentina de Cardiología realizamos nuestra primera encuesta sobre tres objetivos de los cuales necesitamos conocer más información: el rol del cardiólogo en la sociedad, La percepción de calidad de vida y reconocimiento del cardiólogo y la importancia de estándares con educación médica continua.

Objetivos: 1- Conocer el rol del cardiólogo en la sociedad. 2- Evaluar de calidad de vida y reconocimiento del cardiólogo y 3- Conocer sobre la importancia de estándares con educación médica continua para los colegas.

Materiales y Métodos: Encuesta cerrada, anónima, enviada a través del mail corporativo de la sociedad, redes sociales y contactos directos de WhatsApp. Se utilizó la plataforma RedCap. Se implementó la escala de Likert en las respuestas que tenían múltiples opciones.

Resultados: Se encuestaron 393 cardiólogos, el 27% eran mujeres. La edad media 56 (+ - 9 años). El 50% trabajan en el ámbito público o



privado con residencia, con una media de 40 (+- 10 hs) horas de trabajo semanales y un tiempo de ejercicio medico de más de 20 años. Más del 90% piensan que la remuneración es inadecuada (figura 1) y de estos 73.5% en el próximo lustro se ve en iguales o peores condiciones (Figura 2), este mismo porcentaje se mantiene sobre la no representación gremial adecuada de los cardiólogos. El 89,9% consideran que la residencia es el mejor sistema formativo y entre 76.08% y 80.15% aprueban completarlo con doctorados y máster de posgrado, respectivamente. Finalmente, 53% está de acuerdo con la necesidad de la recertificación.

Conclusiones: Los médicos siguen trabajando intensamente a pesar de ser un grupo poblacional cercano a la jubilación. Este dato se correlaciona con la percepción de bajos ingresos actuales con percepción de igual condición a futuro. La mayor parte piensan que no tienen una representación gremial adecuada. Desde el punto de vista educativo los médicos consideran que el mejor formación es la residencia y que el mejor mecanismo de formación continua son las actividades relacionadas con cursos de posgrados, doctorados y/o maestrías. La recertificación en dicho contexto sigue teniendo un valor de alta ponderación. Creemos que estos datos constituyen una información de valor para promover desde las áreas correspondientes (APS- SAC, Colegio Argentino de Cardiología) las acciones tendientes a optimizar esta situación.

0248. REGISTRO ARGENTINO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR, UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO CON RESULTADOS, DE LA CORTE DE CIRUGIA DE REVASCULARIZACION DE MIOCARDIO. ARGEN-CCV

*Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular
Cardiopatía Isquémica*

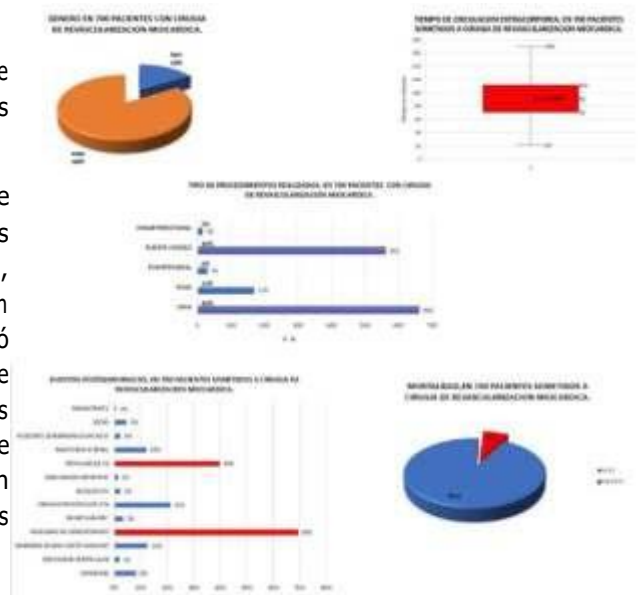
Walter Ramon ALUSTIZA | Romina Laura SALADINO | Gabriela Giselle NIETO | Esteban ROMEO | Maria Pia MARTURANO | Natalia Cecilia CARLI | Heraldo D' IMPERIO

Áreas SAC: Área de Investigación

Introducción: Se realizó un Registro Nacional de Cirugías Cardiovasculares, en la República Argentina, con participación de 48 centros, por período de 2 años, que comprendió desde el año 2020 hasta 2022.

Objetivos: Analizar el grupo poblacional de estudio, sometidos a cirugía de revascularización miocárdica (CRM Pura), con sus características descriptivas, complicaciones e indicadores de calidad de atención.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal con un enfoque descriptivo y analítico, en un grupo poblacional de 700 pacientes sometidos a cirugías de revascularización miocárdica (CRM pura), realizadas en 48 centros de la República Argentina, tanto de administración pública como privada, durante un período de 2 años, que comprendió desde 2020 hasta 2022, inclusive el periodo de pandemia de covid-19. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y quirúrgicos relevantes de estos pacientes con missing data menor del 5%. Las variables cualitativas se analizaron mediante proporciones, tablas de 2x2 y representación mediante gráficos de barras y torta porcentual. Las variables cuantitativas se analizaron mediante medidas de posición central y de dispersión.



Resultados: variables prequirúrgicas con 83,7 % sexo masculino y 16,7 % sexo femenino con una media de edad 64±9, Antecedentes de Diabetes 38%, Hipertensión arterial 81%, Tabaquismo 22%, dislipemia 64%, Insuficiencia cardiaca 10 %, Disfunción Ventricular 22 %, Infarto de miocardio previo 42%, Accidente Cerebrovascular 5%, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 16%, Fragilidad 5%, Euroscore 2 con Mortalidad predicha de 1,3 %, Argenscore con mortalidad predicha 2,8%; Cirugía programada 70%, Cirugía urgencia 28%, Eventos Intraquirúrgicos uso de balón de contrapulsación 8,3%, Sangrado 4,3%. Tiempo de Circulación extracorpórea 91±32min, Tiempo de Clampeo Aortico 48±33 min. Eventos postquirúrgicos, Sangrado 8,3%, Síndrome de bajo Volumen Minuto 12,3%, necesidad de Cardiotónicos 69,3%, Infarto de Miocardio periprocedimiento 3,3%, Fibrilación Auricular 21,3%, Insuficiencia Renal Agudizada 12,1%, Accidente Cerebrovascular 2,3%, Sepsis 4,7%, Mediastinitis 0,9%. Los resultados obtenidos muestran una mortalidad global del 6,9% (47 muertes /Missing Data 14 (2%) /Total Pac 700), de pacientes sometidos a CRM; con una mediana de días de internación de 6 (RIC 3-8).

Conclusiones: Los resultados actuales muestran una mortalidad elevada de 6,9% comparando con registros previos, pero al analizar los datos, se establecen mayor morbilidad de los pacientes de esta corte, como por ejemplo lesión severa de tronco coronario izquierdo, procedimientos no programados, Fragilidad, infartos previos como así también la influencia de la pandemia COVID- 19.

0267. RENDIMIENTO DE UNA SCORE MULTIPLICADOR DE PERCENTILO 99 DE TROPONINA PARA PREDECIR EVENTOS INTRAHOSPITALARIOS Y MORTALIDAD A 1 AÑO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Cardiopatía Isquémica

Sol KERSTEN | Alan Rodrigo SIGAL | Mirza RIVERO | Juan Francisco FURMENTO | Mayra MEZA | Ana SPACCAVENTO | Gaston PROCOPIO

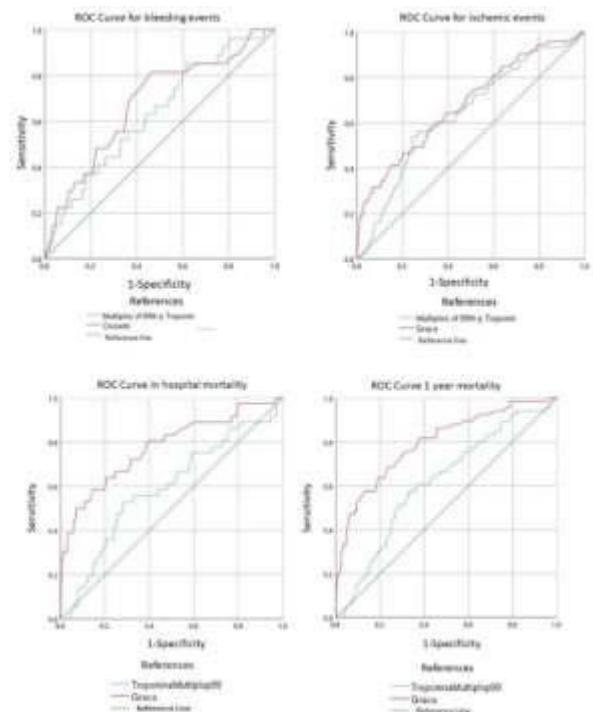
Consejos: Emergencias Cardiovasculares y Cardiología Crítica "Dr. Rafael Bullrich"

Introducción: En la actualidad, la mayoría de los centros médicos utilizan la troponina de alta sensibilidad para evaluar a los pacientes que presentan dolor torácico. Sin embargo, existen variaciones entre ensayos y fabricantes (I o T), cada uno con distintos puntos de corte y percentiles. En consecuencia, la armonización de los valores de troponina para la evaluación en registros multicéntricos plantea dificultades, lo que impide su eficacia como herramienta predictiva de eventos adversos en los síndromes coronarios agudos.

Objetivos: Evaluar el rendimiento de un score calculado como múltiplos del percentil 99 de los valores de troponina en SCA, para predecir la mortalidad intrahospitalaria y al año, y los eventos isquémicos (infarto de miocardio, en trombosis de stent, ictus/TIA o angina post IM) y hemorrágicos (BARC 2 o superior) intrahospitalarios.

Materiales y Métodos: Analizamos un registro multicéntrico argentino recopilado prospectivamente llamado RESCAR, que incluía a todos los pacientes con SCA (con o sin elevación del segmento ST). El registro documentó todos los acontecimientos adversos intrahospitalarios junto con las incidencias durante un período de seguimiento de un año. Evaluamos la eficacia de nuestro sistema de puntuación utilizando múltiplos del percentil 99 de troponina para predecir los acontecimientos isquémicos y hemorrágicos intrahospitalarios, en comparación con las puntuaciones CRUSADE y GRACE, empleando el área bajo la curva ROC. Además, se evaluó la capacidad de la puntuación para predecir la mortalidad total en el periodo de seguimiento de un año, comparándola con la puntuación GRACE.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 983 pacientes. 291 tenían una prueba de troponina I (29,6%), 626 una prueba de troponina T (63,6%), mientras que se perdieron 66 valores (6,8%). El 75,3% eran varones, el 68,1% hipertensos, el 25,9% diabéticos y el 25,4% tenían un síndrome coronario agudo previo. La edad media fue de 64,8 (IC 95%: 64-65,7), la fracción de eyección de 51,1 (IC 95%: 50,2-52), la puntuación GRACE de 131,2 (IC 95%: 128,8-133,6) y la puntuación CRUSADE de 24,7 (IC 95%: 23,7-24,7). 38 pacientes fallecieron durante la hospitalización (3,9%), y un total de 71 fallecieron al año de seguimiento (7,2%). 81 pacientes (8,2%) tuvieron una complicación isquémica en la hospitalización índice, y 29 (2,9%) una hemorrágica. La mediana de la puntuación del multiplicador del percentil 99 fue de 5,4 (IQR 1,2-48,2). El rendimiento de la puntuación para predecir eventos isquémicos hospitalarios, utilizando el área bajo la curva ROC fue de 0,64 (0,57-0,71), mientras que la puntuación GRACE tuvo un valor de 0,67 (0,61-0,75) (p=0,5). Para los eventos hemorrágicos, el área fue de 0,63 (0,53-0,73), frente a 0,67 (0,57-0,78) con la



puntuación CRUSADE ($p=0,5$) . Al comparar el rendimiento de la mortalidad hospitalaria, nuestra puntuación obtuvo una curva ROC de 0,59 (0,49-0,68), mientras que la de GRACE fue de 0,77 (0,68-0,86) ($p=0,005$) . Para la mortalidad total en el seguimiento, nuestra puntuación tuvo una curva ROC de 0,62 (0,55-0,69), frente a 0,79 (0,73-0,85) con GRACE ($p<0,01$) .

Conclusiones: Esta novedosa puntuación es fácil de usar, puede ayudar a unificar diferentes valores de troponina de diferentes centros y tiene un rendimiento comparable a GRACE y CRUSADE para la predicción de eventos isquémicos y hemorrágicos intrahospitalarios. Sin embargo, la capacidad de la puntuación para predecir la mortalidad tanto en el hospital como en el seguimiento no es tan precisa como la de otras herramientas disponibles.

0293. ENCUESTA BURNOUT ¿ESTÁS QUEMADO? EN MÉDICOS ESPECIALISTAS EN ARGENTINA

Investigación Básica

Alejandra Karina AVALOS ODDI¹ | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA² | Pascual Ruben VALDEZ³ | Omar PRIETO¹ | Oscar LAUDANNO⁴ | Carlos BONNANO⁵ | María Cristina ORLANDI⁶ | Julieta REPETTO⁷

Consejos: Aspectos Psicosociales en Cardiología; Áreas SAC: Área de Investigación²; Sociedad Argentina de Medicina³; Sociedad Argentina de Gastroenterología⁴; Sociedad Argentina de Nefrologías⁵; Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (sati)⁶; Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (sogiba)⁷

Introducción: El síndrome de burnout (SBO) en los médicos es un fenómeno ocupacional que resulta del estrés crónico producido en el ámbito laboral que repercute en la vida del médico y en la atención de los pacientes. La prevalencia de SBO reportada en el mundo oscila entre el 35 y 60% desconociéndose, hasta el momento, este dato en nuestro medio.

Objetivos: Evaluar la prevalencia subjetiva de SBO en los médicos especialistas de Argentina, estableciendo diferencias por especialidad y sexo.



Materiales y Métodos: Se trata de un estudio observacional, de corte transversal, diseñado por el Consejo de Aspectos Psicosociales y el Área de Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología, realizado mediante una encuesta anónima, de participación voluntaria y con preguntas cerradas desarrollada en REDCap. Se distribuyó mediante un link abierto entre colegas médicos y por mail o QR en las redes sociales de las sociedades científicas de las diferentes especialidades médicas que aceptaron participar voluntariamente. La encuesta fue

realizada durante los meses de agosto a octubre del año 2023. Se recopiló info SBO, sexo, edad, especialidad, tiempo de ejercicio profesional y factores c

Resultados: Participaron 2999 profesionales, 67.4% fueron mujeres. Las especialidades médicas que participaron fueron, clínica médica (n: 978, 32.61%), cardiología (n:319, 10.64 %), cuidados intensivos (n:167, 5.57%), nefrología (n:146, 4.87%), gastroenterología (n:78, 2.60%), pediatría (n:146, 4.87 %), ginecoobstetricia (n:610, 20.34%), especialidades quirúrgicas (n:78, 2.6 %), otras (n:209, 6.97 %), no reportadas (n:268, 8.94%). El 63.02 % tenían más de 40 años y el 65.4% t percepción global de SBO fue del 73.86 % y por especialidad para clínica médica (72.34%), cardiología (73.35%), cuidados intensivos (75.90%), nefrología (72.22%), gastroenterología (74.36%), pediatría (78.08%), ginecoobstetricia (77.69%), especialidades quirúrgicas (67.53%), otras (74.04%), no reportadas (70.04%), sin diferencias significativas. El SBO fue más prevalente en las mujeres (78.11 % vs 66.18%; p<0.001). Los menores de 40 años tuvieron más SBO al igual que los profesionales con menos de 10 años en el ejercicio de su profesión.

Conclusiones: El agotamiento laboral tiene alta prevalencia entre los médicos especialistas encuestados de Argentina, más de 7 de cada 10 autorreportaron burnout sin diferencias significativas por especialidad. Afectando principalmente a las mujeres, menores de 40 años y con menos de 10 años de ejercicio profesional.



0296. FACTORES ASOCIADOS A MAYOR MORTALIDAD EN CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCARDICA: ANÁLISIS DEL REGISTRO ARGEN-CCV

Cirugía cardiovascular y recuperación cardiovascular

Natalia Cecilia CARLI | Walter Ramon ALUSTIZA | Romina Laura SALADINO | Gabriela NIETO | Esteban ROMEO | María Pía MATURANO | Heraldo D' IMPERIO

Áreas SAC: Área de Investigación

Introducción: La revascularización coronaria (CVC) es una intervención habitual para tratar la cardiopatía isquémica. A pesar de los progresos en las técnicas quirúrgicas y en los cuidados perioperatorios, la mortalidad relacionada con esta operación sigue siendo un desafío. Identificar los factores que aumentan el riesgo de mortalidad es crucial para optimizar los resultados clínicos y desarrollar medidas preventivas efectivas. El registro ARGEN-CCV (Registro Argentino de Cirugía Cardiovascular) ofrece una base de datos amplia y representativa de los pacientes que se someten a CVC en Argentina. Este recurso permite analizar diversas variables, facilitando la investigación de los factores que influyen en la mortalidad en esta población.



Objetivos: Identificar factores de riesgo preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios asociados a mayor mortalidad en pacientes incluidos en el registro ARGEN-CCV.

Materiales y Métodos: Este es un estudio de corte transversal con enfoque analítico, abarcando 700 cirugías de revascularización miocárdica realizadas en la República Argentina durante un período de dos años (2020-2022). La población de estudio incluyó a los pacientes del registro ARGEN-CCV que se sometieron a cirugía de revascularización miocárdica pura en los 48 centros de atención médica durante el período de análisis. Para identificar los factores de riesgo asociados con la mortalidad en esta población, se llevó a cabo un análisis de regresión logística. Las variables analizadas incluyeron datos demográficos, clínicos y perioperatorios, obtenidos de la base de datos del registro ARGEN-CCV. El nivel de significancia se estableció en $p < 0,05$ para determinar la relevancia estadística de los factores de riesgo identificados. El procesamiento y análisis de los datos se realizaron utilizando el software SPSS versión 23.0 (IBM Co., USA)

Resultados: Las variables asociadas a mayor mortalidad se dividieron en tres grupos: factores de riesgo, complicaciones intraoperatorias y complicaciones postoperatorias. En el primer grupo dos variables se asociaron significativamente a mayor mortalidad en el análisis multivariado. El antecedente de insuficiencia cardiaca con un OR de 5,1 (IC95%: 2,6 a 10,1; $p < 0,001$) y la presencia de enfermedad

pulmonar obstructiva crónica con un OR de 2,3 (IC95%: 1,1 a 4,5; $p < 0,01$). En el grupo de complicaciones intraoperatorias, la única variable que mostró una asociación significativa (aunque con un amplio intervalo de confianza) fue el reingreso a circulación extracorpórea con un OR de 9,9 (IC95%: 1,1 a 86,6; $p < 0,03$). En el grupo de complicaciones postoperatorias, cinco variables se asociaron significativamente con una mayor mortalidad. Estas fueron: requerimiento de reintubación (OR 4,6; IC95%: 1,1 a 4,5; $p < 0,001$); síndrome de bajo gasto cardiaco (OR 2,0; IC95%: 1,2 a 5,7; $p < 0,009$); necesidad de administración de cardiotónicos (OR 5,2; IC95%: 1,2 a 22,9; $p < 0,02$); infarto de miocardio postoperatorio (OR 4,2; IC95%: 1,2 a 14; $p < 0,01$) e insuficiencia renal (OR 4,4; IC95%: 2,0 a 9,5; $p < 0,001$).

Conclusiones: Los resultados de este estudio reflejan la importancia de una evaluación exhaustiva de los factores de riesgo en pacientes candidatos a cirugía de revascularización miocárdica. La identificación temprana y la gestión adecuada de los mismos pueden tener un impacto positivo en los resultados de la cirugía coronaria en Argentina.

0363. PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Cardiopatía Isquémica

Elena VARGAS | Joaquin PEREA | María Candelaria RAMOS | Ornella PACCE | Julia JANCHES | Daniela Alejandra CARDOZO | Ricardo Alfredo VILLARREAL | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA

Áreas SAC: Área de Investigación

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de morbimortalidad a nivel mundial, siendo la cardiopatía isquémica la más común entre ellas. Por esta razón, se han creado varias estrategias y programas para prevenir y tratar estas patologías con el objetivo de reducir sus efectos. Uno de los problemas en los que se centran estos esfuerzos es el infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST), ya que un tratamiento rápido y adecuado puede disminuir la mortalidad cardiovascular y reducir las complicaciones a corto y largo plazo, beneficiando significativamente a la población en general.

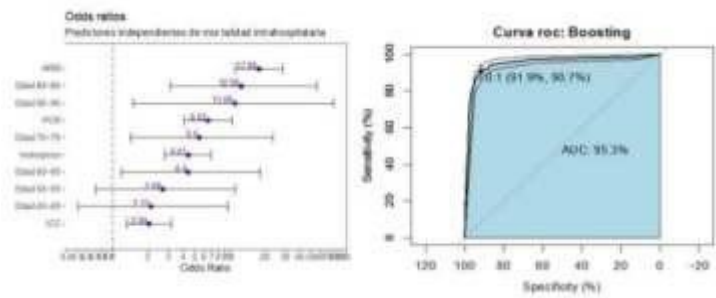
Objetivos: Determinar predictores de mortalidad intrahospitalaria en los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

Materiales y Métodos: Estudio observacional. Se analizó la base de datos en un centro de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires confeccionada a partir del registro ARGEN-IAM-ST que incluye pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST en Argentina. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años. La estadística descriptiva fue la convencional. Se definió como outcome de interés la mortalidad intrahospitalaria. Se utilizaron algoritmos de aprendizaje supervisado de machine learning (boosting) para la

	Muerte			
	Total	No	Si	P-value
N	5488	5022	478	
Edad	61.04 (11.60)	60.46 (11.74)	66.82 (12.28)	<0.001
Diabetes F	2102 (38.2)	1865 (37.7)	207 (43.5)	0.018
CRIT	1281 (23.4)	1076 (21.4)	175 (36.8)	<0.001
HTA	3281 (59.7)	2935 (58.4)	326 (68.5)	<0.001
Tiempo PR (median [Q1])	88.00 [75.00, 225.00]	96.00 [75.00, 225.00]	78.50 [60.70, 210.00]	0.036
Tiempo V (median [Q1])	479.00 [280.00, 1019.25]	470.50 [290.00, 1019.25]	482.00 [305.00, 1020.00]	0.136
ATC primaria	5069 (92.4)	4647 (92.5)	412 (86.0)	<0.001
PCR	417 (7.6)	175 (3.5)	242 (50.8)	<0.001
ARM	539 (9.8)	183 (3.7)	264 (54.4)	<0.001
ICD	920 (16.7)	859 (17.1)	261 (54.8)	<0.001
Complicaciones respiratorias	70 (1.3)	28 (0.6)	51 (10.7)	<0.001

búsqueda de predictores asociados al outcome. Se generó un modelo de predicción de mortalidad intrahospitalaria que fue evaluado mediante curvas ROC. Se consideró como significativo un p valor < 0.05.

Resultados: El estudio incluyó 5498 pacientes del registro ARGEN-IAM-ST de los cuales el 38% (n= 2102) eran de sexo femenino, 22% de la población era diabética, 59% tenían hipertensión arterial, 49% tabaquismo, 10% infarto de miocardio previo, 78% Killip Kimball I y el 11% presentaban Fey 49%. Se realizó angioplastia primaria en el 92% de los pacientes, con una mediana del tiempo puerta-balón de 88 minutos RIC 75-225 y del tiempo de ventana 479 minutos RIC 290-1019, observándose que los pacientes con menor tiempo puerta-balón tuvieron mayor mortalidad intrahospitalaria con una mediana de 78.50 minutos (RIC 66.75, 210.50; p=<0.035). El modelo multivariable demostró que el requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (OR 17.8; p=<0.001), paro cardiorrespiratorio en internación (OR 6.5; p=<0.001), uso de inotrópicos (OR 4.4; p=<0.001), el incremento de la edad por encima de los 60 años (OR 4.4; p=<0.001) hasta por encima de los 80 años (OR 12.5; p=<0.001) y la evolución con insuficiencia cardiaca (OR 2.04; p=<0.001) se asociaron a nuestro outcome (mortalidad intrahospitalaria) y fueron predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria. Todas estas variables fueron incluidas en un modelo de clasificación el cual se evaluó mediante curva ROC, el mismo presentó un área bajo la curva de 0.95 (IC 95% 0.92-0.96). Con el objetivo de maximizar la sensibilidad y especificidad, se calculó el índice de youden que correspondía 0.1, con la correspondiente sensibilidad y especificidad del 92 y 91%.



Conclusiones: En nuestra cohorte la asistencia respiratoria mecánica, paro cardiorrespiratorio, uso de inotrópicos, el incremento progresivo de la edad por encima de los 60 años y la evolución con insuficiencia cardiaca se comportaron como predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria.

0387. REGIMEN ALIMENTARIO Y SU CORRELACION CON EL ESTADO MUSCULAR EN UNA POBLACION ORIGINARIA DE MEDIANA Y ALTA MONTAÑA DE TUCUMAN

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Ricardo Sebastián GALDEANO₁ | Oscar Ariel VOGELMANN₂ | Juana ARGANARAZ₃ | Darío Omar PALAVECINO₁ | Carlos Eduardo ALVAREZ₁ | José Daniel ABREGÚ₁ | Claudio MAJUL₄ | Claudio JOO TURONIS

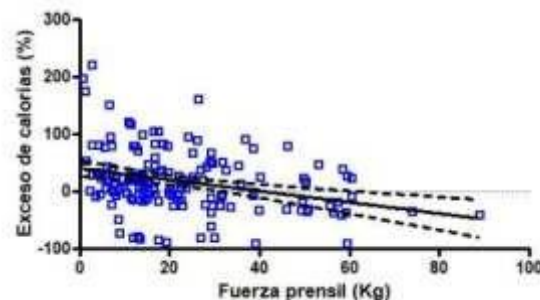
Distrito Tucuman Sociedad Argentina de Cardiología₁; IOT Sanatorio Integral₂; Colegio Medico₃; Hospital Santojanni₄; Instituto Superior de Investigaciones Biológicas (insibio), Conicet-unt₅

Introducción: La comunidad de Quilmes (Tucumán) abarca 2400 habitantes de mediana y alta montaña. Los pueblos originarios son considerados como población vulnerable para la OMS debido a sus características particulares. Actualmente se está observando que estas poblaciones presentan una occidentalización de los estilos de vida. En setiembre del 2022, se realizó el voluntariado SONQO CALCHAQUI II, donde se realizó estudios cardiovasculares a la población Quilmes

Objetivos: Correlacionar el régimen alimentario de la comunidad de Quilmes con estado nutricional y la fuerza muscular.

Materiales y Métodos: Para el presente trabajo, se estudiaron las siguientes variables: - Régimen alimentario: mediante el test "Recordatorio de 24 Hs". De acuerdo a las respuestas se calculó las calorías ingeridas. El exceso de calorías ingeridas por el poblador se expresó en porcentaje (%) sobre las calorías ideales, según la fórmula de Harris-Benedict - Estado nutricional: mediante índice de masa corporal (IMC) y circunferencia de cintura. - Estado muscular: mediante fuerza prensil de la mano dominante (dinamómetro hidráulico Jamar®). Los valores se expresaron como promedio±error estándar. Todos los procedimientos fueron aprobados por el CEI del SIPROSA (Dictamen 34/2022).

Correlacion entre fuerza prensil y exceso de calorías ingeridas según Test de 24 Hs



Resultados: Concurrieron 186 pobladores (119 mujeres y 67 varones) - "Recordatorio de 24 Hs": El día anterior a la consulta 50,5% de los pobladores desayunaron yerba mate, acompañado en 26,3% con pan con grasa ("bollos"). Colación: 32,3% tomó una infusión (principalmente yerba mate); 14,0% bollos y 11,8% fruta. El almuerzo más común fue guiso (34,9%), pastas (6,54%) y arroz (6,5%).

36,0% comió postre (principalmente fruta). Merienda: 71,5% tomó alguna infusión. 55,9% cenó (en general la misma comida del almuerzo). En promedio ingirieron 1816,9±54,2 Cal (para una ingesta ideal de 1590,0±24,1 Cal; 19, 0±4,0% de exceso de Cal). - El IMC promedio fue 27,9±0,4. 1,7% presentaba desnutrición; 28,7% peso adecuado; 34,3% sobrepeso y 35,4% obesidad. La circunferencia de cintura fue 103,1±0,8 cm y estuvo elevada en 75,8% de los pobladores. - La fuerza prensil fue 23,0±1,3 Kg. El 55,8% estuvo por debajo del rango normal descrito para edad y sexo. Si bien la fuerza prensil no se correlacionó con el IMC (Pearson R: 0,0007823; IC95%: -0,1580 a 0,1595; p: NS) ni con la circunferencia de cintura (Pearson R: 0,07295; IC95%: -0,08677 a 0,2290; p: NS), se encontró una correlación negativa entre fuerza prensil y el exceso de calorías ingeridas (Figura 1)

Conclusiones: Evidenciamos una dieta basada en harinas con poca ingesta de frutas, verduras y proteínas de origen animal. En concordancia, se encontró un IMC en rango de sobrepeso con alta prevalencia de sobrepeso y obesidad (69.7% de los pobladores). Sumado a esto, casi la mitad de los pobladores presenta un grado de sarcopenia. La correlación negativa entre fuerza prensil y exceso de calorías refuerza la teoría que la dieta no estaría aportando las proteínas necesarias para un buen desarrollo corporal. Este estudio remarca la importancia de propiciar en esta población originaria un estilo de vida que incorpore una dieta saludable adaptada a la idiosincrasia del lugar.

0504. EL ESTADO COGNITIVO SE RELACIONA INVERSAMENTE CON LA VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA EN UNA POBLACION ORIGINARIA DE MEDIANA Y ALTA MONTAÑA DE TUCUMAN

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Ricardo Sebastián GALDEANO¹ | Oscar Ariel VOGELMANN¹ | Laura ALFIE² | Juan BENDER² | Rodrigo Oscar MARAÑÓN³ | Claudio JOO TURON³
 Distrito Tucuman Sociedad Argentina de Cardiología¹; Sociedad Argentina De Cardiología²;
 Instituto Superior De Investigaciones Biológicas (INSIBIO), CONICET-UNT³

Introducción: En el stress crónico, la estimulación simpática activa mecanismos de defensa en diversos órganos. En el corazón, produce, entre otras acciones, aumento de la frecuencia cardíaca (FC) y disminución de la VFC. Por otro lado, el estado cognitivo es la capacidad para representar, analizar y manipular objetos mentalmente, y es altamente influenciado por múltiples factores como la edad, el stress y el nivel educativo. Existe un preconcepto que las comunidades originarias presentan menores niveles de stress y menor nivel cognitivo que las poblaciones urbanas. Sin embargo, múltiples estudios demostraron que en estas poblaciones existe una occidentalización de los estilos de vida y un aumento de los factores de riesgo cardiovasculares. La comunidad de Quilmes (Tucumán) abarca 2400 habitantes de media y alta montaña. En setiembre del 2022, se realizó el programa SONQO, donde un grupo de cardiólogos de la SAC realizó estudios cardiovasculares a la población Quilmes.

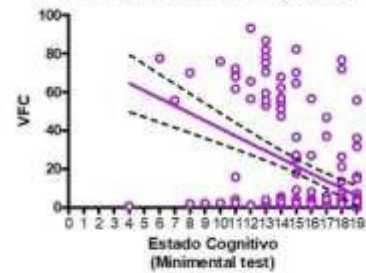
Objetivos: Evaluar si existe interrelación entre el estado cognitivo y la VFC en la comunidad originaria de Quilmes.

Materiales y Métodos: Se efectuó una investigación cuantitativa descriptiva transversal en los pobladores que concurrieron al programa SONQO 2022. Se realizó un trazo de electrocardiográfico de 5 minutos (Taurus Touch) y se calculó la

FUNCION CARDIOVASCULAR Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIFERENTES POBLACIONES DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN	
CUESTIONARIO MINI-MENTAL	
Probable déficit cognoscitivo, hacer pregunta: ¿se te olvidan las cosas con mayor frecuencia que lo que para ti era habitual? En caso afirmativo, aplica la encuesta de "mini examen del estado mental". Si en la escala se obtiene una calificación de 13 ó menos puntos, canalizar con el especialista. El resultado de la pregunta inicial anotarlo en la CIESAH.	
Evaluación cognitiva (MSE) modificado	
1.- Por favor, dígame la fecha de hoy. Sondar el mes, el día del mes, el año y el día de la semana. Anote un punto por cada respuesta correcta.	
Mes _____ Día _____ Año _____ Día de la semana _____	Total: <input type="checkbox"/>
2.- Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos por que se los voy a preguntar más adelante. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra por dos segundos. Si para algún objeto la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones), registre el número de repeticiones que debió leer.	
Árbol _____ Mesa _____ Avión _____ Número de repeticiones: _____	Total: <input type="checkbox"/>
Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.	
3.- Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9 Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no se mencione, o por cada número que se salte, o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.	
Respuestas del paciente _____ Respuesta correcta: 32531	Total: <input type="checkbox"/>
4.- Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y catóquelo sobre sus piernas. Entrégueme el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.	
Toma papel _____ Dobla _____ Coloca _____	Total: <input type="checkbox"/>
5.- Hace un rato le leí una serie de 3 palabras y ud. repitió las que recordó. Por favor dígame ahora cuáles recuerda. Anote un punto por cada objeto recordado.	
Árbol _____ Mesa _____ Avión _____	Total: <input type="checkbox"/>
6.- Por favor copie este dibujo. Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción está correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero. Anote un punto si el objeto está correcto.	
	Correcto: <input type="checkbox"/>
Sume los puntos anotando los totales de las preguntas 1 a 6, puntuación máxima: 19 puntos. A partir de 13 puntos o menos se sugiere déficit cognitivo.	
Suma total: <input type="checkbox"/>	

VFC con el software Jotatec. Se descartaron los trazados con arritmias, de mala calidad técnica ó menores a 5 minutos, ya que dificultan la evaluación de la VFC. Se utilizó el Minimental test modificado (Figura 1) que valora diferentes aspectos del estado cognitivo (orientación, registro, atención/cálculo, recuerdo, denominación, repetición, lectura, escritura, comprensión de órdenes y dibujo), mediante 6 preguntas diferentes (puntaje de 0 a 19 puntos). Consideraciones Éticas: El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) dependiente de la Dirección de Investigación del SI.PRO.SA (Dictamen 34/2022). Todos los participantes dieron el correspondiente Consentimiento Informado para participar del presente estudio.

Correlacion entre estado cognitivo y VFC



Pearson R: -0,4437; IC95%: -0,5596 a -0,3107; p< 0,001; n=164

Resultados: La edad promedio fue 44,8±1,3 años (n=164 pobladores). La FC promedio fue 66.9±0,8 latidos/min y la VFC 22,9±2,7. El Minimental test arrojó un valor de 15,7±0,2 (sin deterioro cognitivo). El área mejor respondida fue la orientación temporal (99% de los pacientes) y la menos respondida la correspondiente a realizar un dibujo (65% de los pobladores). La edad no se correlacionó con la FC (Pearson R: -0,009; IC95%: -0,1646 a 0,1467; p: NS) pero se correlacionó en forma negativa con el estado cognitivo (Pearson R: -0,3650; IC95%: -0,4890 a -0,2265; p<0,001). La VFC no se correlacionó con la edad de los pobladores (Pearson R: -0,04703; IC95%: -0,1070 a 0,1989; p: NS) pero se correlacionó en forma negativa con el estado cognitivo (Figura 2).

Conclusiones: Novedosamente se observó que la FC y la VFC no se modifican con la edad, hecho que indicaría la ausencia de exacerbación del sistema simpático descrita en poblaciones urbanas, aunque este rol protector no alcanza a evitar el deterioro cognitivo. Por otro lado, se encontró que a mayor estado cognitivo los pobladores presentan menor VFC. Se puede hipotetizar que existe un mayor stress en los pobladores con mejor estado cognitivo, debido a la percepción de falta de acceso a oportunidades de crecimiento laboral y/o personal en esta población que está siendo "occidentalizada". Creemos, por lo tanto, que se debe profundizar el estudio sobre el stress en estas poblaciones originarias.

0650. FIBRILACIÓN AURICULAR DE NOVO POSTERIOR A INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST

Cardiopatía Isquémica / Arritmias y Electrofisiología

Julia JANCHES QUIÑONES | Ricardo Alfredo VILLARREAL | Maria Candelaria RAMOS | Elena VARGAS | Ornella PACCE | Daniela Alejandra CARDOZO |
Heraldo D' IMPERIO | Joaquin PEREA

Áreas SAC: Área de Investigación

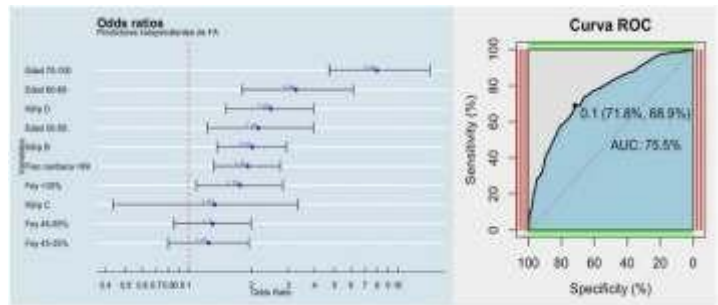
Introducción: La Fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca con mayor prevalencia a nivel mundial. Esta asociada con peor pronóstico en diversas situaciones clínicas.

Objetivos: Evaluar si la presencia de FA de novo durante la internación por un infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) tiene una implicancia pronóstica intrahospitalaria. Determinar predictores de FA de novo en internación en pacientes con IAMCEST.

Materiales y Métodos: Se analizó la base de datos del registro continuo ARGENIAM, el mismo incluye pacientes con IAMCEST. La estadística descriptiva fue la convencional. Se realizó análisis bivariado y multivariable por medio de regresión logística con el objetivo de buscar predictores de FA de Novo. Los mismos fueron incluidos en un modelo de clasificación final que fue evaluado por medio de curva ROC. Se consideró un p valor < 0.05 como estadísticamente significativo.

	Overall	FA: No	FA: Si	p
Edad (mediana [QQR])	61.00 (53.00; 69.00)	60.00 (53.00; 68.00)	69.00 (60.00; 77.00)	<0.001
HTA = Si (%)	3870 (53.1)	3590 (52.4)	280 (63.6)	<0.001
Enfermedad coronaria previa = Si (%)	897 (12.3)	823 (12.0)	74 (16.8)	0.004
Betabloqueantes al ingreso = Si (%)	3635 (50.0)	3467 (50.8)	168 (38.2)	<0.001
IECA al ingreso = Si (%)	3301 (45.4)	3130 (45.8)	171 (38.9)	0.005
Glucemia al ingreso (mediana [QQR])	135.00 (113.00; 179.00)	134.00 (113.00; 177.00)	153.00 (123.75; 207.25)	<0.001
Creatinina al ingreso (mediana [QQR])	0.97 (0.80; 1.18)	0.97 (0.80; 1.17)	1.09 (0.89; 1.90)	<0.001
Kilip y Kimbell (%)				<0.001
A	5485 (77.0)	5263 (76.7)	222 (51.0)	
B	1024 (14.4)	904 (13.5)	120 (27.6)	
C	100 (1.4)	90 (1.3)	10 (2.3)	
D	556 (7.2)	433 (6.5)	83 (19.1)	
Tiempo ventana (mediana [QQR])	230.00 (135.00; 440.00)	227.00 (135.00; 440.00)	263.00 (142.00; 490.00)	0.031
FEV (%)				<0.001
Normal	2397 (37.4)	2301 (38.2)	96 (24.4)	
Leve	1842 (26.7)	1795 (29.2)	87 (22.1)	
Moderada	1397 (21.6)	1289 (21.4)	108 (27.5)	
Severa	774 (12.1)	672 (11.2)	102 (26.0)	
Frecuencia cardíaca (mean (SD))	79.94 (18.73)	79.41 (17.88)	88.22 (27.61)	<0.001
ACV isquémico = Si (%)	61 (0.8)	51 (0.7)	10 (2.3)	0.002
Muerte intrahospitalaria por todas las causas = Si (%)	643 (8.8)	545 (8.0)	94 (21.6)	<0.001
Días de internación (mediana [QQR])	4.00 (3.00; 6.00)	4.00 (3.00; 6.00)	4.00 (4.00; 10.00)	<0.001

Resultados: El 6,6% de la muestra presentó FA de novo durante la internación. Este grupo de pacientes presentó una mediana de edad de 69 vs 60 años ($p < 0.001$). En relación a los factores de riesgo cardiovascular, tenían mayor prevalencia de hipertensión arterial 52,4 vs 63.6% ($p < 0.001$) y en cuanto a los antecedentes, la enfermedad coronaria previa también fue más frecuente (12 vs 16.8% $p = 0.004$). Al ingreso hospitalario, aquellos pacientes que evolucionaron con FA, presentaban mayor frecuencia cardiaca (88 vs 79 lpm



$p < 0.001$) y a nivel de laboratorio, mayor valor de glucemia 153 vs 134 mg/dl ($p < 0.001$) y mayor valor de creatinina 1,08 vs 0,97 mg/dl ($p < 0.001$). A su vez, se evidenció que este grupo de pacientes tuvo mayor tiempo de isquemia total 253 vs 227 min ($p = 0,031$), un score de Killip y Kimball más grave ($p < 0.001$) y una menor fracción de eyección (FEY) ($p < 0.001$). Se evidenció que aquellos pacientes con FA presentaban menos tratamiento con betabloqueantes (38,2% vs 50,8% $p < 0.001$) e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (38,9% vs 45,8% $p = 0.005$) durante su internación. En cuanto a su evolución, los pacientes con FA de novo se asociaron con una mayor incidencia de accidente cerebrovascular (2,3 vs 0,7% $p = 0,002$), una internación más prolongada (6 vs 4 días, $p < 0.001$) y una mayor incidencia de muerte intrahospitalaria por todas las causas (22,3% vs 8%, $p < 0,001$). Con el objetivo de generar un modelo de predicción de FA de Novo, se realizó un análisis univariado y aquellas variables con valor de $p < 0.20$ fueron incluidas en modelo de regresión logística multivariable con lo que se obtuvo que la edad estudiada como estratos, 50 a 59 años, 60 a 69 años y 70 a 100 años (OR 2,16, IC 95% 1.23-3.97; OR 3.26, IC 95% 1.80-6.14; OR 7.96; IC 95% 4.71-14.3 respectivamente), la presentación clínica según el score Killip y Kimball (B= OR 2.02; IC 95% 1.36-2.95, C= OR 1.33; IC 95% 0.434-3.34, D= OR 2.48; IC 95% 1.51-3.98), la presencia de taquicardia (OR 1.92, IC 95% 1.32-2.75) y una FEY < 35 % (OR 1.76, IC 95% 1.09-2.75) fueron predictores independientes de FA de novo intrahospitalaria posterior a un IAMCEST. Para evaluar la performance del modelo se construyó una curva ROC la cual presentó un AUC de 0.75, se calculó el mejor punto de corte (0.10) para maximizar la sensibilidad y especificidad que fue de 72 y 69 % respectivamente.

Conclusiones: La FA de novo posterior a un IAMCEST se asoció a peor evolución intrahospitalaria. Sin embargo, no se comportó como un predictor independiente de mortalidad intrahospitalaria. El modelo propuesto presenta una buena capacidad predictiva para FA de novo en contexto de IAMCEST.

0658. ENCUESTA CONDENAMI (CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL DE MIEMBROS INFERIORES)

Medicina Vascul ar

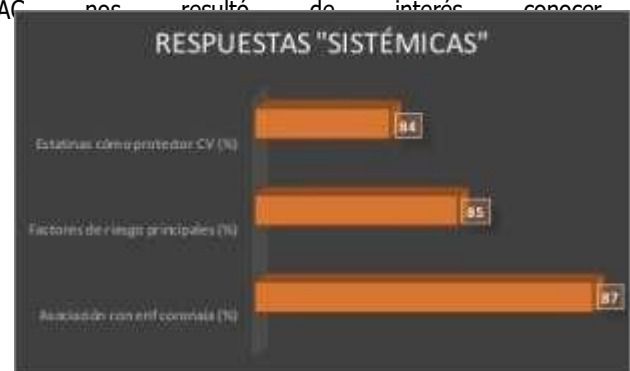
Fernando BELCASTRO₁ | Andrés IZAGUIRRE₁ | Sebastian GHIBAUDO₁ | Ignacio BLURO₁ | Silvana RESI₁ | Fernando Damián GARAGOLI₁ | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA₂ | Heraldo D' IMPERIO₂

Consejos: Medicina Vascul ar₁; Áreas SAC: Área de Investigación₂

Introducción: La prevalencia de la enfermedad arterial de miembros inferiores (EAMI) viene incrementándose en los últimos años asociado a la pandemia de diabetes y al envejecimiento de la población. Dicha enfermedad es marcadora de muy alto riesgo cardiovascular, sin embargo, la información disponible sobre las conductas en el manejo de la EAMI demuestra un sub-diagnóstico y sub-tratamiento por la comunidad médica mundial. Dado que no tenemos información acerca del comportamiento médico en la EAMI en nuestro país, desde el Consejo de Medicina Vascul ar de la SAC nos resultó de interés conocer el grado de conocimiento de nuestra comunidad cardiológica respecto de la misma.

Objetivos: Identificar las conductas de los médicos en cuanto a diagnóstico y tratamiento frente a la EAMI en Argentina.

Materiales y Métodos: Se elaboró una encuesta voluntaria y anónima que registró datos de los encuestados y 10 puntos con preguntas y escenarios clínicos que indagaron el grado de acuerdo con distintas conductas diagnósticas y terapéuticas de la EAMI. Se realizó un análisis descriptivo.



Resultados: El total de encuestas respondidas fueron 469. La mediana de edad de los encuestados fue de 50 años. La mayoría de los médicos eran hombres (72.4%) practicaban la medicina en consultorio (74.2%) y llevaban más de 10 años de recibidos (80.3%). La mayoría de los encuestados estuvieron de acuerdo que la EAMI es una enfermedad con alta probabilidad de asociarse a enfermedad coronaria (87.4%) y que los principales factores de riesgo eran la diabetes y el tabaquismo (85%). La mayoría consideró a las estatinas como el principal fármaco para reducir eventos cardiovasculares en esta población (84.4%). Desde el punto de vista local menos de la mitad (44.1%) consideró que la claudicación implica un riesgo mayor del 20% de amputación y la mayoría indicaría una angiografía y angioplastia en pacientes con isquemia crítica (83.7%). Con respecto al uso del índice tobillo brazo (ITB) solo el 40.5% refirió usarlo y menos de la mitad conoce la metodología (49.2%) y el valor que define el diagnóstico de EAMI (43.6%). En cuanto a la conducta frente a intervenciones hay una tendencia a la intervención endovascular en la claudicación no invalidante (40.7%), y la mayoría le indicaría doble antiagregación luego de la intervención (76.7%).



Conclusiones: La encuesta refleja el pensamiento de los médicos participantes sobre las conductas diagnósticas y terapéuticas del paciente con EAMI. Parece haber conductas más homogéneas en cuanto al abordaje sistémico (asociación con enfermedad coronaria, uso de estatinas, relación con factores de riesgo). Sin embargo, desde el punto de vista local (uso y medición del ITB, indicación de angioplastia y riesgo de amputación en el claudicante) las respuestas fueron más diversas.

0671. QUE TAN EFICACES SOMOS LOS CARDIÓLOGOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Camila CORREA SADOUE¹ | Leonardo Luis CÁCERES¹ | Sergio MONTENEGRO² | Rodrigo Reynaldo CANO GARCIA¹ | Flavio Andres DELFINO¹ | Mauro Javier GARCIA AURELIO¹ | Heraldo D' IMPERIO¹ | Gustavo GIUNTA¹

Áreas SAC: Área de Investigación; Áreas SAC: Historia Clínica Electrónica

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica, progresiva y recidivante, altamente prevalente y vinculada a otros factores de riesgo y eventos cardiovasculares. Por este motivo, la reducción de peso debería ser un objetivo principal en la entrevista médica. En nuestro medio, se desconoce el impacto de la consulta cardiológica como herramienta para combatir la obesidad.

Objetivos: Cuantificar la variación del peso corporal (VPC) de los pacientes (ptes) obesos evaluados por médicos cardiólogos.

Materiales y Métodos: Se analizaron datos retrospectivos provenientes de una aplicación de historia clínica electrónica disponible para la Sociedad Argentina de Cardiología. Se incluyeron ptes adultos, con índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 , que tuvieran al menos dos evaluaciones cardiológicas con una diferencia mínima de un año. Se consideraron las consultas cardiológicas de un período de tiempo desde enero de 2015 hasta diciembre de 2022. Los datos demográficos, antropométricos y clínicos se obtuvieron de los registros electrónicos. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar para aquellas con distribución normal y como mediana con rango intercuartilo 25%-75% (RIC) para las que no poseen distribución gaussiana. Las variables cualitativas se expresan como porcentajes. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba de T de Student, Wilcoxon o χ^2 cuadrado según fuera apropiado. Se admitió un valor de $p < 0.05$ como nivel de significancia estadística

Resultados: Se analizaron 1061 ptes que cumplieron con criterios de inclusión (edad 61.3 ± 12.8 años, 48.2% sexo femenino). La prevalencia de hipertensión arterial fue 56.4%, diabetes mellitus 18.8%, antecedentes heredofamiliares 15.9% y dislipidemia 37.4%. Dentro de los antecedentes cardiovasculares, esta población presentaba angina crónica estable 1.1%, antecedentes de infarto agudo de miocardio 4.2%, fibrilación auricular 1.3%, insuficiencia cardíaca 1.7% y enfermedad vascular periférica 0.9%. Los ptes tuvieron una mediana de seguimiento de 2.2 (RIC 1.6 - 3.4) años. En ese lapso tuvieron una mediana de 2 (RIC 2 - 4) consultas cardiológicas. Se observó que 39.4% de los ptes presentaron algún descenso de peso. Sin embargo, sólo 106 ptes (10%) lograron alcanzar la categoría de sobrepeso y 10 ptes (0.9%) logran llegar a la categoría de normopeso. El gráfico 1 muestra la VPC individual, donde se observa además, que 28,6% de



los ptes aumentaron de peso. Entre los ptes que bajaron de peso, 15.9% bajaron menos de 2Kg, 42.4% bajaron entre 2 y 5Kg, 24.3% más 5 y menos de 10Kg y los restantes 17.3% bajaron más de 10kg. El porcentaje de ptes portadores de diabetes tipo II que lograron reducir a la categoría de sobrepeso fue semejante al de la población no diabética (11.6% vs. 9.6%; p=ns), sin embargo mayor proporción de diabéticos redujeron el peso inicial (48.7% VS. 36.9%; p<0.005). Esta diferencia no se observó con la hipertensión arterial, la dislipidemia, el antecedentes de IAM o ICC, mostrando semejante proporción de ptes que bajaron de peso en ausencia o presencia de estas variables.

Conclusiones: Estos resultados muestran el escaso impacto que tiene la consulta cardiológica para reducir en forma importante el peso corporal. Si bien el diseño del trabajo no evalúa las intervenciones de cada médico, los datos deben motivarnos a generar nuevas estrategias para combatir la obesidad, ya que el contacto médico no es suficiente para abordar esta compleja patología.

0778. OPINIÓN DE LOS CARDIÓLOGOS ARGENTINOS SOBRE LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: RESULTADOS INICIALES DE LA ENCUESTA FLUENCE

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Sebastián GARCIA ZAMORA¹ | Lucio FLORES² | Facundo Javier BALSANO² | Maria Luz ARRI² | Maria Ines SOSA LIPRANDI³ | Gerardo ZAPATA⁴ | Claudio MAJUL⁵ | Alvaro SOSA LIPRANDI³

Sanatorio Delta Rosario; CONAREC²; Sanatorio Güemes; FAC - Federación Argentina de Cardiología⁴; Sociedad Argentina de Cardiología⁵

Introducción: La vacunación anual contra influenza reduce eventos cardiovasculares mayores y muerte en personas con cardiopatía, manteniendo al mismo tiempo un excelente perfil de seguridad. Sin embargo, diversos estudios y registros han demostrado consistentemente tasas de vacunación subóptimas en esta población.

Objetivos: Explorar las opiniones de cardiólogos en formación y especialistas de Argentina sobre la seguridad y eficacia de la vacunación antigripal en personas con cardiopatía.

	Residentes (n=165)	Especialistas (n=467)	Valor p
La vacuna es muy segura en adultos	94.6%	92.7%	0.367
La vacuna es muy segura en individuos con antiagregantes plaquetarios o anticoagulación	79.4%	89.1%	0.002
La infección por influenza es muy grave en individuos con cardiopatías	63.6%	71.1%	0.075
Los efectos adversos son muy comunes con la vacuna contra la influenza	16.0%	7.3%	0.001
Los efectos adversos graves son muy comunes con la vacuna contra la influenza	3.6%	3.0%	0.687
Es muy importante vacunar a individuos mayores de 65 años con cardiopatías	86.7%	91.2%	0.093
Es muy importante vacunar a individuos menores de 65 años con cardiopatías	72.7%	76.5%	0.340

Materiales y Métodos: Entre septiembre de 2023 y febrero de 2024, se llevó a cabo una encuesta electrónica siguiendo la lista de verificación para la presentación de resultados de encuestas electrónicas en internet. Las opiniones de los participantes fueron evaluadas mediante escalas tipo Likert. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, y se evitaron respuestas duplicadas utilizando la plataforma SurveyMonkey®, la cual identifica direcciones IP duplicadas. En el presente sub-estudio se analizaron la opinión de los cardiólogos de Argentina.

Resultados: Participaron de la encuesta 632 cardiólogos: el promedio de edad fue $45,8 \pm 14,7$ años; el 40,0% eran mujeres y 26,1% eran residentes. El 67,9% de los residentes y 82,7% de los especialistas se habían vacunado contra influenza el año previo ($p < 0,001$). Además, 33,9% de los residentes y 6,9% de los especialistas dijo no haber prescripto nunca la vacuna a sus pacientes ($p < 0,001$). Mientras que el 97,8% de los participantes dijo que la vacuna contra influenza estaba disponible en su país, el 24,3% de los residentes y 17,4% de los especialistas desconocían las guías de práctica clínica sobre la vacunación contra la influenza en pacientes con cardiopatía ($p = 0,04$). A su vez, 72,1% de los residentes y 74,5% de los especialistas no sabían de la existencia de distintos tipos de vacuna contra influenza en su país ($p = 0,053$). La Tabla 1 resume las perspectivas de los participantes sobre la seguridad de esta intervención. Respecto al momento de vacunación, solo el 26,7% de los residentes y el 42,0% de los especialistas consideraron seguro vacunar a un paciente durante la hospitalización o dentro del primer mes después de un síndrome coronario agudo ($p < 0,001$). Opiniones similares se mantuvieron respecto a la vacunación durante la hospitalización o dentro del primer mes después de la descompensación de insuficiencia cardíaca (42,4% versus 51,6%, respectivamente, $p = 0,043$). Solamente 33,9% de los residentes y 48,2% de los especialistas reconocieron el beneficio de la vacunación contra influenza para reducir el riesgo de infarto agudo de miocardio ($p = 0,002$; Tabla 2). Finalmente, el 63,0% de los residentes y 72,4% de los especialistas encontraron este tópico altamente relevante para su práctica diaria ($p = 0,024$), mientras que el 59,4% de los residentes y el 45,2% de los especialistas expresaron que necesitaban más formación en esta área ($p = 0,002$).

	Residentes (n=165)	Especialistas (n=467)	Valor p
La vacuna es muy beneficiosa para prevenir la infección por influenza	92,1%	87,8%	0,128
La vacuna es muy beneficiosa para reducir la incidencia de infarto agudo de miocardio	33,9%	48,2%	0,002
La vacuna es muy beneficiosa para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular	28,5%	38,8%	0,018
La vacuna es muy beneficiosa para prevenir la mortalidad	78,2%	80,3%	0,561
La vacuna es muy beneficiosa para prevenir hospitalizaciones	76,4%	85,9%	0,005

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que un número significativo de cardiólogos de Argentina desconoce la reducción de eventos cardiovasculares con la vacunación para influenza, siendo esto más notorio entre residentes. Además, es probable que exista una baja tasa de prescripción de vacunación durante o inmediatamente luego de un evento agudo, especialmente cuando este sea de origen coronario.

0779. RIESGO QUIRÚRGICO. ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

Prevención Cardiovascular y promoción de la salud

Guillermo Alberto SUAREZ | Soledad PALACIO | Patricia BLANCO | Laura FLOR | Pablo Omar SCHYGIEL | Mayra Giselle VILLALBA NUÑEZ

Consejos: Cardiogeriatría

Introducción: Las complicaciones del postoperatorio ocupan el tercer lugar como causa de muerte detrás de la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, siendo más del 50% de origen cardiovascular. Su número se encuentra en crecimiento debido al incremento continuo de las intervenciones quirúrgicas. La evaluación previa de la fragilidad y multimorbilidad al igual que el diagnóstico y tratamiento precoz de la injuria miocárdica post cirugía no cardíaca (MINS) ocupan un lugar fundamental en la evolución prequirúrgica del adulto mayor (AM).

Objetivos: Evaluar si los cardiólogos consideran la fragilidad en la estratificación de riesgo preoperatorio de cirugía no cardíaca en pacientes AM y la importancia que otorgan al uso de marcadores biológicos para el diagnóstico de MINS.

Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta entre cardiólogos destinada a evaluar las herramientas que utiliza para estratificar al paciente AM que va ser sometido a una intervención quirúrgica programada y su manejo perioperatorio. Para ello se elaboraron preguntas simples sobre si habitualmente valora fragilidad en el prequirúrgico, si la misma influye en la decisión de realizar la cirugía, si considera que la edad cronológica es más relevante que la biológica al evaluar la capacidad de recuperación, si cree que la evaluación integral es importante en la preparación y manejo perioperatorio y si considera el uso de biomarcadores (como troponinas) en el pre y postquirúrgico.

Resultados: Se observaron los siguientes resultados: el 97% (99 c) considera que la fragilidad influye en la decisión de realizar una cirugía, el 99% (101 c) considera importante una evaluación integral del paciente (77 c totalmente de acuerdo y 24 c de acuerdo), el 51% (52 c) de

los encuestados no valora habitualmente fragilidad como parte del riesgo quirúrgico, el 26,5% (27 c) cree que la edad cronológica es más importante que la biológica en la recuperación y el 43.1% (44 c) considera que los biomarcadores son importantes en el pre y postquirúrgico.

Conclusiones: La mayoría de los cardiólogos encuestados considera que la evaluación de la fragilidad influye en la decisión quirúrgica y que la valoración integral es importante para una mejor preparación y manejo perioperatoria; a su vez no considera que la edad cronológica sea más importante que la biológica en la recuperación del paciente. Sin embargo, no realizan la valoración en su práctica habitual. Con respecto a las medición de troponina los cardiólogos respondieron que no la consideran importante o desconocen su valor, siendo herramientas fundamentales en la evaluación de MINS. Consideramos que debemos seguir trabajando en herramientas que permitan al cardiólogo clínico una fácil y rápida estratificación integral del paciente AM con el fin de mejorar la evolución y evitar complicaciones potencialmente evitables.



Sociedad Argentina de Cardiología