SAC.26

52º Congreso Argentino de Cardiología

1º CONGRESO ARGENTINO DE PACIENTES

CACCV.26

35º Congreso Argentino de Cirugía
Cardiovascular y Endovascular

Temas Libres

14, 15 y 16 de OCTUBRE 2026
La Rural, Buenos Aires

Indice

0005 - EFECTIVIDAD DE LA DENERVACIÓN VAGAL BAJO TÉCNICA DE MAPEO DE POTENCIALES FRACCIONADOS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR, SÍNCOPE Y TRASTORNOS FUNCIONALES DE LA CONDUCCIÓN 25

0011 - INDEXACIÓN DEL ÁREA VALVULAR AÓRTICA POR ALTURA EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD: COMPARACIÓN CON LA INDEXACIÓN POR SUPERFICIE CORPORAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA ESTENOSIS AÓRTICA 25

0012 - TRATAMIENTO PERCUTANEO DE PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO CRIPTOGENICO 26

0014 - DISFUNCIÓN MICROVASCULAR Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES: IMPACTO PRONÓSTICO DE LA RESERVA DE FLUJO MIOCÁRDICO 27

0016 - FUNCIÓN LONGITUDINAL EN ESTENOSIS AÓRTICA: VALOR PRONÓSTICO DE LA EXCURSIÓN SISTÓLICA DEL PLANO DEL ANILLO MITRAL 28

0017 - CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCION DE EYECCIÓN RECUPERADA 29

0018 - MIOCARDIOPATÍA INDUCIDA POR FIBRILACIÓN AURICULAR LONG-STANDING Y REVERSIÓN POST ABLACIÓN COMPLEJA DE CAMBIO DE SUSTRATO 30

0021 - INCONSISTENCIAS Y CONSECUENCIAS DE LA NORMALIZACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE LAS DIMENSIONES DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO 31

0022 - CUESTION DE GÉNERO O CUESTION DE ADHERENCIA?: QUIEN PESA MAS EN LA REHOSPITALIZACIÓN POR SINDROME CORONARIO AGUDOS 32

0026 - IMPACTO DEL REMODELADO REVERSO DEL VENTRICULO DERECHO ESTIMADO POR ECOCARDIOGRAMA EN PACIENTES CON HAP: MORTALIDAD A 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO 33

0027 - INCIDENCIA DE ENDOLEAKS CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVOS EN PACIENTES TRATADOS CON ENDOPRÓTESIS DE AORTA ABDOMINAL "BAJO PERFIL" 33

0029 - TENDENCIA TEMPORALES Y RESULTADOS CLÍNICOS POST-TAVI EN PACIENTES FRÁGILES: ¿HA MEJORADO EL PRONÓSTICO CON LA EVOLUCIÓN DE LA TÉCNICA? 34

0034 - HIERRO CARBOXIMALTOSA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA: ¿HORA DE PERSONALIZAR O TODO SIGUE IGUAL DE BIEN? 35

0036 - DISCORDANCIA ENTRE ESCALAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y RECLASIFICACIÓN CLÍNICA MEDIANTE MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON FENOTIPO CARDIOMETABÓLICO 36

0038 - RIESGO CARDIOVASCULAR AUMENTADO EN MUJERES DE 40–60 AÑOS CON ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS ADVERSOS 37

0040 - TRAYECTORIAS DINÁMICAS DE DAÑO MULTIORGÁNICO Y RIESGO DE MORTALIDAD EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA 37

0041 - ACCESO, UTILIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN EN LA MEDIDA DE LA LIPOPROTEÍNA(A): UNA ENCUESTA NACIONAL A 518 LABORATORIOS Y ANÁLISIS DE 18.159 DETERMINACIONES EN ARGENTINA 38

0042 - FENOTIPOS ECOGRÁFICOS DE CONGESTIÓN SUBCLÍNICA Y SU EVOLUCIÓN DINÁMICA: IMPACTO PRONÓSTICO A 90 DÍAS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA 39

0043 - INESTABILIDAD PRECOZ POST ALTA Y CARGA RECURRENTE DE EVENTOS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA 40

0045 - HOSPITAL DE DÍA PARA EL EMPEORAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: COMPARACIÓN CON UNA COHORTE HISTÓRICA DE HOSPITALIZACIÓN BREVE 41

0046 - RESISTENCIA DIURÉTICA EN EMPEORAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA: VALIDACIÓN PROSPECTIVA DEL ÍNDICE NAU/F 42

0047 - VALIDACIÓN DE UN MODELO DE PROCESAMIENTO DE LENGUAJE NATURAL CON UMBRALES DINÁMICOS PARA LA EXTRACCIÓN AUTOMATIZADA MULTIETIQUETA EN EVOLUCIONES MÉDICAS 43

0049 - DISCORDANCIA ENTRE APOLIPOPROTEÍNA B Y COLESTEROL LDL Y RIESGO CARDIOVASCULAR: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS 44

0053 - VALOR INCREMENTAL DE LA ATEROSCLEROSIS CAROTÍDEA Y FEMORAL SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO TRADICIONALES EN LA PREDICCIÓN DE NECROSIS MIOCÁRDICA: ANÁLISIS DE LA CARGA POLIVASCULAR 45

0055 - ESTRATEGIA FARMACOINVASIVA Y TIEMPOS DE REPERFUSIÓN EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE SEGUNDO NIVEL 45

0057 - DE LA CONSTRICCIÓN A LA RECUPERACIÓN: PRONÓSTICO LUEGO DE LA PERICARDIECTOMÍA EN PACIENTES CON PERICARDITIS CONSTRICTIVA 46

0060 - ABLACIÓN DE ARRITMIA SIN EL USO DE RAYOS X: PRIMERA EXPERIENCIA EN 145 CASOS 47

0062 - ¿INHIBIDORES DE LA PCSK9, ESTA TODO DICHO? SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS IPCSK9 ORALES. REVISIÓN SITEMÁTICA Y METAANÁLISIS 48

0068 - EFECTOS CLÍNICOS DE LOS INHIBIDORES DE LA APOLIPOPROTEINA C3 49

0069 - TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ENDOLEAK TIPO 3. UNA SERIE DE CASOS 50

0070 - SUPERVIVENCIA OBSERVADA VERSUS ESPERADA LUEGO DE LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA EXCLUSIVA CON INJERTOS BILATERALES DE ARTERIA MAMARIA INTERNA SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO A 20 AÑOS 51

0073 - ABORDAJE CLÍNICO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN AMÉRICA LATINA: ENCUESTA MCH - SIAC 52

0074 - REGISTRO EPIDEMIOLÓGICO DE INFARTO EN UNA CIUDAD DEL INTERIOR DE BUENOS AIRES 2023-2025 53

0075 - ABORDAJE FARMACOLÓGICO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN LA PRÁCTICA DIARIA EN AMÉRICA LATINA: SUBANÁLISIS DE LA ENCUESTA MCH - SIAC 54

0078 - DESCONGESTIÓN PULMONAR DINÁMICA EVALUADA MEDIANTE REMOTE DIELECTRIC SENSING EN PACIENTES AMBULATORIOS CON EMPEORAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA: ESTUDIO OUTREDS-WHF 55

0080 - PREVALENCIA Y CORRELACIONES DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN UNA POBLACIÓN AMBULATORIA AÑOSA 56

0082 - DESCENSO NOCTURNO DE FRECUENCIA CARDÍACA COMO PREDICTOR DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL 57

0086 - PREFERENCIAS EN LA ELECCIÓN DE ANTICOAGULANTES ORALES EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR: UNA ENCUESTA A CARDIÓLOGOS Y RESIDENTES 58

0087 - OPTIMIZACIÓN DEL CONTROL LIPÍDICO TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: UN ALGORITMO CENTRADO EN EL PACIENTE BASADO EN LOS NIVELES DE LDL AL INGRESO Y LA FARMACOTERAPIA BASAL 59

0089 - IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL CARDIOVASCULAR EN LA TOMA DE DECISIONES 60

0090 - EVALUACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DE UNA POBLACIÓN URBANA JOVEN DE ALTA MONTAÑA 61

0092 - TIEMPO DE EVOLUCION DE LA DIABETES Y ENFERMEDAD CORONARIA EVALUADA POR PERFUSION MIOCARDICA 62

0093 - EMBOLIZACIÓN BARIÁTRICA: UN TRATAMIENTO NOVEDOSO PARA EL CONTROL DE LA OBESIDAD Y DEL SÍNDROME METABÓLICO 63

0094 - PATRONES HEPÁTICOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA 64

0095 - PREVALENCIA DEL SINDROME DE BAYES EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR 65

0098 - NO MAS FRACCIÓN DE EYECCIÓN? NUESTRA EXPERIENCIA 66

0101 - ESTIMULACIÓN CARDIACA FISIOLÓGICA GUIADA POR MEDICIÓN DE SINCRONIA ELÉCTRICA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES 66

0104 - EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE PUNTUACIÓN HFA-ICOS PARA PREDECIR EVENTOS ADVERSOS VASCULARES ATERO-TROMBÓTICOS EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA TRATADOS CON INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA BCR-ABL 67

0106 - VASCULOPATIA DEL INJERTO CARDIACO: TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ESTENOSIS CORONARIAS SIGNIFICATIVAS 68

0107 - COMPARACIÓN DEL EFECTO DE CARVACROL Y QUERCETINA SOBRE EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA INTEGRIDAD AÓRTICA EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE SÍNDROME METABÓLICO 69

0108 - RESPUESTA CARDIOPULMONAR AGUDA A LA CRIOTERAPIA DE CUERPO ENTERO EN ATLETAS JÓVENES 70

0111 - CAMBIOS CARDIOPULMONARES AGUDOS EN NADADORES DE AGUAS HELADAS: HALLAZGOS DE UNA COMPETENCIA INTERNACIONAL 71

0113 - PRESENCIA DE CALCIO EN TAC DE TÓRAX INCIDENTAL: QUE NO SEA UNA OPORTUNIDAD PERDIDA 72

0114 - ASOCIACIÓN ENTRE MICROALBUMINURIA, ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL EN PACIENTES HIPERTENSOS CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA 73

0115 - APLICACIÓN DE UN MODELO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA PREDICCIÓN DE ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA 73

0116 - INCREMENTO DE LA CAPACIDAD PRONÓSTICA DEL SCORE WHO HEARTS MEDIANTE LA INTEGRACIÓN DE VARIABLES DE MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESIÓN ARTERIAL ANALIZADAS CON REDES NEURONALES ARTIFICIALES 75

0118 - EDAD CARDIOVASCULAR ACELERADA Y RIESGO CARDIOVASCULAR SUBESTIMADO EN PREVENCIÓN PRIMARIA 76

0121 - ASOCIACIÓN ENTRE INFECCIÓN POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO Y RIESGO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA 77

0128 - NO TODO ES LO MISMO: DECISIONES BASADAS EN DATOS VS. DECISIONES BASADAS EN INSTINTOS 78

0132 - MÁS ALLA DEL TROMBO: COMPLEJIDAD CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD DEL GRAN BUENOS AIRES 79

0133 - ESTIMACIÓN VISUAL DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA: CORRELACIÓN Y CONCORDANCIA CON LA CUANTIFICACIÓN VOLUMÉTRICA 80

0135 - PROTOCOLO ECOCARDIOGRÁFICO TRANSESOFÁGICO TRIDIMENSIONAL EN EL CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA: DESCRIPCIÓN Y APLICACIÓN COMPARATIVA EN DOS CASOS CON DISPOSITIVOS DIFERENTES 81

0137 - LA CARA OCULTA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO: TRANSICIÓN HACIA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA 82

0138 - ¿DEBERÍAMOS SEGUIR USANDO EL TIEMPO DE ACTIVACIÓN DEL VENTRICULO IZQUIERDO (Q-R), MEDIDO CON EL ECG PARA VALIDAR LA CAPTURA DEL HIS PURKINJE EN ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA? 83

0142 - EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LA ESTIMULACIÓN DEL ÁREA DE LA RAMA IZQUIERDA VERSUS APICAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN AURICULOVENTRICULAR. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMUNITARIO 83

0145 - MÁS ALLÁ DE LA HEMODINAMIA: EVALUACIÓN BIOMECÁNICA Y FUNCIONAL DE LA MARCHA EN UN MODELO TRASLACIONAL DE ISQUEMIA PERIFÉRICA 85

0146 - INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO GUIADO POR GUÍAS EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA: EVALUACIÓN DE PRECISIÓN, SEGURIDAD Y UTILIDAD CLÍNICA DE CHATGPT 85

0153 - PERFIL NUTRICIONAL Y RENDIMIENTO FÍSICO EN UNA POBLACIÓN ORIGINARIA DE LOS VALLES CALCHAQUÍES 86

0154 - RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA TOTAL ARTERIAL SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN UN CENTRO PÚBLICO PROVINCIAL DE REFERENCIA (2020-2025) 87

0155 - REGISTRO DE INFARTO SIN LESIONES OBSTRUCTIVAS EN UNA CIUDAD DEL INTERIOR DE BUENOS AIRES 2023-2025 88

0156 - LA HIPERACTIVIDAD SIMPÁTICA BASAL ATENÚA LA PROTECCIÓN DEL NEUROEJE CARDÍACO INDUCIDA POR NEBIVOLOL EN LA ISQUEMIA CEREBRAL EXPERIMENTAL 89

0157 - ANÁLISIS AUTOMATIZADO DE MAPAS POLARES DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA SPECT MEDIANTE DEEP LEARNING BAYESIANO 90

0158 - AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES CON TÉCNICAS DE ABLACIÓN ADICIONALES VERSUS AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES AISLADO EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR PERSISTENTE DE LARGA DURACIÓN: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS 91

0160 - EL RIESGO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES ASOCIADO A LA HIPERTENSIÓN NOCTURNA DEPENDE DEL CONTEXTO CARDIO-RENAL: FENOGRUPOS BASADOS EN DAÑO DE ÓRGANO BLANCO 92

0162 - CA125: FACTOR PRONOSTICO DEL MEDIANO Y LARGO PLAZO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA 93

0165 - MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN INTERNACIONES POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA: NUESTRA EXPERIENCIA EN UNA POBLACIÓN ESPECIAL 94

0166 - DEL PRIMER CONTACTO AL IMPLANTE: EVOLUCIÓN DE LOS TIEMPOS PRE REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO TRAS UNA INTERVENCIÓN ORGANIZACIONAL EN CENTROS DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES 94

0167 - FENOTIPO DE RESIDENTES ORIGINARIOS DE ALTA MONTAÑA CON SOSPECHA ECOCARDIOGRÁFICA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR 95

0168 - REGISTRO DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DEL GRAN BUENOS AIRES 96

0169 - PERFIL METABOLICO PRE EVENTO Y SU ASOCIACIÓN CON ENFERMEDAD CORONARIA DE MULTIPLES VASOS Y COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO 97

0171 - INCIDENCIA Y FACTORES PREDICTORES DEL BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA LUEGO DE UN REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO PERCÚTANEO: DATOS DEL MUNDO REAL 98

0172 - UNA NUEVA PROPUESTA PARA DEMOSTRAR LA CAPTURA DEL HIS PURKINJE EN LA ESTIMULACIÓN FISIOLOGICA MEDIANTE ELECTROCARDIOGRAFIA 99

0173 - HOSPITALES DE DÍA PARA EL MANEJO AMBULATORIO DEL EMPEORAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ARGENTINA 100

0175 - USO DE POCUS PARA RECATEGORIZACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES EVALUADOS POR HEARTS CON RIESGO BAJO A MODERADO 101

0179 - ATRESIA DEL ARCO AÓRTICO: EXPERIENCIA INICIAL CON REPERMEABILIZACIÓN PERCUTANEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS 102

0181 - UMBRAL PRONÓSTICO DE GLUCEMIA DE INGRESO EN ASOCIACIÓN CON EL ÍNDICE INMUNO-INFLAMATORIO SISTÉMICO PARA PREDECIR EVENTOS INTRAHOSPITALARIOS EN PACIENTES CON IAMCEST 103

0184 - ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS/GLUCOSA Y ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA: COMPARACIÓN CON SÍNDROME METABÓLICO Y SUS COMPONENTES INDIVIDUALES 104

0185 - PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA EN PACIENTES CARDIOLÓGICOS INTERNADOS: UN ANÁLISIS BASADO EN CONSENSOS VIGENTES 104

0187 - REGISTRO DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: DIFERENCIAS CLÍNICAS, TERAPÉUTICAS Y PRONÓSTICAS ENTRE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN Y SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: ANÁLISIS DE UN REGISTRO DE MÁS DE 5 AÑOS, DE UN CENTRO DE GRAN BUENOS AIRES 105

0193 - IMPACTO DE LA EXTUBACIÓN ULTRA FAST-TRACK VERSUS FAST TRACK SOBRE LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR 106

0201 - EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS: EXPERIENCIA DE UN REGISTRO CONTEMOPORÁNEO 107

0203 - PREVALENCIA E IMPACTO PRONÓSTICO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR AL DIAGNÓSTICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRETINA 108

0204 - CARACTERÍSTICAS ELECTROCARDIOGRÁFICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS ELÉCTRICOS EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRETINA 109

0205 - "RECONSTRUCCIÓN VD-AP CON CONDUCTO VALVULADO DE PERICARDIO AUTÓLOGO Y NEOCUSPIDIZACIÓN PULMONAR MEDIANTE TÉCNICA AVATAR EN UN LACTANTE CON ATRESIA PULMONAR Y COMUNICACION INTERVWN-TRICULAR" 110

0208 - RESULTADOS DEL REGISTRO DE FACTORES PSICOSOCIALES EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO 110

0210 - RENDIMIENTO DEL MODELO MULTIMODAL VERSIÓN GRATUITA (CHATGPT 5.3) EN EL DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST A PARTIR DE IMÁGENES DE ELECTROCARDIOGRAMAS DE 12 DERIVACIONES 111

0212 - EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN POSOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR: ¿GARANTIA DE EVENTOS ADVERSOS MAYORES? 112

0213 - PREDICTORES DE ESTADIA HOSPITALARIA PROLONGADA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: ANÁLISIS UNIVARIADO Y MULTIVARIADO EN UNA COHORTE CONTEMPORANEA 113

0215 - ACOPLAMIENTO VENTRICULO-ARTERIAL (TAPSE/PSAP) Y DILATACIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO 114

0217 - CARBOXIMALTOSA EN CIRUGIA CARDIACA CON DEFICIT FERRICO 115

0218 - IMPACTO DE LA INHIBICIÓN DOPAMINÉRGICA RENAL EN LA PRESIÓN ARTERIAL, LA INFLAMACIÓN Y LA FIBROSIS RENAL EN RATAS HIPERTENSAS 116

0220 - SEGURIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA TELEPROCTORÍA EN ANGIOGRAFÍA CORONARIA DIAGNÓSTICA EXPERIENCIA INICIAL EN UN OPERADOR EN FORMACIÓN 117

0227 - TELEMONITOREO MEDIANTE WHATSAPP EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA. PRIMERA ETAPA DE UN ESTUDIO DE ACCESIBILIDAD Y FACTIBILIDAD 118

0228 - CALCIO CORONARIO HALLADO INCIDENTALMENTE EN TOMOGRAFIAS DE TORAX NO GATILLADAS SIN CONTRASTE 119

0229 - ABLACIÓN POR CAMPO PULSADO EN FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA Y PERSISTENTE: LA FIBROSIS AURICULAR EVALUADA POR RESONANCIA MAGNÉTICA COMO DETERMINANTE DE LA RECURRENCIA 120

0230 - RESULTADOS INICIALES DE LA ABLACIÓN POR CAMPO PULSADO EN LOS PRIMEROS 49 CASOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN UN CENTRO DE BAJO VOLUMEN 121

0231 - ¿SABEMOS QUÉ TIPO DE ESTRÉS SOLICITAR AL PEDIR UN ESTUDIO DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA POR SPECT? EXPERIENCIA DE ADECUACIÓN PROTOCOLIZADA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL REAL 121

0232 - CORRELACION ENTRE EXCURSION SISTOLICA DEL PLANO ANULAR MITRAL NORMALIZADA POR LA LONGITUD VENTRICULAR Y STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL EN PACIENTES ONCOLOGICOS: ESTUDIO PROSPECTIVO CON ANÁLISIS EXPLORATORIO DE CAPACIDAD DIAGNOSTICA 122

0233 - CALCIO CORONARIO HALLADO INCIDENTALMENTE EN TOMOGRAFIAS DE TORAX NO GATILLADAS SIN CONTRASTE EN PACIENTES ADULTOS JOVENES 123

0235 - PROGRAMA DE LONGEVIDAD CARDIO-COGNITIVA: ASOCIACIÓN ENTRE CARGA CARDIOMETABÓLICA Y PERFIL COGNITIVO-FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES 124

0237 - TECNICAS COMBINADAS EN LA ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR LONG STANDING: RESULTADOS INMEDIATOS Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO 125

0239 - CIERRE PERCUTANEO DE FUGAS PARAVALVULARES. EXPERIENCIA INSTITUCIONAL Y RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO 126

0240 - COBERTURA EFECTIVA DE VACUNACIÓN EN ADULTOS MAYORES CON CARDIOPATÍA PESE A LA PROVISIÓN GRATUITA UNIVERSAL: UNA PARADOJA DEL SISTEMA SANITARIO ARGENTINO 127

0241 - PARADOJA DEL SEXO: CUANDO LA FRAGILIDAD ECLIPSA A LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA MUJER MAYOR 128

0242 - COARTACIÓN DE AORTA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN CENTRO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS 128

0243 - EVALUACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DEL PECTUS EXCAVATUM SEVERO EN REPOSO, ESFUERZO E INTRAOPERATORIO 129

0248 - VALOR PRONÓSTICO DE MORTALIDAD A LARGO PLAZO DE LA MICROALBUMINURIA EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON Y SIN HIPERTENSIÓN ARTERIAL 130

0249 - DEMOSTRACIÓN ELECTROFISIOLÓGICA DE LA DISINCRONÍA ELÉCTRICA PRODUCIDA POR LA DESVIACIÓN AXIAL IZQUIERDA, EN EL ECG BASAL O GENERADA POR ESTIMULACIÓN DEFINITIVA 131

0256 - REINFARTO INTRAHOSPITALARIO EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST EN PACIENTES CON REPERFUSIÓN EXITOSA. REGISTRO ARGEN IAM 132

0263 - IMPACTO DE LA REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL MEDIDA MEDIANTE EL TEST DE CAMINATA DE 6 MINUTOS 133

0267 - FALLO RENAL AL INGRESO EN EL IAMCEST Y SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA: RESULTADOS DEL REGISTRO ARGEN-IAM 133

0271 - IMPACTO DE UN SISTEMA DE SOPORTE DE DECISIONES CLÍNICAS INTEGRADO A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA SOBRE LA ADECUACIÓN DE ESTUDIOS DE IMÁGENES CARDIOVASCULARES: ESTUDIO CUASI EXPERIMENTAL 134

0273 - ASOCIACION ENTRE SINDROME GRIPAL FRECUENTE Y ENFERMEDAD CORONARIA EN UNA POBLACION AÑOSA. ESTUDIO CASO CONTROL 135

0276 - PATRONES HEPÁTICOS EN LA INTERNACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA 136

0278 - REESTRATIFICACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE DOPPLER VASCULAR EN PACIENTES DE BAJO Y MODERADO RIESGO ADMITIDOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO 137

0279 - PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EXTENSIÓN DE ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y ELEVACIÓN DE LA LIPOPROTEÍNA A (LP(A)) 138

0281 - CORRELACIÓN ENTRE CARGA DE ENFERMEDAD ATEROESCLERÓTICA POLIVASCULAR Y COMPLEJIDAD CORONARIA EN PACIENTES CURSANDO SÍNDROME CORONARIO AGUDO 139

0282 - PREVALENCIA DE LIPOPROTEÍNA(A) ELEVADA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y SUS IMPLICANCIAS CARDIOVASCULARES 140

0283 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN EL MUNDO REAL: EL PESO OCULTO DE LAS COMORBILIDADES 141

0285 - EL ANTÍGENO CARBOHIDRATO- 125 COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS 141

0286 - TROPONINA ULTRASENSIBLE COMO PREDICTOR DE PROGRESIÓN HACIA CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS EN FASE INDETERMINADA 142

0287 - COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO DE ARGENSCORE, EUROSCORE II Y STS EN PACIENTES AÑOSOS SOMETIDOS A CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA 143

0288 - PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE DISPOSITIVOS CARDÍACOS: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA 144

0289 - PREDICTORES SIMPLES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE 1.329 PACIENTES 145

0292 - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (GEMINI AI) EN TOMOGRAFÍA COMPUTADA CARDIOVASCULAR: COMPARACIÓN CON EXPERTO HUMANO 145

0293 - ESTIMULACIÓN AURICULAR PERMANENTE FUERA DEL AREA DEL BACHMAN EN EL SÍNDROME DE BAYES: UN POSIBLE TRATAMIENTO DEFINITIVO PARA LA FA 146

0300 - ANÁLISIS DEL CONSUMO DE OXÍGENO PICO Y PENDIENTE DE VENTILACIÓN MINUTO/PRODUCCIÓN DE DIÓXIDO DE CARBONO EN ADULTOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS CORREGIDAS Y NO CORREGIDAS 147

0301 - INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA: IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE IMAGEN Y LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE COMPARADO CON TÉCNICAS CONVENCIONALES 148

0302 - PROGRAMA DE INTERVENCIONES TRICUSPÍDEAS TRANSCATÉTER: EXPERIENCIA INCIAL EN UN ÚNICO CENTRO 149

0303 - INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA A UNA COHORTE PROSPECTIVA DE 25 AÑOS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: REDES NEURONALES ARTIFICIALES SUPERAN AL SCORE MAGGIC EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD 150

0304 - ECOCARDIOGRAFÍA GENÉTICA: "MAPA DE CALOR O HEAT MAP" DE CORRELACIÓN FENOTIPO-GENOTIPO 151

0305 - RIESGO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA 152

0309 - MISMATCH PRÓTESIS-PACIENTE PREDICHO POR TOMOGRAFÍA PARA LAS PRÓTESIS TRANSCATÉTER Y QUIRÚRGICAS DISPONIBLES EN EL URUGUAY 153

0318 - VALOR PRONÓSTICO DE LA CONGESTIÓN SUBCLÍNICA DETECTADA MEDIANTE ECOGRAFÍA PULMONAR EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA 153

0321 - RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y ANÁLISIS DE DISCORDANCIA ENTRE SCORE 2 Y LPA CLINICAL GUIDANCE EN PACIENTES CON LIPOPROTEINA A ELEVADA 154

0323 - PREVALENCIA DE TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA EN PACIENTES CON ASISTENCIA CON MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA 155

0327 - EFECTO DE LA COHORTE DE NACIMIENTO EN LA PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN PACIENTES QUE INGRESAN POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO A UN HOSPITAL DEL CONURBANO BONAERENSE 156

0347 - PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON CANCER, EN UN HOSPITAL ONCOLOGICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: UN ESTUDIO TRANSVERSAL 157

0351 - ESTADIO NAC EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRASTIRRETINA: EVOLUCIÓN A TRAVÉS DE LOS AÑOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA 158

0352 - FACTORES ASOCIADOS A FRAGILIDAD Y POLIFARMACIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES AMBULATORIOS MAYORES DE 80 AÑOS 159

0353 - ELECTROCARDIOGRAMA EN LA PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA MIOCARDIOPATÍA CHAGASICA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO LATINOAMERICANO 160

0355 - DIFERENCIA DE GÉNERO EN EL PERFIL DE RIESGO Y RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE LA PLÁSTICA DE VÁLVULA MITRAL: UN ANÁLISIS COMPARATIVO 160

0360 - LA ANGINA COMO VARIABLE DE RIESGO EN HIPERTENSION PULMONAR. ¿PRESENTA VALOR ADITIVO? 161

0363 - REGISTRO UNICÉNTRICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA ZONA ENDÉMICA DE ENFERMEDAD DE CHAGAS 162

0364 - MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA MÁS ALLÁ DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN: EXPERIENCIA MULTIMODAL CON TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIOVASCULAR 163

0367 - PROGRAMA ASISTENCIAL PILOTO PARA LA TRANSICIÓN A ACOD EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR: RESULTADOS A CASI 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO 164

0369 - PROTOCOLO VEXUS. PATRONES NORMALES, DETERMINANTES E INTERRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DE MEDICIÓN DEL SCORE 165

0375 - EJES FISIOPATOLÓGICOS GENERADOS A PARTIR DE MACHINE LEARNING SE ASOCIAN A MAYOR RIESGO DE EVENTOS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA 166

0390 - COMPARACIÓN DEL RÉDITO DIAGNÓSTICO DE LA ECOGRAFÍA CAROTÍDEA Y FEMORAL PARA LA DETECCIÓN DE ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA: ESTUDIO OBSERVACIONAL DE CORTE TRANSVERSAL 167

0393 - FENOTIPOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y CARGA DE ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON DIABETES 168

0394 - RSUME REGULA LA ADAPTACIÓN CARDIOVASCULAR AL AYUNO: CARACTERIZACIÓN FUNCIONAL Y MOLECULAR EN UN MODELO MURINO KNOCKOUT 169

0395 - TERRITORIO CORONARIO Y TIEMPO DE ISQUEMIA COMO DETERMINANTES DE LA CLASE DE KILLIP EN EL IAMCEST 170

0399 - PREVALENCIA E IMPACTO DE SHOCK NORMOTENSIVO EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE INTERMEDIO-ALTO RIESGO SOMETIDOS A TERAPIA ENDOVASCULAR 171

0400 - VALIDACION DE LA CLASIFICACION ACC/AHA 2026 PARA TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO 2026 EN UNA GRAN COHORTE UNICENTRICA 172

0401 - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA COMPARADA CON LA TRANSESOFÁGICA SEGÚN LA CALIDAD DE LA VENTANA EN SOSPECHA DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA 173

0403 - IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER EN PACIENTES CON VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE: ANÁLISIS DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO DE MUNDO REAL 173

0406 - RED DE ATENCIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN. INFORME PRELIMINAR 174

0414 - INCIDENCIA E IMPACTO PRONÓSTICO DEL SANGRADO INTRAHOSPITALARIO EN PACIENTES CON IAMCEST: DATOS DEL REGISTRO ARGEN-IAM ST 175

0419 - EL STRAIN LONGITUDINAL PICO REDUCIDO, UNA HERRAMIENTA DIAGNOSTICA PARA DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD CORONARIA, EN PACIENTES CON PRETEST INTERMEDIO-BAJO 176

0421 - OBESIDAD Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES QUE CONCURREN A LA ATENCION PRIMARIA. IMPACTO DE LA ESTEATOSIS 177

0424 - ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES SOMETIDOS A TAVI: RESULTADOS DE LAS ESTRATEGIAS DE REVASCULARIZACIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO EN UN REGISTRO DE 10 AÑOS 177

0425 - PREVALENCIA DE ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1 SIN EVENTOS CARDIOVASCULARES PREVIOS Y SU ASOCIACIÓN CON EL SCORE DE RIESGO PREVENT 178

0428 - SELECCIÓN ENTRE TAVI Y CIRUGÍA SEGÚN EDAD EN ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA: ¿LA PRÁCTICA CLÍNICA ANTICIPÓ LAS GUÍAS? 179

0430 - INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: UTILIDAD PRONÓSTICA DEL EXÁMEN FÍSICO PRE-ALTA 180

0431 - COMPOSICIÓN HISTOLÓGICA DE LOS TROMBOS CORONARIOS EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: DETERMINANTES CLÍNICOS E IMPACTO EN LA REPERFUSIÓN MIOCÁRDICA 181

0432 - PREDICTORES DINÁMICOS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: MÁS ALLÁ DE LOS SCORES ESTÁTICOS 182

0433 - ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA Y BARRERAS SOCIOECONÓMICAS PARA LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN ARGENTINA 183

0434 - EXPERIENCIA ARGENTINA DE LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR 184

0438 - FENOTIPO DE FALLA DERECHA EN LA MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA: DISFUNCIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO Y CONGESTIÓN VENOSA SISTÉMICA POR VEXUS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA 185

0439 - EJE EMBÓLICO DE LA MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA: FIBRILACIÓN AURICULAR Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN UN REGISTRO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ZONA ENDÉMICA 186

0441 - DECONGESTIÓN EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA. EXPERIENCIA INICIAL EN EL USO DE ACETAZOLAMIDA POR VÍA ORAL 187

0442 - PREDICCIÓN DEL USO DE ULTRAFILTRACIÓN DE RESCATE EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA AL MOMENTO DEL INGRESO AL HOSPITAL. DESARROLLO Y VALIDACIÓN INICIAL DE UN SCORE PRONÓSTICO 188

0444 - INDICACIONES DE ULTRAFILTRACIÓN DE RESCATE EN INTERNACIONES POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: UNA EMULACIÓN DE ENSAYO OBJETIVO CONSIDERANDO LAS TENDENCIAS TEMPORALES DE USO, SUS PREDICTORES E IMPLICANCIAS CLÍNICAS 188

0446 - MÁS ALLÁ DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN: FENOTIPO ECOCARDIOGRÁFICO DE RESPUESTA AL LEVOSIMENDÁN INTERMITENTE EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA 189

0447 - LA OBESIDAD FRENTE AL ESPEJO: AUTOPERCEPCIÓN DE IMAGEN CORPORAL Y ACTITUD DE CAMBIO 190

0448 - INTEGRACIÓN DE GUÍAS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA WIKI CLÍNICA NAVEGABLE MEDIANTE GRANDES MODELOS DE LENGUAJE CON VALIDACIÓN CARDIOLÓGICA ITERATIVA 191

0450 - USO DE AGONISTAS GLP-1 EN PACIENTES CON OBESIDAD Y TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO: REPORTE DE CASOS SOBRE SEGURIDAD Y TOLERANCIA 192

0451 - RECLASIFICACIÓN DE METAS DE COLESTEROL LDL MEDIANTE LA EVALUACIÓN DE ATEROMATOSIS CAROTÍDEA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA 193

0454 - CUANTIFICACIÓN DE CONGESTIÓN VENOSA POR ULTRASONIDO COMO PREDICTOR DE INJURIA RENAL AGUDA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA: ANÁLISIS PRELIMINAR 194

0455 - DESCONGESTIÓN TEMPRANA Y RESPUESTA BIOLÓGICA A LA SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA: IMPACTO DE LA EXPOSICIÓN PREVIA A DIURÉTICOS 195

0459 - EXPERIENCIAS DE UN REGISTRO CONTEMPORÁNEO DE ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA DEL ÁREA DE LA RAMA IZQUIERDA ..196

0460 - HALLAZGOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DISFUNCIÓN VENTRICULAR ASOCIADA AL TRATAMIENTO DEL CANCER 197

0461 - CARDIONEUROABLACIÓN PARA PREVENIR EL IMPLANTE DE MARCAPASOS EN PACIENTES CON BRADIARRITMIAS FUNCIONALES: EXPERIENCIA DE UN CENTRO 198

0463 - EMBOLIZACIÓN SELECTIVA DE ARTERIAS UTERINAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO: UNA OPCIÓN PARA LAS URGENCIAS GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS 199

0464 - TELEMONITOREO CON SISTEMA DE ALERTAS DURANTE LA FASE VULNERABLE POSTERIOR A UNA HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA: RESULTADOS DEL ENSAYO CLÍNICO PRAGMÁTICO TREAT-VULNERABLE HF 199

0465 - DISCORDANCIA EN LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO ENTRE LA DP/DT Y LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN Y/O STRAIN EN LA ESTENOSIS AÓRTICA. IMPLICANCIAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DESACOPLE ENTRE LA POSCARGA Y LA CONTRACTILIDAD (AFTERLOAD MISMATCH) 200

0467 - ESTADÍOS DE DAÑO CARDÍACO EXTRAVALVULAR Y SU ASOCIACIÓN CON LA SELECCIÓN TERAPÉUTICA Y LA MORTALIDAD EN ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA 201

0470 - IMPACTO POTENCIAL EN AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR CALIDAD DE VIDA (QALYS) SEGÚN EL PERFIL DE COMPLICACIONES EN TAVI Y CIRUGÍA PARA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA 202

0471 - IMPACTO DE LA DETECCIÓN DE ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA CAROTÍDEA Y FEMORAL SOBRE LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN LATINOAMÉRICA 203

0472 - PREDICTORES DE INTERNACIÓN MAYOR A 36 HORAS POST-TAVI: SUBANÁLISIS DE UN REGISTRO CONTEMPORÁNEO DE 10 AÑOS 204

0476 - VALOR CLÍNICO DEL ÍNDICE YUGULAR-ORTOPNEA PARA DETECTAR PRESIONES DE LLENADO ELEVADAS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA 205

0481 - EL IMPACTO DE LA GRAVEDAD RESPIRATORIA EN LA INCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN EL CURSO DE LA INFECCIÓN VIRAL RESPIRATORIA 206

0486 - FACTORES DE RIESGO OCULTOS AL INGRESO EN UNA UNIDAD CORONARIA: DISCREPANCIAS ENTRE LA EVALUACIÓN CLÍNICA INICIAL Y LA VALORACIÓN OBJETIVA ESTANDARIZADA 207

0499 - VARIABLES CLÍNICAS, ELECTROCARDIOGRÁFICAS Y TOMOGRÁFICAS ASOCIADAS A COMPLICACIONES EN PACIENTES SOMETIDOS A TAVI EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA ARGENTINA 208

0503 - ALTERACIONES EN LA COMPOSICIÓN Y PROPIEDADES CARDIOPROTECTORAS DE LAS HDL EN PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO Y MANIFIESTO 208

0505 - RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS DE CONDUCCIÓN Y EL STRAIN MIOCÁRDICO EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS 209

0507 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA MULTIVALVULAR FRENTE A UNIVALVULAR: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA. RESULTADOS DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL EN LATINOAMÉRICA 210

0509 - RELACIÓN ENTRE CARGA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y DIAGNÓSTICO CORONARIO AL INGRESO EN UNA COHORTE DE UNIDAD CORONARIA 211

0511 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, EVOLUCIÓN TEMPORAL Y FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD CORONARIA ENTRE 2006 Y 2024 212

0514 - REDUCTOR DEL SENO CORONARIO EN ANGINA REFRACTARIA SIN OPCIONES DE REVASCULARIZACIÓN: EVIDENCIA, SELECCIÓN Y SEGURIDAD 213

0515 - FACTORES PERIOPERATORIOS ASOCIADOS A LA ESTADÍA PROLONGADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS CARDIOVASCULARES 214

0518 - EFECTOS DIFERENCIALES DEL CL- EN LA HIPERTENSIÓN Y EL DAÑO RENAL INFLAMATORIO Y OXIDATIVO: IMPLICANCIA DE LOS CANALES CLC-K1/CLC-5 215

0522 - LA CARGA ATEROGÉNICA OCULTA DE LA LIPOPROTEÍNA(A): RECLASIFICACIÓN MEDIANTE APOB PONDERADA POR RIESGO EN UN REGISTRO MULTICÉNTRICO 216

0523 - LIMITACIONES DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL PARA LA ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA 217

0524 - SHOCK INDEX Y SHOCK INDEX AJUSTADO POR CLEARENCE DE CREATININA COMO PREDICTORES DE DISFUNCION HEMODINAMICA PERSISTENTE EN EL POST OPERATORIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR 218

0526 - VALOR PRONÓSTICO DE LA CARGA DE ESTIMULACIÓN VENTRICULAR DERECHA SOBRE LA MORTALIDAD EN PORTADORES DE MARCAPASOS: ANÁLISIS DE UN REGISTRO LONGITUDINAL DE MÁS DE DOS DÉCADAS 219

0530 - EFECTO DEL TRATAMIENTO CON MAVACAMTEN SOBRE LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE MUERTE SÚBITA MEDIANTE EL ESC RISK SCORE EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA 220

0532 - "INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA: ¿QUÉ SABEMOS Y QUÉ HACEMOS LOS CARDIÓLOGOS?" 221

0536 - INDEXACIÓN ALOMÉTRICA DEL DIÁMETRO DIASTÓLICO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO: DERIVACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN ÍNDICE ÚNICO SEXO-ESPECÍFICO EN UNA COHORTE LATINOAMERICANA DE 66.791 PACIENTES 222

0537 - DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN SCORE PREDICTIVO DE REINTERNACIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA 223

0538 - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE UNA ESTRATEGIA GUIADA POR ANGIOTOMOGRAFÍA CORONARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST 224

0542- MEJORIA CLINICA EN PACIENTES CON CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE Y ESTIMULACION FISIOLOGICA PERMANENTE MEDIANTE REDUCCION DE LA SEVERIDAD DE LA DISFUNCION VENTRICULAR 225

0543 - CARACTERÍSTICAS BASALES E INCIDENCIA DE EVENTOS EN PACIENTES INTERNADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO 225

0545 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO SEGÚN CARGA TROMBÓTICA 226

0546 - EFICACIA HEMODINÁMICA DE LA TROMBÓLISIS ASISTIDA POR ULTRASONIDO DIRIGIDA POR CATÉTER (EKOS) EN EL TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN AGUDO: EXPERIENCIA MONOCÉNTRICA ARGENTINA 227

0547 - NUEVOS DIAGNÓSTICOS ONCOLÓGICOS Y ONCO-HEMATOLÓGICOS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES INTERNADOS POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO SIN CAUSA APARENTE 228

0550 - OPTIMIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE DATOS NO ESTRUCTURADOS DE REPORTES ECOCARDIOGRÁFICOS. ESTRATEGIAS DE PROMPTING PARA DICCIONARIO ONTOLÓGICO 229

0552 - IDENTIFICACION DE FENOTIPOS HEMODINAMICOS MEDIANTE APRENDIZAJE NO SUPERVISADO EN PACIENTES SOMETIDOS A PRUEBA DE TILT TEST 230

0553 - ASOCIACIÓN DE LOS ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS Y LA ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA EN UN COHORTE DE PREVENCIÓN PRIMARIA 231

0555 - PERSISTENCIA DE UNA ELEVADA MORTALIDAD EN EL IAMCEST EN ARGENTINA: ¿ES EL SHOCK CARDIOGÉNICO EL ESLABÓN ENTRE EL TIEMPO TOTAL DE ISQUEMIA Y LA MORTALIDAD? 232

0556 - ALTA PRECOZ POST-TAVI EN LA VIDA REAL: SEGURIDAD Y FACTIBILIDAD DE UN MODELO FAST-TRACK EN UNA CLÍNICA DE ALTA COMPLEJIDAD DE BUENOS AIRES 233

0557 - CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR AMBULATORIA EN ARGENTINA 234

0562 - INCIDENCIA DE TROMBOSIS DEL STENT COMO CAUSA DE INFARTO DE MIOCARDIO 235

0565 - CURVA DE PERFECCIONAMIENTO Y RESULTADOS A 10 AÑOS DEL IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO 236

0566 - PREDICTORES TEMPRANOS DE DETERIORO HEMODINÁMICO Y NECESIDAD DE REPERFUSIÓN EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO: VALIDACIÓN INTERNA DE UN SCORE PRONÓSTICO SIMPLE 237

0568 - MÁS ENFERMEDAD ESTRUCTURAL Y MENOS EVENTOS ARRÍTMICOS: UNA PARADOJA CLÍNICA ASOCIADA AL USO DE INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 EN PORTADORES DE CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE 238

0569 - PREDICTORES CLÍNICOS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES ADULTOS CON SHOCK CARDIOGÉNICO REFRACTARIO O PARO CARDIORRESPIRATORIO CON SOPORTE CON OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA VENOARTERIAL 239

0576 - CONCORDANCIA ENTRE EL DIMENSIONAMIENTO VISUAL DEL STENT Y LA ANGIOGRAFÍA CORONARIA CUANTITATIVA EN LA INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA 240

0578 - DEL RIESGO CARDIOMETABÓLICO A LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA: SCORE CLÍNICO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS DE ALTO RIESGO 240

0583 - APLICACIÓN EN VIDA REAL DE LA CLASIFICACIÓN CLÍNICA AHA/ACC 2026 Y VALOR DEL MODIFICADOR RESPIRATORIO EN PACIENTES INTERNADOS POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO 241

0584 - CAVIDADES IZQUIERDAS BORDERLINE EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS COMPLEJAS: EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN LA TOMA DE DECISIÓN BIVENTRICULAR 242

0586 - FENOTIPOS SEXO-ESPECÍFICOS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: DIFERENTES PERFILES HACIA EL MISMO RIESGO 243

0587 - EVOLUCIÓN DE LA REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR EN ARGENTINA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RELEVAMIENTOS NACIONALES 2019–2025 244

0589 - DESFIBRILACIÓN DE ACCESO PÚBLICO EN UNA RED METROPOLITANA DE SUBTERRÁNEOS: EXPERIENCIA EN LA VIDA REAL EN BUENOS AIRES 245

0590 - INFECCIONES VIRALES RESPIRATORIAS Y EVENTOS CARDIOVASCULARES: ROL DE LAS COMORBILIDADES 246

0594 - DETERMINANTES CLÍNICOS Y ELECTROCARDIOGRÁFICOS QUE DISTINGUEN LA PERICARDITIS AGUDA DE LA MIOCARDITIS AGUDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: EXPERIENCIA DE SIETE AÑOS EN UN SOLO CENTRO DE BUENOS AIRES 247

0597 - EVOLUCIÓN TEMPORAL HACIA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRRETINA: 12 AÑOS DE EXPERIENCIA 248

0598 - ANSIEDAD Y RIESGO RESIDUAL IDENTIFICAN UN FENOTIPO DE MAYOR RIESGO DE EVENTOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA: SUBANÁLISIS DEL REGISTRO INTERASPIRE, COHORTE ARGENTINA-COLOMBIA 248

0600 - BAJO GRADIENTE, CALCIO VALVULAR SEVERO Y FEVI <55% COMO PERFIL DE ALTO RIESGO DE MARCAPASOS POST-TAVI 249

0601 - VALOR PRONÓSTICO DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO MEDIDA POR RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS POR TRANSTIRETINA 250

0602 - VASCULOPATÍA DEL INJERTO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ECOCARDIOGRÁFICAS, INMUNOLÓGICAS Y ANGIOGRÁFICAS EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD 251

0604 - IMPACTO DE LA COPA MUNDIAL DE FÚTBOL DE LA FIFA DE 2022 SOBRE LA PREVALENCIA DE SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS: ANÁLISIS COMPARATIVOS CON AÑOS POSTERIORES 252

0605 - LACTATO AL INGRESO POSTOPERATORIO COMO PREDICTOR DE EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN CIRUGÍA CARDÍACA 253

0606 - DIAMETRO DIASTOLICO VENTRICULAR IZQUIERDO INDEXADO POR AREA CORPORAL EN ECOCARDIOGRAFIA. ¿UN MISMO FILTRO PARA TODOS? 254

0608 - LA CARDIOONCOLOGIA EN UN HOSPITAL PUBLICO: RESULTADOS A 1 AÑO DE SEGUIMIENTO, Y PERSPECTIVAS PARA LA DISCIPLINA 254

0609 - VALIDACIÓN DE LA ESTRATIFICACIÓN ESC EN TEP AGUDO 255

0610 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST EN MUJERES LONGEVAS: ¿UN PERFIL DIFERENTE DE RIESGO Y PRONÓSTICO? 256

0611 - VIEJOS CONOCIDOS, NUEVAS PROPORCIONES: EVOLUCIÓN CONTEMPORÁNEA DE LA PREVALENCIA DE LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS EN LA UNIDAD CORONARIA 257

0613 - ¿CUÁNTAS CUADRAS PUEDE CAMINAR? VALOR CLÍNICO DE UNA PREGUNTA SIMPLE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA 258

0614 - FACTORES ASOCIADOS A INJURIA RENAL AGUDA POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA CARDÍACA 259

0615 - IMPACTO DE LAS VÍAS DE ACCESO ALTERNATIVAS EN EL RIESGO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR POST-IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER (TAVI) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO 259

0618 - DETERMINANTES DE LA ESTADÍA HOSPITALARIA EN CIRUGÍA CARDÍACA: EL PESO DEL CURSO POSTOPERATORIO POR SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS BASALES 260

0619 - VALOR PRONÓSTICO DE LA DISFUNCIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO POR IMÁGENES EN TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN AGUDO 261

0621 - CAMBIO DE PARADIGMA EN LA INDICACIÓN DE REPERFUSIÓN Y MODIFICACIÓN DEL PRONÓSTICO TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE UN EQUIPO DE RESPUESTA PARA EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UN HOSPITAL ARGENTINO 262

0622 - CARACTERIZACIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO EN UN CENTRO PRIVADO DE ARGENTINA 263

0629 - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS CRITERIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA 264

0630 - CORAZÓN DE ATLETA: DILUCIDANDO LAS ZONAS GRISES 264

0633 - ANGIOTOMOGRAFÍA CORONARIA EN SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS DE BAJO E INTERMEDIO RIESGO: RESULTADOS DE UN SEGUIMIENTO PROSPECTIVO 265

0635 - RENDIMIENTO HEMODINÁMICO DEL VALVE IN VALVE - AÓRTICO EN BIOPRÓTESIS QUIRÚRGICAS PEQUEÑAS: EXPERIENCIA Y ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN 266

0638 - FIBRILACIÓN AURICULAR POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA INTERVENIDOS CON MIECTOMÍA SEPTAL: DETERMINANTES E IMPLICACIONES CLÍNICAS 267

0639 - PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS EN UNA POBLACIÓN NATIVA DEL IMPENETRABLE CHAQUEÑO 268

0640 - EL PLASMINÓGENO SÉRICO SE ASOCIA CON EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO Y TROPONINA T ULTRASENSIBLE INICIALMENTE NORMAL 269

0641 - ANÁLISIS INTERPRETABLE DEL ELECTROCARDIOGRAMA MEDIANTE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO PARA DIFERENCIAR LA AMILOIDOSIS CARDÍACA DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN PACIENTES CON HIPERTROFIA VENTRICULAR 270

0642 - IC-FEP - LIKE: REMODELADO REVERSO Y HEMODINAMICO EN ECO STRESS CON TRATAMIENTO DE I GLP2 Y ARM 271

0644 - LEVOSIMENDÁN PREOPERATORIO Y MODIFICACIÓN DEL RIESGO DE SÍNDROME DE BAJO GASTO CARDÍACO EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA SEVERA SOMETIDOS A CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA 272

0645 - VALIDACION DE SCORES PREQUIRURGICOS DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE ARGENTINA Y VALOR AGREGADO DE LA FRAGILIDAD E INDICE NUTRICIONAL EN LOS MISMOS 273

0646 - SUSCEPTIBILIDAD GENÉTICA Y PERSISTENCIA DEL TABAQUISMO: IMPACTO DEL POLIMORFISMO RS4704963 DEL GEN EBF1 274

0647 - SCAI B AL INGRESO EN INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA: PROGRESIÒN EVOLUTIVA DE ESTADIO SCAI SEGÚN FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO 275

0649 - UTILIDAD CLÍNICA DE LOS DISPOSITIVOS PORTÁTILES CON ALGORITMOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL DIAGNÓSTICO AMBULATORIO DE FIBRILACIÓN AURICULAR SUBCLÍNICA: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA ACTUAL 275

0650 - PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN DIASTÓLICA SEGÚN CATEGORÍAS DE RIESGO CLÍNICO ESTIMADAS POR SCORE DE RIESGO PREVENT EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS ASINTOMÁTICOS 277

0653 - DESEMPEÑO DEL SCORE EUROPEO DE MUERTE SÚBITA EN UNA COHORTE LATINOAMERICANA DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA 278

0657 - VULNERABILIDAD CARDIOVASCULAR Y RIESGO DE EVENTOS LUEGO DE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO 279

0659 - INVESTIGAR MIENTRAS SE BUSCA EL CAMINO: BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN CARDIÓLOGOS JOVENES 280

0660 - COMPORTAMIENTO DE LA RESPUESTA VOLUMÉTRICA DURANTE ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO PREVIO 281

0661 - FIBROSIS MIOCÁRDICA CUANTIFICADA POR RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA COMO PREDICTOR DE EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA 282

0662 - FACTIBILIDAD Y UTILIDAD DEL DESPLAZAMIENTO SISTÓLICO DEL PLANO DEL ANILLO MITRAL COMO MARCADOR DE CONTRACTILIDAD MIOCÁRDICA DURANTE ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS CON EJERCICIO NEGATIVA PARA ISQUEMIA 283

0663 - CARACTERIZACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA Y CORRELACIÓN GENOTIPO-FENOTIPO EN UNA COHORTE DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EVALUADA EN UN PROGRAMA DE CARDIOLOGÍA GENÉTICA 284

0664 - EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA DE DAPAGLIFLOZINA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA EN ARGENTINA: ANÁLISIS DE COSTOUTILIDAD DESDE EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD 285

0666 - DIGOXINA DESPUÉS DE UNA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA (DIG-DICA): EXPERIENCIA PRELIMINAR 286

0667 - IMPACTO DE INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS EN LA REDUCCIÓN DEL ESTRÉS Y BURNOUT EN RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA 286

0669 - VALIDACIÓN EXTERNA DEL SCORE ATLAS PARA RECURRENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR POST-ABLACIÓN EN UNA COHORTE ARGENTINA 287

0670 - ACTIVACIÓN DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS Y TIEMPOS DE REPERFUSIÓN EN EL IAMCEST. REGISTRO PROSPECTIVO CÓDIGO IAM 288

0671 - VALIDACIÓN EXTERNA DE MODELOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA ANÁLISIS ECOCARDIOGRÁFICO EN UNA COHORTE ARGENTINA: DESEMPEÑO DE ECHOPRIME Y ECHONET-DYNAMIC 289

0673 - IMPACTO DEL TIEMPO DOLOR-BALÓN EN LA MORBIMORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST 290

0675 - VALOR PRONÓSTICO DEL ECOCARDIOGRAMA ESTRÉS MULTIPARAMÉTRICO 291

0676 - INFLUENCIA DE LA CARGA ISQUÉMICA EN LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON REVASCULARIZACIÓN CORONARIA PREVIA 292

0677 - FUNCIÓN DIASTÓLICA EN LA PRÁCTICA REAL: LO QUE APRENDIMOS AL DESARROLLAR Y APLICAR UNA CALCULADORA ABIERTA BASADA EN LA GUÍA ASE 2025 293

0682 - VALIDACIÓN DE LOS SCORES GRACE Y TIMI EN UN REGISTRO LOCAL DE SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS 294

0683 - VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR EN LA EVALUACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DEL SCORE DE COMPLEJIDAD DE REPARABILIDAD MITRAL EN UN CENTRO DE REFERENCIA: IMPACTO DEL NIVEL DE EXPERIENCIA 294

0685 - ESTUDIO COMPARATIVO DE UN REGISTRO UNICÉNTRICO, CON EL REGISTRO MULTICÉNTRICO NACIONAL ARGEN-IAM-ST EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST MAYORES DE 60 AÑOS 295

0688 - VALOR PREDICTOR DEL ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO EN LA CARGA TROMBÓTICA DE PACIENTES JÓVENES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST 296

0690 - FENOTIPOS CLÍNICOS DE DEMORA EN IAMCEST: ANÁLISIS DEL TIEMPO TOTAL DE ISQUEMIA Y SU ASOCIACIÓN CON EVENTOS INTRAHOSPITALARIOS. GRUPO ARGEN IAM 297

0691 - MODELO ECOCARDIOGRÁFICO CUANTITATIVO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD VASCULAR PULMONAR CLÍNICAMENTE RELEVANTE EN PACIENTES CON SOSPECHA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR PRECAPILAR 298

0692 - MEJORÍA DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA: RESULTADOS DE UNA COHORTE LOCAL 299

0694 - LA PROBABILIDAD ECOCARDIOGRÁFICA DE LAS GUÍAS PUEDE SUBESTIMAR LA ENFERMEDAD VASCULAR PULMONAR CLÍNICAMENTE RELEVANTE: VALIDACIÓN INVASIVA EN UNA COHORTE ARGENTINA 300

0697 - DISCORDANCIA ENTRE CA-125 Y NT-PROBNP: IDENTIFICACIÓN DE FENOTIPOS BIOQUÍMICOS DE CONGESTIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA 300

0698 - IMPACTO DE LA DIABETES MELLITUS EN LA RECURRENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR POST PRIMERA ABLACIÓN: COHORTE CONTEMPORÁNEA UNICÉNTRICA CON SEGUIMIENTO A 12 MESES 301

0699 - MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN UN CENTRO DE CARDIOLOGÍA GENÉTICA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EXPRESIÓN FENOTÍPICA 302

0700 - DETECCIÓN PRECOZ DE COMPROMISO CARDÍACO EN AMILOIDOSIS HEREDITARIA POR TRANSTIRETINA MEDIANTE EVALUACIÓN MULTIMODAL: EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO DE PESQUISA ACTIVA 303

0701 - HIPERTENSION PULMONAR EN ARGENTINA.NUESTRA EXPERIENCIA CON MÁS DE 500 PACIENTES, CUANDO LOS DATOS IMPACTAN MÁS QUE LOS RELATOS 304

0702 - DIFERENCIACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DEL FENOTIPO HEMODINÁMICO PRECAPILAR VERSUS POSCAPILAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR CONFIRMADA 305

0703 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA DE LOS PACIENTES QUE NO PENSABAS QUE SE IBAN A INFARTAR: LOS SMURF-LESS 306

0704 - PREDICCIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE COMPLIANCE ARTERIAL PULMONAR REDUCIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR 306

0705 - UPGRADE A RESINCRONIZADOR CARDÍACO EN PACIENTES CON ALTO PORCENTAJE DE ESTIMULACIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO E INSUFICIENCIA CARDÍACA: EFICACIA, SEGURIDAD, PREDICTORES Y SUPERVIVENCIA EN UNA COHORTE UNICÉNTRICA 307

0706 - TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE Y CUMPLIMIENTO DE METAS DE LDL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 308

0708 - DISFUNCIÓN VENTRICULAR NUEVA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NO CARDIOLÓGICA: INCIDENCIA, ETIOLOGÍAS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA 309

0710 - SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN LA MUJER: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ESTRATEGIA TERAPÉUTICA Y PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO 310

0711 - RECURRENCIA DURANTE EL PERÍODO DE BLANKING COMO PREDICTOR INDEPENDIENTE DE RECURRENCIA TARDÍA EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA Y NO PAROXÍSTICA 311

0713 - IMPACTO DEL FENOTIPO HEMODINÁMICO EN LOS RESULTADOS DEL IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO EN LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA: ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA CLÁSICA VS ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA DE BAJO GRADIENTE - BAJO FLUJO 312

0714 - UTILIDAD PRONÓSTICA DE LOS PARÁMETROS HEMODINÁMICOS EN HIPERTENSIÓN PULMOHAR. EL RIESGO MÁS ALLÁ DE LAS GUÍAS 313

0717 - PRESENCIA DE CALCIO CORONARIO INCIDENTAL EN TOMOGRAFÍAS DE TÓRAX: PREVALENCIA E IMPLICANCIA 314

0721 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS DEL PACIENTE AÑOSO CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO 315

0723 - IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO DE CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA: EFECTO SOBRE EL VOLUMEN DE PROCEDIMIENTOS Y LA EXPANSIÓN DE INDICACIONES 315

0728 - RESULTADOS CLÍNICOS DEL CIERRE PERCUTÁNEO DE LA OREJUELA AURICULAR IZQUIERDA: EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN PROCEDIMIENTO EN CRECIMIENTO 316

0729 - EFECTO DEL TRATAMIENTO BETABLOQUEANTE SOBRE LA RESPUESTA HEMODINÁMICA, FUNCIONAL, CONTRÁCTIL Y DIASTÓLICA EN PRUEBAS DE ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS CON EJERCICIO NEGATIVAS PARA ISQUEMIA 317

0730 - CONGESTIÓN VENOSA SISTÉMICA EVALUADA POR VEXUS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR: ASOCIACIÓN CON SCORES DE RIESGO Y EVENTOS A CORTO PLAZO 318

0732 - DIFERENCIAS SEGÚN SEXO EN LA RESPUESTA HEMODINÁMICA, FUNCIONAL, CONTRÁCTIL Y DIASTÓLICA DURANTE ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS CON EJERCICIO NEGATIVA PARA ISQUEMIA 319

0733 - DIVERGENCIAS EN LA EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN ARGENTINA: ANÁLISIS COMPARATIVO POR SEXO 320

0738 - INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA RESPUESTA HEMODINÁMICA, FUNCIONAL, CONTRÁCTIL Y DIASTÓLICA DURANTE ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS CON EJERCICIO NEGATIVA PARA ISQUEMIA 321

0739 - ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES >75 VS <75 AÑOS: EFICACIA, SEGURIDAD Y PREDICTORES DE RECURRENCIA TARDÍA EN UNA COHORTE UNICÉNTRICA ARGENTINA 322

0742 - ATENCION DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE NEUQUEN ANTES DE LA IMPLEMENTACION DE LA RED DE INFARTO 322

0745 - ¿ES CONFIABLE REALIZAR PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON PROTOCOLO DE SÓLO ESTRÉS EN PACIENTES CORONARIOS CRÓNICOS? 323

0747 - ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE PROGRESIÓN EN LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA ASINTOMÁTICA MEDIANTE NT-PROBNP Y PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS 324

0748 - ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL DERECHO Y MORTALIDAD EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR 325

0751 - MARCAPASOS SIN CABLES EN PACIENTES COMPLEJOS: FACTIBILIDAD TÉCNICA, SEGURIDAD Y RESULTADOS 326

0752 - EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LAS ETIOLOGÍAS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE CARDÍACO: ANÁLISIS DE TRES DÉCADAS EN UN ÚNICO CENTRO 327

0753 - HACIA UNA CARDIOLOGÍA DE PRECISIÓN: ANGIOTOMOGRAFÍA CORONARIA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN MUJERES 328

0758 - ¿PODEMOS PREDECIR EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA? 329

0759 - IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO: EXPERIENCIA INSTITUCIONAL 329

0761 - ¿PODEMOS PREDECIR EL RIESGO EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA? NUESTRA EXPERIENCIA 330

0769 - CARACTERÍSTICAS DEL PERFIL MICROBIOLÓGICO EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA. ¿TODO ES IGUAL? 331

0777 - CUANDO LOS SCORES FALLAN: LIMITACIONES DE MODELOS KHORANA Y ONCOTEV EN LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE DESARROLLAN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR 332

0782 - ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES ELEVADOS DE LIPOPROTEÍNA(A) Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES SOMETIDOS A REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (EVAR) 333

0783 - EVALUACIÓN DE LA CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR ENTRE INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y CARDIOLOGÍA CLÍNICA EN LA LECTURA DEL ELECTROCARDIOGRAMA 334

0785 - "VALOR PREDICTIVO DE LOS PARÁMETROS DE DISFUNCIÓN DIASTÓLICA PREQUIRÚRGICA PARA EL DESARROLLO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA" 335

0786 - COMPROMISO CARDIOVASCULAR, TRATAMIENTO MÉDICO Y ACCESO A CARDIODESFIBRILADOR EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA: REGISTRO CONAREC XXII 336

0790 - EL EJE MICROBIOTA–DOPAMINA RENAL–PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS COMO MEDIADOR CENTRAL EN EL DAÑO CARDIO-RENO-METABÓLICO INDUCIDO POR FRUCTOSA 337

0791 - TOMOGRAFÍA COMPUTADA HÍBRIDA: EXCELENCIA EN IMAGEN CARDÍACA CON UTILIZACIÓN EFICIENTE DEL CAPITAL 338

0793 - FENOTIPO "SUPER-FONTAN" EN UNA COHORTE PEDIÁTRICA: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS 339

0796 - IMPACTO DEL ICOSAPENTO DE ETILO SOBRE EL METABOLISMO LIPOPROTEICO Y LA FUNCIONALIDAD DE LAS HDL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR E HIPERTRIGLICERIDEMIA 339

0803 - TAPSE COMO PREDICTOR DE CONGESTIÓN HEMODINÁMICA INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON IAMCEST NO INFERIOR: RELACIÓN CON LAS PRESIONES DE LLENADO VENTRICULARES IZQUIERDAS 340

0805 - EVALUACIÓN DE ARGENSCORE, EUROSCORE II Y STS-PROM COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER: EXPERIENCIA UNICÉNTRICA EN CÓRDOBA 341

0807 - TAQUICARDIA VENTRICULAR Y MORTALIDAD EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS A LO LARGO DEL ESPECTRO DE FUNCIÓN VENTRICULAR 342

0809 - IMPLEMENTACIÓN DE INHIBIDORES SGLT2 DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO UNIVERSITARIO 343

0811 - TERMODILUCION VERSUS FICK INDIRECTO EN HIPERTENSION PULMONAR: ¿DOS MÉTODOS EQUIVALENTES? 344

0812 - PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL COMPROMISO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES 345

0815 - DE LA ARQUITECTURA GENÉTICA A LOS MECANISMOS MOLECULARES EN MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA 346

0818 - ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE LIPOPROTEÍNA(A) Y CARGA Y VULNERABILIDAD DE PLACA CAROTÍDEA: SUBANÁLISIS UNICÉNTRICO DEL REGISTRO GAELPA 347

0819 - UTILIDAD DEL ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO PARA PREDECIR NECESIDAD DE ESTIMULACIÓN PERMANENTE EN PACIENTES POST-TAVI 348

0822 - AFECTACION HEPATICA EN CUV ESTADIO FONTAN-KREUTZER POR ELASTOGRAFIA 349

0827 - PREVALENCIA, CONCIENCIA Y CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL EN UNA CAMPAÑA DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR REALIZADA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO 349

0830 - TRANSTIRETINA SÉRICA EN AMILOIDOSIS CARDÍACA: ¿PRECURSOR AMILOIDOGÉNICO O BIOMARCADOR DEL ESTADO INFLAMATORIO-CATABÓLICO? 350

0831 - PREDICTORES ECOCARDIOGRÁFICOS DE RIESGO EMBÓLICO EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA IZQUIERDA: CARACTERIZACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA Y PROPUESTA DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO 351

0832 - EXPERIENCIA INICIAL DE ABLACIÓN POR CAMPO PULSADO PARA FIBRILACIÓN AURICULAR EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD 352

0836 - SCORE DE INFLAMACIÓN RESIDUAL Y ACOPLAMIENTO INFLAMACIÓN–VASCULAR: ANÁLISIS EXPLORATORIO DEL ESTUDIO OMECARDIO 353

0837 - TAQUICARDIOMIOPATÍA INDUCIDA POR EXTRASÍSTOLES VENTRICULARES CUANDO LA ABLACIÓN POR CATÉTER MEJORA LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR 354

0841 - IMPACTO DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA EN LA EFICACIA DE LA SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DEL ANCIANO 355

0842 - PUEDE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA CONDUCIR A UNA MEJORÍA EN LAS LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD? 355

0844 - UTILIDAD DE DISTINTAS FUNCIONES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ASOCIACIÓN CON ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA Y EVENTOS CARDIOVASCULARES 356

0845 - INCIDENCIA Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR INTRAHOSPITALARIO, EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER: EXPERIENCIA UNICÉNTRICA EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA. 357

0847 - PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR ¿VALVULA OLVIDADA? 358

0849 - VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO MEDIANTE FEY VS. DP/DT EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA MITRAL MODERADA 359

0850 - CUANDO EL INSTRUMENTO CAMBIA EL DIAGNÓSTICO: FRAGILIDAD FÍSICA VERSUS ACUMULACIÓN DE DÉFICIT POR CGA- FI Y FRAIL – VIG. 360

0852 - LA FRAGILIDAD INVISIBLE: CARGA PSICOSOCIAL-AFECTIVA NO DETECTADA POR LA ESCALA FÍSICA NI POR EL JUICIO CLÍNICO EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR 360

0853 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN MUJERES: DESCRIPCION DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORTALIDAD INTRA-HOSPITALARIA 361

0861 - ANOMALÍAS CORONARIAS CONGÉNITAS EN UNA COHORTE PEDIÁTRICA: VARIANTES ANATÓMICAS Y RELEVANCIA CLÍNICA 362

0864 - PERFIL DE COMORBILIDADES Y SU IMPACTO CLÍNICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: BRECHAS DE DIAGNÓSTICO Y OPORTUNIDADES TERAPÉUTICAS 363

0867 - CARACTERÍSTICAS BASALES E INCIDENCIA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS 364

0869 - RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DEL PECTUS EXCAVATUM Y LA COMPRESIÓN CARDÍACA EVALUADA MEDIANTE RESONANCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS 365

0870 - ANOMALÍAS DEL RETORNO VENOSO PULMONAR A VENA CAVA SUPERIOR EN PEDIATRIA. EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS 365

0872 - TRAYECTORIA INTRAHOSPITALARIA DEL SODIO Y CURSO CLÍNICO EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA 366

0873 - DE SEIS MINUTOS A LA VIDA REAL: MONITORIZACIÓN DIGITAL Y HEMODINÁMICA DE LA RESPUESTA TEMPRANA A SOTATERCEPT EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR 367

0874 - CARACTERÍSTICAS BASALES E INCIDENCIA DE EVENTOS EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST 367

0875 - IMPACTO DEL BLOQUEO COMPLETO DE RAMA DERECHA BASAL SOBRE LA NECESIDAD DE MARCAPASOS DEFINITIVO LUEGO DE TAVI EN LA ERA CUSP-OVERLAP 368

0879 - DEL SUBTRATAMIENTO AL ALTA ÓPTIMA: LA INTERNACIÓN POR INFARTO COMO VENTANA DE CORRECCIÓN DE LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR 369

0885 - MAYOR MORTALIDAD DE LA MUJER EN EL INFARTO EN UNA COHORTE CON ACCESO EQUITATIVO A LA REPERFUSIÓN: ¿EFECTO DEL SEXO O DE LA EDAD? 370

0887 - UTILIDAD DE LA ECOCARDIOGRAFÍA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR GRUPO 1 371

0890 - ¿INFLUYE EL SEXO EN EL FENOTIPO HEMODINÁMICO DEL SÍNCOPE MEDIADO POR RESPUESTAS REFLEJAS? ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE UNA DÉCADA 371

0893 - ENFERMEDAD CORONARIA PREVIA AL TAVI: PREVALENCIA, PREDICTORES Y ANGIOTOMOGRAFÍA COMPUTADA COMO ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN PERSONALIZADA. EXPERIENCIA UNICÉNTRICA DE 16 AÑOS 372

0894 - SÍNCOPE CON RESPUESTA CARDIOINHIBITORIA EN TILT TEST: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ESTRATEGIAS DE RESOLUCIÓN EN LA PRÁCTICA REAL 373

0898 - OBESIDAD Y RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL: ASOCIACIÓN CON ALTERACIONES METABÓLICAS Y EVENTOS CARDIOVASCULARES 374

0899 - EVOLUCIÓN TEMPORAL DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y PERFIL HEMODINÁMICO DEL TILT TEST EN UN PERÍODO DE 10 AÑOS 375

0900 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN VÁLVULA PROTÉSICA O VÁLVULA NATIVA: ¿SON MUY DIFERENTES? 375

0901 - COCIENTE NEUTRÓFILO-LINFOCITO COMO PREDICTOR DE EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO 376

0905 - ESTRATEGIAS DE RESOLUCIÓN TERAPÉUTICA EN EL SÍNCOPE NEUROMEDIADO: DE LA TEORÍA DE LAS GUÍAS A LA PRÁCTICA CLÍNICA 377

0908 - RECUPERACIÓN DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA ¿ES TODO LO MISMO? 378

0909 - TITULO: INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTES JOVENES Y ADULTOS: ANALISIS DE FACTORES DE RIESGO, ANGIOPLASTIA Y RESOLUCION ANGIOGRAFICA DE 150 CASOS 379

0910 - ¿PUEDE LA ECOCARDIOGRAFÍA PREDECIR EL RIESGO DE MORTALIDAD EN LA HIPERTENSIÓN PULMONAR GRUPO III? 380

0911 - ANALISIS DE PACIENTES CON DERRAME PERICARDICO INGRESADOS A UNIDAD TERAPIA INTENSIVA. ESTUDIO ANALITICO 381

0915 - ESTAR EN ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD 381

0916 - IMPACTO PRONÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS EN LA EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UNA COHORTE CONTEMPORÁNEA 382

0917 - PREDICTORES DE RECURRENCIA DE TAQUICARDIA VENTRICULAR POST-ABLACIÓN CON CATÉTER 383

0918 - INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA EN PORTADORES DE MARCAPASOS: ANÁLISIS COMPARATIVO CON CONTROLES EMPAREJADOS POR PUNTAJE DE PROPENSIÓN 384

0919 - ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LA CLASIFICACIÓN DE LAS GUÍAS AHA/ACC 2026 Y ESC 2019 PARA LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO 385

0922 - WILL BLEED SCORE, COMO PREDICTOR DE SANGRADO POST OPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE REVASCULARIZACION MIOCARDICA (CRM) EN EL SISTEMA DE SALUD DE MALVINAS ARGENTINAS 385

0923 - FIBRILACIÓN AURICULAR DE NOVO EN PORTADORES DE MARCAPASOS: INCIDENCIA REAL Y AUSENCIA DE IMPACTO INDEPENDIENTE SOBRE LA FUNCIÓN VENTRICULAR EN UNA COHORTE DE MÁS DE DOS DÉCADAS 386

0926 - RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE LIPOPROTEÍNA(A) Y LA ANATOMÍA CORONARIA EN LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS 387

0928 - ESTIMACIÓN DEL EJE ELÉCTRICO MEDIANTE SMARTWATCH: VALIDACIÓN FRENTE AL ELECTROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVACIONES EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA Y ADULTA 388

0929 - COMPARACIÓN ENTRE ÍNDICE CINTURA/TALLA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA Y PREDICCIÓN DE EVENTOS CARDIOVASCULARES 389

0931 - ¿MISMO DESTINO, DISTINTAS DÉCADAS? IMPACTO DE LA MORFOLOGÍA VALVULAR AÓRTICA EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA ALEJADA DE PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA 390

0935 - IMPACTO DEL HORARIO DE ATENCIÓN SOBRE LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON IAM CON ELEVACIÓN DEL ST Y COMPROMISO HEMODINÁMICO 391

0936 - DIFERENCIAS DE SEXO EN LA TRAYECTORIA DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN Y EN LA INCIDENCIA DE MIOCARDIOPATÍA INDUCIDA POR ESTIMULACIÓN EN PORTADORES DE MARCAPASOS PERMANENTE 391

0937 - ALFABETIZACIÓN DIGITAL E INGENIERÍA DE PROMPTS EN MÉDICOS Y ESTUDIANTES DE MEDICINA: ¿ESTAMOS PREPARADOS PARA LA ERA DE LA IA GENERATIVA? 392

0944 - PREDICCIÓN DE DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA MEDIANTE EL ELECTROCARDIOGRAMA. ¿SUPERA LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL A LA LECTURA DEL CARDIÓLOGO? 393

0951 - SEGUIMIENTO CLÍNICO Y ECOGRÁFICO A 4 AÑOS TRAS ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA: TASA DE EVENTOS Y RE INTERVENCIONES EN UN CENTRO DE REFERENCIA. 394

0952 - IMPLEMENTACIÓN DE UN EQUIPO DE RESPUESTA (PERT) EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y SU IMPACTO EN EL TIEMPO HASTA EL INICIO DE LA ANTICOAGULACIÓN Y LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA 395

0959 - IMPACTO DE LA REPERFUSION ANGIOGRAFICA EXITOSA SOBRE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO 395

0962 - FRAGILIDAD: DIMENSIONES NO CAPTADAS POR FRAIL EN ADULTOS MAYORES 396

0963 - EJERCICIO AMBULATORIO DE LA CARDIOLOGÍA: CONDICIONES LABORALES, IMPACTO ECONÓMICO PERCIBIDO Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA ENCUESTA A CARDIÓLOGOS ARGENTINOS 397

0965 - PUNTAJE ANATÓMICO POR ECOTRANSESOFAGICO TRIDIMENSIONAL PARA ESTRATIFICAR LA COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA EN LA REPARACIÓN MITRAL DEGENERATIVA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS RESULTADOS QUIRÚRGICOS 398

0968 - LA TRÍADA CARDIOGERIÁTRICA EN EL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA: ¿UN CONSTRUCTO ÚNICO O TRES EJES INDEPENDIENTES DE VULNERABILIDAD? 399

0969 - FACTIBILIDAD Y SEGURIDAD TEMPRANA DE LOS ENDOANCLAJES EN ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL CON CUELLO HOSTIL 400

0970 - IMPACTO DEL COMPROMISO HEMODINÁMICO Y LA MORTALIDAD DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR DEL GRUPO 3 401

0973 - INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA A LA VARIABILIDAD DINÁMICA DEL INTERVALO QT Y ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL COMO BIOMARCADOR PRECOZ DE RIESGO ARRÍTMICO POR ESTRÉS CRÓNICO EN ADULTOS JÓVENES 401

0974 - MORTALIDAD Y HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PORTADORES DE MARCAPASOS PERMANENTE: ANÁLISIS EN UNA COHORTE INSTITUCIONAL CON AJUSTE MULTIVARIABLE 402

0976 - ACUERDOS Y CONTROVERSIAS EN EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DEL PACIENTE OCTOGENARIO Y/O FRÁGIL: RESULTADOS DE ROUNDTABLE DE EXPERTOS 403

0977 - IDENTIFICACIÓN DE FENOTIPOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA OBESIDAD MEDIANTE TÉCNICAS DE MACHINE LEARNING: ENFOQUE EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FUNCIÓN PRESERVADA 404

0978 - PREDICTORES DE RECURRENCIA TRAS ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA Y NO PAROXÍSTICA EN UNA COHORTE ARGENTINA CON SEGUIMIENTO MAYOR A 12 MESES 404

0979 - INFARTO CON SUPRADESNIVEL DEL ST EN ARGENTINA. REPORTE ANUAL DEL REGISTRO ARGEN IAM-ST 405

0981 - UTILIDAD DEL ESTUDIO DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA GATED-SPECT Y SU ASOCIACIÓN CON LOS ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS SEGÚN LAS CLASIFICACIONES SAC, SBC Y AHA 406

0983 - ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN Y SU IMPACTO CLÍNICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 407

0987 - PERFIL HEMODINÁMICO EN HIPERTENSIÓN PULMONAR: COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES DE BAJO RIESGO Y NO-BAJO RIESGO BASAL 408

0989 - REEMPLAZO VALVULAR MITRAL TRANSCATÉTER CON PRÓTESIS BALÓN EXPANDIBLE NO DEDICADA EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN PROTÉSICA 409

0991 - EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN CIRUGÍA DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 10 AÑOS 410

0992 - DEL CONSENSO A LA PRÁCTICA: FACTIBILIDAD DE LAS RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES OCTOGENARIOS Y/O FRÁGILES 411

0993 - USO DE TREPROSTINIL PARENTERAL EN LA CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES MÁS ALLÁ DE LA EVALUACIÓN DE RIESGO EN ARGENTINA Y COLOMBIA 412

0994 - FENOMAPEO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: IDENTIFICACIÓN DE FENOTIPOS CON DIFERENTE PRONÓSTICO A LARGO PLAZO 413

0995 - PREVALENCIA DE ATEROMATOSIS CAROTÍDEA EN PACIENTES CON DIABETES SEGÚN CATEGORÍA DE RIESGO CARDIOVASCULAR ESTIMADA POR SCORE PREVENT 414

1001 - SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA LITOTRICIA INTRAVASCULAR EN LESIONES ILIOFEMORALES SEVERAMENTE CALCIFICADAS: EXPERIENCIA EN SUBGRUPOS DE ALTO RIESGO, DIABÉTICOS CON LESIONES TRÓFICAS Y TABAQUISTAS 415

1003 - NEUMONÍA POST OPERATORIA EN CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE TERCER NIVEL 416

1004 - IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE LA CAPACIDAD DE EJERCICIO Y CALIDAD DE VIDA: ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS DE TC6M Y SF- 36 416

1007 - CARACTERÍSTICAS BASALES E INCIDENCIA DE EVENTOS EN PACIENTES SOMETIDOS A REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO POR INSUFICIENCIA AÓRTICA SEVERA 417

1011 - FENOTIPOS CLÍNICOS DE RIESGO CRÓNICO SUBDIAGNOSTICADOS EN LA UNIDAD CORONARIA: DISCREPANCIAS ENTRE LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y LA VALORACIÓN OBJETIVA. 419

1013 - LOS FENOTIPOS VENTRICULARES ECOCARDIOGRÁFICOS REFLEJAN LA ADAPTACIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO EN LA HIPERTENSIÓN PULMONAR PRECAPILAR: PERSPECTIVAS DE UNA COHORTE DEL MUNDO REAL 420

1016 - "RESULTADOS Y COMPLICACIONES DEL ACCESO INFRAPATELAR DISTAL PARA INTERVENCIONES ARTERIALES PERIFÉRICAS: EXPERIENCIA UNICÉNTRICA" 420

1018 - MIOPATÍA AURICULAR AVANZADA EN ESTENOSIS MITRAL SEVERA: PREDICTORES ECOCARDIOGRÁFICOS INDEPENDIENTES DE TROMBOGÉNESIS Y RIESGO CARDIOEMBÓLICO 421

1021 - REGISTRO DE FRAGILIDAD, MULTIMORBILIDAD Y POLIFARMACIA (RAFA): CARACTERIZACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE UNA COHORTE AMBULATORIA DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN CARDIOLOGÍA 422

1023 - INFARTO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST EN PACIENTES JÓVENES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS Y TENDENCIA DE INCIDENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTO VOLUMEN 423

1024 - DURABILIDAD CLÍNICA Y ECOCARDIOGRÁFICA DE LA REPARACIÓN MITRAL PERCUTÁNEA BORDE A BORDE: EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA ARGENTINO 424

1025 - ASOCIACIÓN ENTRE EL STRAIN VENTRICULAR IZQUIERDO POR RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA Y EL PORCENTAJE DEL CONSUMO PICO DE OXÍGENO PREDICHO EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA 425

1031 - REMODELADO CARDÍACO Y REMODELADO VALVULAR TRICUSPÍDEO: INVERSIÓN DE LAS DIFERENCIAS DE SEXO A PARTIR DE LA SÉPTIMA DÉCADA DE LA VIDA 426

1032 - EFECTOS DE UNA DIETA ALTA EN GRASA Y SAL SOBRE LOS PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS Y SUS RECEPTORES EN LA RATA 427

1033 - IMPLEMENTACIÓN DE TERAPIAS RECOMENDADAS POR GUÍAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO 427

1034 - EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA CRIOABLACIÓN EN VÍAS ACCESORIAS SEPTALES 428

1036 - FICCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR. ¿EXISTE EL REMODELADO INVERSO? 429

1040 - MODULACIÓN METABÓLICA DE LA CARDIOPROTECCIÓN INDUCIDA POR ESTEVIÓSIDO FRENTE A LA LESIÓN MIOCÁRDICA POR ISQUEMIA-REPERFUSIÓN 430

1041 - PARO CARDIORRESPIRATORIO PREVIO Y RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS DE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST 431

1045 - IMPACTO DEL SEXO FEMENINO SOBRE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST SOMETIDO A ANGIOPLASTIA PRIMARIA 431

1047 - IMPACTO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL SOBRE LAS CAMARAS CARDIACAS DERECHAS 432

1048 - DÉFICIT DE HIERRO Y ANEMIA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA: PREVALENCIA, PERFIL CLÍNICO Y BRECHA TERAPÉUTICA 433

1052 - NUEVAS HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST 434

1054 - HP GRUPO III. ¿LA EXPERIENCIA SUPERA LA EVIDENCIA? 435

0005 - EFECTIVIDAD DE LA DENERVACIÓN VAGAL BAJO TÉCNICA DE MAPEO DE POTENCIALES FRACCIONADOS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR, SÍNCOPE Y TRASTORNOS FUNCIONALES DE LA CONDUCCIÓN

Arritmias y Electrofisiología

Juan Pablo DONATTI | Mateo BIVORT HAIEK | Lautaro MAGGIO | Patricio Javier GARCES CRUZ | Juan Manuel ABOY | Luis Dante BARJA

Hospital Universitario Austral

Introducción: El sistema nervioso autónomo participa en la modulación del sistema de conducción y está asociado a aumento de la excitabilidad de las venas pulmonares (VP). Un tono vagal excesivo, puede inducir bradiarritmias funcionales, así como iniciar y/o perpetuar eventos de Fibrilación auricular (FA). La localización y ablación de los plexos ganglionares (PG) mediante mapas de fraccionamiento constituyen una estrategia en el tratamiento de estas patologías.

Objetivos: PRIMARIOS Evaluar la efectividad de la denervación autonómica (posprocedimiento inmediato). Determinar la durabilidad de la denervación autonómica a 12 meses. SECUNDARIOS Evaluar la seguridad del método. Evaluar la libertad de eventos de FA en el seguimiento a 12 meses de los pacientes del grupo A Analizar la evolución clínica (recurrencia de síncope y/o alteraciones de la conducción) a 12 meses de los pacientes del grupo B.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes incluidos entre 2023 y 2025 en nuestro Hospital Universitario, a quienes se les efectuó modulación autonómica intracardíaca. Se realizó como estrategia asociada a ablación por radiofrecuencia de FA o como tratamiento primario de síncope cardioinhibitorio y/o trastornos funcionales de la conducción. Todos ingresaron en ritmo sinusal. Se incluyeron 122 pacientes. 86% de sexo masculino, edad media de 52 años. Se conformaron dos grupos. Grupo A 113 pacientes, 92% del total. 73 pacientes presentaban FA paroxística, 34 persistente y 6 persistente de larga duración. Grupo B 9 pacientes, 8% del total. Pacientes con síncope vasovagal 2, síncope cardioinhibitorio 1, bradicardia sinusal severa y paros sinusales 4, bloqueo AV de alto grado 2. Se definió como denervación autonómica positiva aguda (DAPA) al aumento >= 20% de la FC post procedimiento inmediato respecto a la FC basal. Protocolo de Pachón: detección de electrogramas fraccionados con filtro de 40–500 Hz, mediante algoritmo de fraccionamiento del sistema de navegación. Regiones con mayor concentración de electrogramas fraccionados fueron consideradas como PG. Se realizó ablación de dichas regiones en todos los pacientes con el agregado de aislamiento de VP con técnica antral ampliada en el grupo A. Se comparó la FC pre ablación, pos ablación inmediata y a los 12 meses. Se evaluó la evolución clínica a un año de los pacientes de grupo B, con seguimiento clínico y Holter de 24 horas a los 6 y 12 meses

Resultados: Grupo A: el 42% (47) presentó DAPA post procedimiento. Se registraron 2 complicaciones mayores: 1 accidente cerebrovascular y 1 taponamiento cardíaco. A 12 meses, un 52% (n=58) presentó un aumento sostenido de la frecuencia cardíaca >=20% en relación con el valor basal y un 10% (n=12) presentó recurrencia de FA. Grupo B: el 100 % evidenció DAPA. No se registraron complicaciones. Un paciente presentó indicación de implante de marcapasos definitivo. Los pacientes restantes (n=8) no presentaron recurrencia de trastornos funcionales ni eventos clínicos, asociado a un aumento sostenido de la frecuencia cardíaca >=20% con respecto al basal.

Conclusión: La ablación de PG se asoció con DAPA en ambos grupos. El incremento de la FC durante el seguimiento respalda la durabilidad del efecto de denervación autonómica. En conjunto, estos hallazgos sugieren que esta constituye una estrategia terapéutica segura y eficaz a corto y largo plazo.

0011 - INDEXACIÓN DEL ÁREA VALVULAR AÓRTICA POR ALTURA EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD: COMPARACIÓN CON LA INDEXACIÓN POR SUPERFICIE CORPORAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA ESTENOSIS AÓRTICA

Valvulopatías

Fabián Alejandro AZZARI | Leonardo KRSTICEVIC

Hôpital de Rimouski / CISSS de Bas St Laurent

Introducción: La severidad de la estenosis aórtica (EA) se determina mediante parámetros ecocardiográficos como el área valvular aórtica (AVA), la velocidad máxima aórtica (Vmax), el gradiente medio y el AVA indexado por superficie

corporal (AVA/SC). Sin embargo, en pacientes con sobrepeso u obesidad, la indexación por superficie corporal podría generar una discordancia diagnóstica debido a una sobrecorrección relacionada con el peso corporal.

Objetivos: Evaluar el rendimiento diagnóstico de la indexación del AVA por altura (AVA/ALT) para determinar la severidad de la EA en pacientes con distintos grados de sobrepeso y obesidad.

Materiales y Métodos: Se incluyeron prospectivamente pacientes evaluados en nuestro centro entre enero de 2019 y abril de 2026, con fracción de eyección ventricular izquierda ≥50%, sin insuficiencia mitral o aórtica significativa y volumen sistólico indexado normal (>35 ml/m²). Los pacientes fueron clasificados según índice de masa corporal en peso normal (18,5–24,9 kg/m²), sobrepeso (25,0–29,9 kg/m²) y obesidad (≥30 kg/m²). La severidad de la EA se definió según Vmax: <3,0 m/s (normal/leve; n=2375), 3,0–3,9 m/s (moderada; n=234) y ≥4,0 m/s (severa; n=113). Los puntos de corte óptimos para AVA/ALT se determinaron mediante curvas precision-recall (PR). Posteriormente, se comparó el rendimiento diagnóstico de AVA, AVA/SC y AVA/ALT mediante matrices de confusión y prueba Q de Cochran, utilizando Vmax como estándar de referencia.

TABLA 1:

	PESO NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
N (% del total)	831	1120	773
Edad (años)	72.0	71.0	69.0
≥75 años	42.4%	36.5%	27.2%
Masculino	46.2%	64.0%	53.4%
Peso (kg)	63.5	78.5	90.7
Altura (m)	1.68	1.70	1.68
SC (m²)	1.77	1.90	2.00
IMC (kg/m²)	22.9	27.3	32.0
Ritmo sinusal	94.5%	93.3%	93.4%
Septum (mm)	9	10	10
FEVI (%)	64.0	64.0	63.0
Valve			
Tricúspide	96.3%	95.4%	94.7%
Bicúspide	2.5%	3.0%	2.7%
Indeterminada	1.2%	1.6%	2.6%
Diámetro sub valvular (mm)	21.3	22.2	22.3
Volumen de eyección (ml/m²)	50.1	49.4	48.7
Velocidad máxima aorta			
<3 m/seg	88.4%	84.6%	89.8%
3.0-3.9 m/seg	7.9%	10.2%	7.1%
≥4.0 m/seg	3.6%	5.1%	3.1%

TABLA 2:

	Sens	Espec	VPN	VPP	CCM	Índice F1	Exactitud	NORMAL / SOBRE / OB	
EA SEVERA								VPP	VPP
AVA <1.0 cm²	71.2%	98.8%	98.8%	71.8%	0.703	0.715	0.977	65.8%	75.0%
AVA/SC<0.60 cm²/m²	89.2%	97.7%	99.5%	62.3%	0.733	0.733	0.974	70.3%	59.8%
AVA/ALT≤0.61 cm²/m	79.3%	98.8%	99.1%	73.9%	0.755	0.765	0.980	71.1%	75.3%
EA MODERADA									
AVA 1.0-1.5 cm²	98.8%	75.0%	96.3%	79.5%	0.795	0.881	0.963	74.7%	75.1%
AVA/SC 0.60-.085 cm²/m²	98.8%	69.2%	95.4%	75.9%	0.759	0.858	0.954	78.1%	66.4%
AVA/ALT <0.61-≤0.88 cm²/m	98.4%	80.7%	96.8%	80.7%	0.807	0.887	0.968	78.9%	81.5%

Sens = sensibilidad; Espec = especificidad; VPN = valor predictivo negativo; VPP = valor predictivo positivo; Exactitud = *accuracy* en inglés; CCM = coeficiente de correlación de Matthews; SOBRE / OB = SOBREPESO / OBESIDAD.

Resultados: Se incluyeron 2722 pacientes (edad mediana 71 años; 57% hombres), de los cuales 41% presentaban sobrepeso y 28% obesidad. La TABLA 1 muestra las características antropométricas y ecocardiográficas según el IMC. Los puntos de corte óptimos para AVA/ALT fueron <=0,88 cm²/m para EA moderada y <=0,61 cm²/m para EA severa, con áreas bajo la curva PR de 0,935 y 0,764, respectivamente. La TABLA 2 muestra las matrices de confusión para EA moderada y severa según AVA, AVA/SC y AVA/ALT. En pacientes con IMC normal, no se observaron diferencias significativas en el rendimiento diagnóstico entre AVA, AVA/SC y AVA/ALT para la identificación de EA moderada o severa. En contraste, en pacientes con sobrepeso/obesidad, AVA/ALT mostró un rendimiento significativamente superior al AVA/SC tanto para EA moderada (p<0,01, diferencia mínima de 0.66%) como severa (p<0,001, diferencia mínima de 0.57%), con mayor valor predictivo positivo y mejor exactitud diagnóstica. El rendimiento del AVA/ALT fue comparable al del AVA absoluto en ambos escenarios.

Conclusión: En pacientes con sobrepeso y obesidad, el AVA/ALT mostró un mejor rendimiento diagnóstico que la indexación por superficie corporal y un desempeño comparable al AVA absoluto para la clasificación de la estenosis aórtica.

0012 - TRATAMIENTO PERCUTANEO DE PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO CRIPTOGENICO

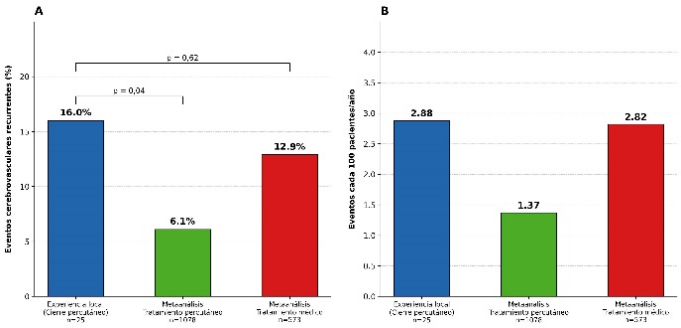
Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardio Geriatría

Alejandro CONTRERAS[1] | Alejo CONTRERAS BELLOTTO[2] | Eduardo Javier BRENNA[1] | Alejandro Román PEIRONE[1]

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA. INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS BIOMEDICAS DE CÓRDOBA[1]; UNIVERSIDAD CATOLICA DE CORDOBA[2]

Introducción: El foramen oval permeable (FOP) está presente en alrededor del 25% de la población adulta, y su prevalencia es significativamente mayor en pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico criptogénico que en pacientes con una causa identificable de ACV. El beneficio del tratamiento con cateterismo es principalmente en pacientes menores de 60 años.

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo fue describir la prevalencia e incidencia de eventos cerebrovasculares en pacientes mayores de 60 años tratados por ACV criptogénico mediante oclusión percutánea del defecto y comparar nuestros resultados con los pacientes tratados con oclusión de FOP y con tratamiento médico en estudios previos.



Materiales y Métodos: Estudio observacional. Se incluyeron en forma retrospectiva desde enero de 2007 hasta octubre de 2024 todos los pacientes con diagnóstico de ACV isquémico o accidente isquémico transitorio (AIT) criptogénico, mayores de 60 años y a quienes mediante técnica percutánea se les ocluyo un FOP. Se investigó como punto final la recurrencia de evento cerebrovascular (ACV y AIT isquémico). Para comparar nuestros resultados, se obtuvo datos poblacionales y eventos recurrentes (ACV y AIT isquémico), de los estudios incluidos en un metaanálisis (MA) reciente (Jazayeri et al. 2025)

Resultados: En el periodo descripto, 184 pacientes fueron intervenidos mediante cateterismo ocluyendo un FOP en nuestra institución, de los cuales 25 pacientes tenían más de 60 años. La edad media fue de 65,1 años (DE 3,7) y el 44% de los pacientes incluidos eran mujeres. El 40% habían padecido un ACV isquémico y el 60% un AIT. El tiempo transcurrido entre el evento índice y el tratamiento percutáneo fue de 7,6 meses (DE 6,9). Nueve pacientes tenían antecedente de ACV o AIT previo al evento índice. El score RoPE de la población fue de 4,1 puntos (DE 1). El 60% tenía ASA (15 pacientes) y el 92% tenía FOP de tamaño grande (23 pacientes). En todos los casos la oclusión percutánea del FOP fue exitosa y sin complicaciones. Durante el seguimiento clínico de 5,5 años (DE 5), entre 1 año y 15,8 años, 4 pacientes padecieron eventos cerebrovasculares isquémicos recurrentes (16%), correspondiendo a una tasa de 2,88 eventos cada 100 pacientes/año. En el grupo (MA) tratamiento percutáneo hubo 66 eventos (6,1%) combinados (ACV o AIT recurrente), y 4 estudios reportaron la tasa de eventos siendo de 1,37 eventos cada 100 pacientes/año. En el grupo (MA) tratamiento médico hubo 74 eventos (12,9 %) combinados (ACV o AIT recurrente), y 2 estudios reportaron la tasa de eventos siendo de 2,82 eventos cada 100 pacientes/año. (Figura 1).

Conclusión: En pacientes mayores de 60 años con ACV criptogénico tratados con oclusión percutánea de FOP, la tasa de recurrencia de eventos isquémicos fue elevada y comparable a la reportada con tratamiento médico en estudios previos. Estos hallazgos sugieren que el beneficio del cierre percutáneo en esta población podría ser menor que el observado en pacientes más jóvenes y destacan la importancia de una cuidadosa selección de candidatos.

0014 - DISFUNCIÓN MICROVASCULAR Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES: IMPACTO PRONÓSTICO DE LA RESERVA DE FLUJO MIOCÁRDICO

Corazón y Mujer

María Victoria CARVELLI | Mariana CORNELI | Magali GOBBO | Daniel Omar ROSA | Pablo Fernando ELISSAMBURU | Néstor PÉREZ BALIÑO | Alejandro Horacio MERETTA | Osvaldo H. MASOLI

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

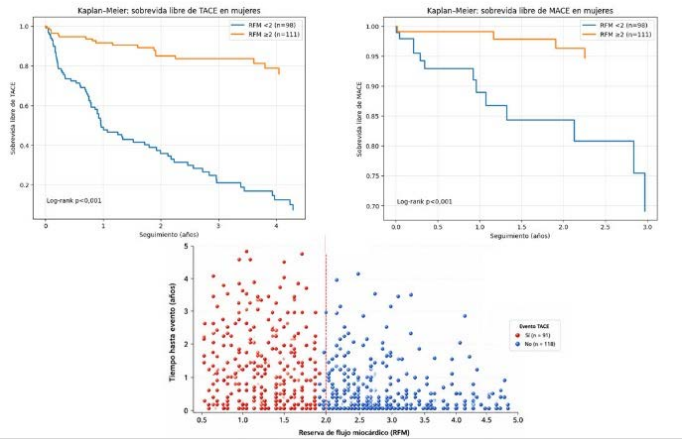
Introducción: La evaluación del riesgo cardiovascular en mujeres continúa siendo un desafío, en gran parte debido a la alta prevalencia de enfermedad coronaria no obstructiva. En este contexto, la reserva de flujo miocárdico (RFM) emerge como un marcador fisiológico integrador de la función coronaria global, con potencial para superar las limitaciones de los métodos diagnósticos convencionales. Sin embargo, su valor pronóstico específico en mujeres no ha sido completamente establecido.

Variable	Población total (n=209)
Edad (años)	62.8 ± 12.0
Reserva de flujo miocárdico (RFM)	2.16 ± 0.81
Fracción de eyección ventricular izquierda (%)	63.5 ± 8.7
Hipertensión arterial	123 (58.9%)
Diabetes	54 (25.8%)
Dislipemia	138 (66.0%)
Antecedente de tabaquismo	69 (33.0%)

Objetivos: Evaluar el impacto pronóstico de la RFM en mujeres y analizar su asociación con eventos cardiovasculares, así como su comportamiento según la presencia de enfermedad coronaria epicárdica.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo

en mujeres sometidas a evaluación de la RFM mediante imágenes dinámicas con cámaras gamma CZT. La RFM se definió como la relación entre el flujo post-dipiridamol y basal, considerándose reducida cuando fue <2. Los MACE incluyeron muerte, IAM, ACV y revascularización coronaria, mientras que los TACE incluyeron además angina, intervenciones periféricas e internaciones cardiovasculares. Las comparaciones se realizaron mediante pruebas paramétricas y no paramétricas según correspondiera. La sobrevida libre de eventos se evaluó con Kaplan–Meier y regresión de Cox. La capacidad predictiva se analizó mediante C-index y likelihood-ratio test (LRT), incluyendo análisis por subgrupos según enfermedad coronaria epicárdica.



Resultados: Se incluyeron 209 pacientes; las características basales se detallan en la Tabla 1. Durante un seguimiento mediano de 1,46 años (RIC 0,71–3,18), se registraron 17 eventos MACE y 91 eventos TACE. Las pacientes con RFM reducida presentaron una marcada disminución de la sobrevida libre de eventos tanto para MACE como para TACE (log-rank p<0,001 en ambos casos). (Imagen 1) En el análisis univariado, la RFM <2 se asoció significativamente con un incremento del riesgo de MACE (HR 6,25; IC95%: 2,01–19,44; p=0,002) y TACE (HR 7,90; IC95%: 4,67–13,34; p<0,001). Tras el ajuste multivariado la RFM reducida permaneció como predictor independiente de MACE (HR 7,88; IC95%: 2,37–26,17; p<0,001) y TACE (HR 7,73; IC95%: 4,55–13,13; p<0,001). La incorporación de la RFM al modelo clínico basal mejoró la capacidad predictiva tanto para MACE como para TACE. Para MACE, el C-index aumentó de 0,70 a 0,80, mientras que para TACE se incrementó de 0,57 a 0,74. Asimismo, la inclusión de la RFM mejoró significativamente el ajuste global de los modelos según el likelihood-ratio test (LRT p<0,001). El impacto pronóstico de la RFM se mantuvo consistente en los diferentes subgrupos analizados.

Conclusión: En mujeres, la RFM reducida se asoció con un incremento significativo del riesgo de eventos cardiovasculares. Su valor pronóstico se mantiene independientemente de la presencia de enfermedad coronaria epicárdica y aporta valor incremental en la estratificación de riesgo, mejorando significativamente la capacidad predictiva de los modelos convencionales. Estos hallazgos invitan a replantear el paradigma de evaluación del riesgo cardiovascular en mujeres. Asimismo, nuestros resultados refuerzan la necesidad de incorporar estrategias diagnósticas con perspectiva de género, capaces de identificar formas de enfermedad cardiovascular frecuentemente subestimadas por los modelos tradicionales centrados en la enfermedad coronaria obstructiva. La RFM emerge así como una herramienta para la identificación de mujeres con alto riesgo cardiovascular.

0016 - FUNCIÓN LONGITUDINAL EN ESTENOSIS AÓRTICA: VALOR PRONÓSTICO DE LA EXCURSIÓN SISTÓLICA DEL PLANO DEL ANILLO MITRAL

Multimagen / Valvulopatías

Carlos Adrián CARLESSI LUNA | Juan MORBIDONI | Evangelina GARELLO | Bruno Nicolás STRADA | Ileana Belén LEGUIZAMON | Milagros Magali PRAZENICA | Isabella Lucia BERTOLI | Carolina MÜLLER

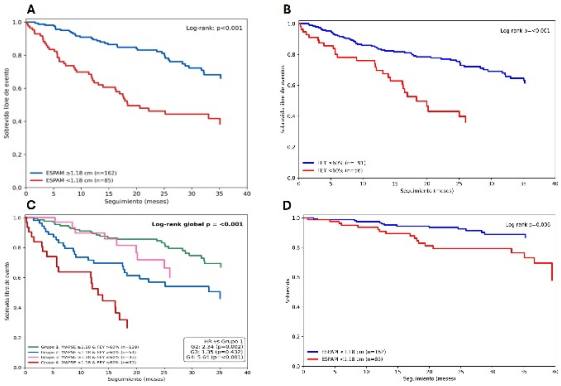
INSTITUTO CARDIOVASCULAR SAN GERONIMO

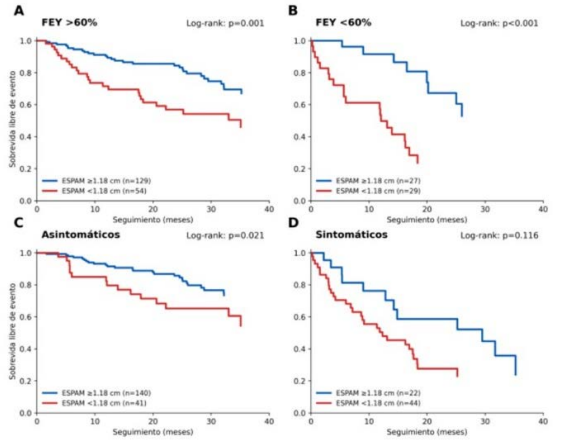
Introducción: La función longitudinal del ventrículo izquierdo (VI) es un determinante pronóstico en la estenosis aórtica (EA) y se evalúa habitualmente mediante strain longitudinal global con técnica de speckle-tracking. La excursión sistólica del plano del anillo mitral (ESPAM) es un indicador de la función longitudinal; sin embargo, su valor pronóstico no se ha validado prospectivamente

Objetivos: Evaluar el valor pronóstico de la ESPAM en pacientes con EA moderada a severa.

Materiales y Métodos: Se incluyeron prospectivamente 247 pacientes con EA moderada (área valvular aórtica [AVA] 1,0-1,5 cm²) o severa (AVA < 1,0 cm²) y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEY) >= 50 %, sintomáticos o mínimamente sintomáticos. La ESPAM se calculó como el promedio de la excursión del anillo mitral septal y lateral en la vista apical de cuatro cámaras. Los pacientes se estratificaron según el ESPAM (< 1,18 cm frente a >= 1,18 cm) y la FEY

(< 60 % >= 60 %), definiendo cuatro fenotipos sistólicos: Grupo 1 (ESPAM >= 1,18 cm y FEY>= 60 %), Grupo 2 (ESPAM < 1,18 cm y FEY >=60 %), Grupo 3 (ESPAM >= 1,18 cm y FEY< 60 %) y Grupo 4 (ESPAM < 1,18 cm y FEY< 60 %). El punto final combinado fue reemplazo valvular aórtico (RVA) o mortalidad por cualquier causa.





Resultados: La media de edad fue de 72,8 ± 10,3 años y la media de FEY fue 64,6 ± 6,05 %. La mediana de ESPAM fue de 1,30 cm (RIC 1,1–1,44). El 60,7% fueron EA severas. Durante un seguimiento medio de 25,4 meses (RIC 14,6–35,8), el punto final se produjo en el 33,6% de los pacientes, mientras que la mortalidad por todas las causas fue del 13%. Un ESPAM < 1,18 cm se asoció fuertemente con punto final (p < 0,001; HR 2,95 [1,91-4,54] (Fig. 1A), al igual que una FEY < 60% (p < 0,001; HR 2,63 [1,68-4,13] Fig. 1B). El grupo 4 presentó la peor supervivencia libre de eventos en comparación con todos los demás fenotipos (p < 0,001 frente al grupo 1; p = 0,01 frente al grupo 2; p = 0,007 frente al grupo C). En comparación con el grupo 1, el grupo 4 presenta un HR de 5,64 (3,10-10,7), p < 0,001 (Fig. 1C). Cabe destacar que el ESPAM < 1,18 cm se asoció significativamente con la mortalidad por todas las causas, p = 0,003; HR 2,67 (1,33-5,37) (Fig. 1D). ESPAM mantuvo su capacidad predictiva en los dos grupos de FEY (p = 0,001 para FEY >= 60%; HR 2,40 [1,40-4,12] y p = 0,001; HR 3,32 [1,50-7,35] para FEY < 60% (Fig. 2A y 2B, respectivamente). En los pacientes asintomáticos presentó un HR de 2,08 (1,10-3,93) (p=0.021) mientras que en los sintomáticos evidenció una tendencia no significativa (HR 1,71 [0,91-3,35]) (p=0.116) (Fig. 2 C y D respectivamente).

Conclusión: ESPAM es un marcador pronóstico en estenosis aórtica moderada o severa, que proporciona una estratificación de riesgo adicional más allá de la FEY. Estos hallazgos resaltan la importancia de la función ventricular izquierda longitudinal para la estratificación del riesgo, independientemente de la modalidad de evaluación

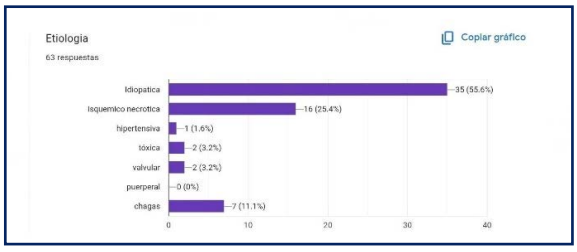
0017 - CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCION DE EYECCIÓN RECUPERADA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Adrian Carlos FERNANDEZ | Fiorella Del Carmen SOTO AREVALO | Michelle TORRE | Eduardo WOJTYNA | Karen Evangelina GALERA | Ricardo Eugenio SPERANZA

HOSPITAL POSADAS

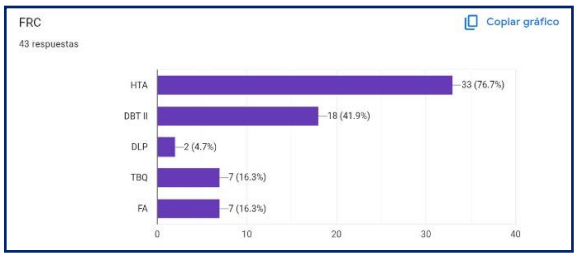
Introducción: La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección recuperada constituye una nueva entidad de pacientes en los que se puede observar una recuperación de la fracción de eyección por encima del 50% o un aumento de la fracción de eyección de 10 puntos porcentuales por encima de valores de 40%. Esta mejoría de los parámetros ecocardiográficos está en relación con un proceso de remodelado reverso del ventrículo izquierdo que se asume como consecuencia de las terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas recomendadas por las guías clínicas.



Objetivos: Evaluar las características de los pacientes con fracción de eyección recuperada y los cambios en los parámetros ecocardiográficos

Materiales y Métodos: Se realizó una evaluación retrospectiva de 63 pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en los que se verificó una recuperación de la fracción de eyección en el último control ecocardiográfico. Las variables absolutas

se expresaron en porcentajes y las variables continuas en números enteros y desvió estándar.



Resultados: Se determinó la etiología más frecuente fue la idiopática, la media de edad fue de 59, con un predominio del sexo masculino del 68%. Se evidenció una disminución estadísticamente significativa de los diámetros sistólico y diastólico del ventrículo izquierdo y aurícula izquierda. También se observó una mejoría de la función sistólica del ventrículo izquierdo y derecho (TAPSE) y una disminución de la presión sistólica de la arteria pulmonar izquierdo y derecho. Del total de esta población más del 90% se encontró con triple terapia de tratamiento médico optimo (ARNI/IECA/ARAII-BB-AA).

Conclusión: La mejoría de la función sistólica se evidenció en ambos ventrículos, con una reducción de los diámetros del ventrículo izquierdo y aurícula izquierda, sin cambio en los espesores parietales relativos, acompañado de una reducción significativa de los valores de presión pulmonar sistólica.

0018 - MIOCARDIOPATÍA INDUCIDA POR FIBRILACIÓN AURICULAR LONG-STANDING Y REVERSIÓN POST ABLACIÓN COMPLEJA DE CAMBIO DE SUSTRATO

Arritmias y Electrofisiología

Lautaro MAGGIO | Mateo BIVORT HAIEK | Juan Pablo DONATTI | Juan Manuel ABOY | Luis Dante BARJA

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Introducción: La fibrilación auricular long-standing (FALS) es la arritmia con mayor riesgo para el desarrollo de miocardiopatía inducida por arritmia (MIA). Una ablación exitosa constituiría una estrategia potencialmente curativa de ambas, aunque la complejidad del remodelado auricular asociado a la FALS representa un gran desafío técnico.

Objetivos: Evaluar la efectividad primaria y a largo plazo de la ablación compleja en pacientes con FALS y sospecha de MIA. Analizar la recuperación de la fracción de eyección (FEY) post-procedimiento.

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de un subgrupo de 21 pacientes con FALS asociado a MIA con caída de la FEY, de un grupo total de 65 pacientes con FALS ablacionados en FA entre el 2015 -2025. Edad promedio 60 años, masculinos, 62% obesos, 81% hipertensos. La estrategia de ablación fue progresiva y sumatoria:1 WACA ampliada con plexos y ligamento de Marshall (según diversas técnicas), 2 línea de techo, 3 desfragmentación de seno coronario y 4 Box posterior. El 28% presento deterioro de la FEY moderado a severo y 56% leve a moderado. Tres pacientes ingresaron con FEY conservada por drogas e internación previa pero que luego recayeron. El seguimiento incluyó Holter 24hs y evaluación clínica 1, 6, 12, 24 y 36 meses y en un 50% de los pacientes se realizó al menos un Holter 7 días. DEFINCION DE CAMBIO DE SUSTRATO: pasaje intra ablación de la FA (ingreso) a ritmo sinusal (RS) u otro sustrato arrítmico NO FA.: Aleteo Auricular(AA) o Taquicardia Auricular(TA)

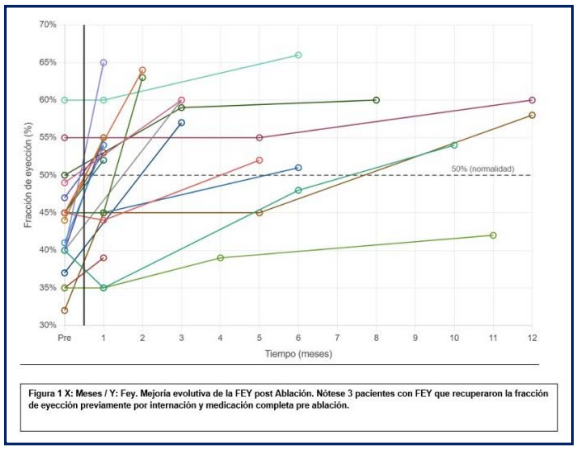


Figura 1 X: Meses / Y: Fey. Mejoría evolutiva de la FEY post Ablación. Nótese 3 pacientes con FEY que recuperaron la fracción de eyección previamente por internación y medicación completa pre ablación.

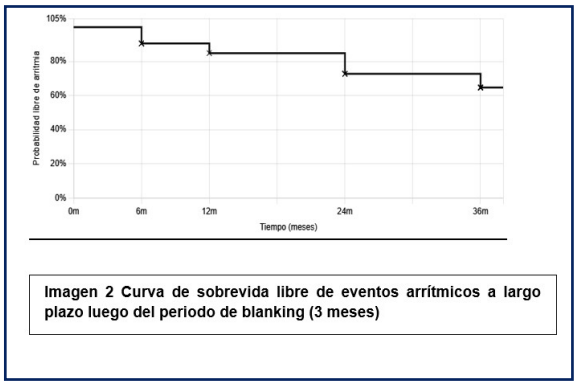


Imagen 2 Curva de sobrevida libre de eventos arrítmicos a largo plazo luego del periodo de blanking (3 meses)

Resultados: El éxito primario o cambio de sustrato fue del 76,2%: 23,8% revirtió a RS, 38,1% a AA y 14,3% a TA. Un 24,8% NO presento cambio de sustrato y fue cardiovertido. Luego del período de 3 meses, el mantenimiento de RS fue del 90,5% a los 6 meses, 84,8% al año, 72,7% a los 2 años y 64,6% a los 3 años. La recurrencia de FA fue del 9,5% a los 6 meses, estable al año, y del 29,4% a los 3 años. El 88,9% normaliza la FEY al año, con un tiempo medio de recuperación de 1,9 meses. No mortalidad cardiovascular; 1 paciente requirió reinternación por insuficiencia cardíaca a los 3 años.

Conclusión: La asociación de técnicas complejas en un solo procedimiento en pacientes con FALS asociada a MIA, que ingresaron en FA con un punto final de cambio de sustrato demostró ser segura, Con una alta tasa de efectividad a largo plazo y normalización de la FEY. El cambo de sustrato se logró en más del 75% de los casos con pasaje a RS directo o a otras arritmias más organizadas con oportunidad de ser ablacionadas. Estos resultados refuerzan el control de ritmo mediante ablación paso a paso compleja con el objetivo de la reversión en este subgrupo de pacientes.

0021 - INCONSISTENCIAS Y CONSECUENCIAS DE LA NORMALIZACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE LAS DIMENSIONES DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO

Valvulopatías / Multimagen

Francisco Martín PEREA

SANATORIO MODELO TUCUMÁN

Introducción: La indexación por superficie corporal (SC) busca distinguir el remodelado cardíaco patológico del tamaño corporal normal. Sin embargo, indexar dimensiones con diferentes exponentes dimensionales produce resultados inconsistentes.

Objetivos: Describir y cuantificar el error matemático de indexar el diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI) [L^1] y el volumen de fin de diástole por Teicholz (VFD) [L^3] por la SC [L^2], y cuantificar las inconsistencias resultantes en la definición de dilatación del VI con los puntos de corte ASE 2006 y 2015.

Materiales y Métodos: Se analizaron 70.907 registros ecocardiográficos válidos obtenidos de una calculadora online de geometría ventricular, divididos por sexo. Se aplicaron por separado los criterios de normalidad ASE 2006 y 2015.

TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
70.907 registros depurados	44.354 62,5% del total	26.553 37,5% del total

VARIABLE / CATEGORÍA	MASCULINO	FEMENINO	P (CHI²)
Normal — ASE 2015	39,2%	33,8%	$4{,}1 \times 10^{-47}$
Patológico — ASE 2015	60,8%	66,2%	$4{,}1 \times 10^{-47}$
Normal — ASE 2006	39,1%	40,9%	$1{,}2 \times 10^{-4}$
Patológico — ASE 2006	60,9%	59,1%	$1{,}2 \times 10^{-4}$

Resultados: El 62,5% fueron varones y el 37,5% mujeres. Los varones presentaron mayor altura (166,1 ± 9,8 vs. 157,3 ± 8,0 cm), peso (76,7 ± 17,4 vs. 69,7 ± 16,1 kg), SC (1,84 ± 0,23 vs. 1,70 ± 0,20 m²), DDVI (47,3 ± 6,6 vs. 44,6 ± 5,8 mm) y VFD (106,9 ± 37,2 vs. 92,8 ± 29,9 ml); todas las diferencias fueron significativas. Tras la indexación, el DDVI/SC fue mayor en mujeres (26,5 ± 4,0 vs. 25,9 ± 4,1 mm/m²; p < 0,001) y el VFD/SC permaneció mayor en varones (58,2 ± 19,5 vs. 54,9 ± 17,4 ml/m²; p < 0,001). En 28.260 individuos con geometría normal (ASE 2006 y/o 2015), el DDVI/SC demostró un error sistemático: varones con SC = 1,6 m² tuvieron un DDVI de 44,0 mm e índice de 27,4 mm/m², mientras que con SC = 1,9 m² el DDVI fue 3,4 mm mayor pero el índice 2,4 mm/m² menor; en mujeres el efecto fue más pronunciado (26,9 vs. 24,2 mm/m², r = 0,54, p < 0,001). El VFD/SC exhibió el error opuesto: una diferencia real de 16,5 ml resultó en un incremento mínimo del índice (55,1 vs. 55,5 ml/m², p = 0,029, r = 0,027), corregido con VFD/SC^1,5 (43,4 vs. 40,4 ml/m³). Ambos errores derivan de que DDVI [L^1] y VFD [L^3] no son homogéneos con SC [L^2], por lo que sus cocientes no son adimensionales y no eliminan la dependencia del tamaño corporal; esto se corrige con DDVI/raíz²(SC) y VFD/SC^1,5. Con criterios ASE 2006, DDVI/SC y VFD/SC clasificaron como dilatados al 7,5% y 13,3% respectivamente, identificando poblaciones opuestas por sexo: DDVI/SC detectó mayor dilatación en mujeres (8,1% vs. 7,2%; OR = 1,13, IC95% 1,07–1,20; p < 0,0001), mientras VFD/SC la detectó predominantemente en varones (15,0% vs. 10,3%; OR = 0,65, IC95% 0,62–0,68; p < 0,001). Los dilatados por DDVI/SC tuvieron SC menor que los dilatados por VFD/SC, tanto en varones (1,65 vs. 1,82 m²) como en mujeres (1,50 vs. 1,65 m²; p < 0,001 en ambos). Los 4.846 casos "DDVI

TOTAL	MASCULINO	FEMENINO
70.907 registros depurados	44.354 62,5% del total	26.553 37,5% del total

VARIABLES CONTINUAS — MEDIA ± DS

VARIABLE	MASCULINO	FEMENINO	P (MANN-WHITNEY)
ANTROPOMÉTRICAS			
Altura (cm)	166,1 ± 9,8	157,3 ± 8,0	< 0,0001
Peso (kg)	76,7 ± 17,4	69,7 ± 16,1	< 0,0001
Superficie corporal (m²)	1,84 ± 0,23	1,78 ± 0,20	< 0,0001
IMC (kg/m²)	27,7 ± 5,3	28,1 ± 6,0	$3{,}9 \times 10^{-11}$
DIMENSIONES DE CAVIDAD			
DDVI (mm)	47,3 ± 6,6	44,6 ± 5,8	< 0,0001
DDVI indexado (mm/m²)	25,9 ± 4,1	26,5 ± 4,0	$2{,}1 \times 10^{-198}$
VFD-Teich (ml)	106,9 ± 37,2	92,8 ± 29,9	< 0,0001
VFD indexado (ml/m²)	58,2 ± 19,5	54,9 ± 17,4	$1{,}5 \times 10^{-104}$
PAREDES Y MASA			
Septum interventricular (mm)	10,3 ± 1,9	9,7 ± 2,0	< 0,0001
Pared posterior (mm)	9,6 ± 1,6	9,2 ± 1,7	$7{,}5 \times 10^{-155}$
Masa VI (g)	173,9 ± 60,0	146,7 ± 51,7	< 0,0001
IMVI (g/m²)	94,4 ± 30,6	86,6 ± 29,8	< 0,0001
Espesor parietal relativo	0,41 ± 0,08	0,42 ± 0,09	0,38 ns

normal / VFD dilatado" presentaron DDVI de 56–57 mm enmascarado por SC alta (~1,9 m²); los 778 casos inversos tenían DDVI de 44–45 mm sobreindexado por SC baja (~1,35 m²). La guía ASE 2015 reclasificó 1.978 pacientes (2,8%) de normal a patológico, el 93% mujeres.

Conclusión: La indexación del DDVI y el VFD por superficie corporal introduce errores dimensionales sistemáticos y de dirección opuesta que generan inconsistencias clínicamente relevantes en la clasificación del ventrículo izquierdo. Estos errores afectan de forma diferencial a varones y mujeres, y su magnitud es suficiente para modificar la proporción de pacientes clasificados como dilatados y para producir clasificaciones discordantes entre ambos índices en el 7,9% de los casos.

0022 - CUESTION DE GÉNERO O CUESTION DE ADHERENCIA?: QUIEN PESA MAS EN LA REHOSPITALIZACIÓN POR SINDROME CORONARIO AGUDOS

Cardiopatía Isquémica / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Federico Fabián Ignacio MENDEZ[1] | Macarena Clara ZAYAS[1] | Argenis GAMBOA[1] | Ysamar Rubí AQUINO MUÑOZ[1] | Ana QUINTERO[1] | Mariana Ayelén MAYA[1] | Norberto BORNANCINI[1] | Rafael PORCILE[2]

SANATORIO SANTA CLARA TALAR[1]; UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICA[2]

Introducción: Diversos estudios han demostrado la existencia de diferencias según género en el acceso a los sistemas de salud, la indicación de tratamientos farmacológicos, la adherencia terapéutica y la evolución clínica posterior al síndrome coronario agudo (SCA). Estas desigualdades podrían influir significativamente en la tasa de rehospitalización y en la mortalidad posterior al evento, constituyendo un problema relevante en la práctica clínica. La adherencia al tratamiento farmacológico posterior al alta representa un factor clave en la prevención de nuevos eventos isquémicos y en la reducción de la morbimortalidad cardiovascular. Sin embargo, su impacto relativo frente al género como determinante independiente de la evolución clínica continúa siendo motivo de debate.

Objetivos: Comparar la tasa de rehospitalización por SCA en relación con la adherencia al tratamiento farmacológico y evaluar las diferencias en la adherencia terapéutica según el género.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de cohorte transversal. Se incluyeron 186 pacientes de ≥ 50 años, rehospitalizados por SCA con o sin elevación del segmento ST (STEMI / NSTEMI), durante un período de 12 meses. Se analizaron variables demográficas, género, adherencia al tratamiento farmacológico, rehospitalización por SCA y mortalidad.

Resultados: La población analizada estuvo compuesta por 186 pacientes, de los cuales 112 (60,2%) correspondieron al sexo masculino y 74 (39,8%) al sexo femenino. La media de edad fue 65 años. Durante el período de seguimiento de 12 meses, 41 pacientes (22%) presentaron rehospitalización por síndrome coronario agudo. De estos, 27 fueron hombres (24,1%) y 14 mujeres (18,9%), evidenciando una mayor tasa de rehospitalización en el sexo masculino. En relación con la adherencia al tratamiento farmacológico, 144 pacientes (77,4%) presentaron adecuada adherencia. La adherencia fue mayor en mujeres (82,4%) que en hombres (74,1%). Durante el seguimiento se registraron 18 fallecimientos (9,7%), de los cuales 13 correspondieron al sexo masculino (11,6%) y 5 al sexo femenino (6,8%).

Conclusión: En la población estudiada, el sexo masculino presentó mayores tasas de rehospitalización y mortalidad por SCA en comparación con el sexo femenino. Paralelamente, las mujeres demostraron una mayor adherencia al tratamiento farmacológico indicado al alta. Estos hallazgos sugieren que la peor evolución clínica observada en los hombres podría estar relacionada, al menos en parte, con una menor adherencia terapéutica más que con el género como factor independiente. La adherencia al tratamiento farmacológico emerge como un determinante clínico fundamental en la evolución clínica a un año posterior al síndrome coronario agudo.

0026 - IMPACTO DEL REMODELADO REVERSO DEL VENTRICULO DERECHO ESTIMADO POR ECOCARDIOGRAMA EN PACIENTES CON HAP: MORTALIDAD A 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO

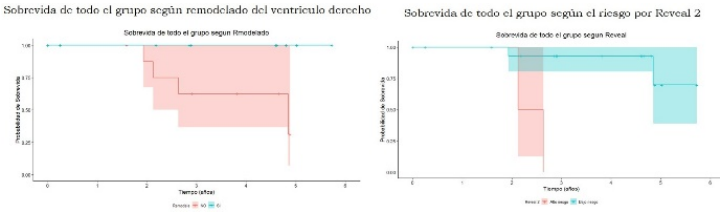
Enfermedad Vascular Pulmonar / Multimagen

Nicolás Matías D'AMELIO | Paula KAPLAN | Javier IRIARTE | Manuel LAGO | German Job SOUTO | Andrés Enrique DINI | Cristiano STÜRMER RAMOS | Fabiana MONTOYA

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: En pacientes con Hipertensión arterial pulmonar(HAP) la disfunción del ventrículo derecho secundaria al aumento de la postcarga es el principal determinante pronóstico. El remodelado reverso del ventrículo derecho(RRVD) es predictor independiente de eventos de morbimortalidad en pacientes bajo tratamiento vasodilatador especifico y según diferentes grupos de trabajo en HAP el mismo puede ser estimado por Ecocardiograma doppler.

Objetivos: Explorar el RRVD como predictor de eventos de morbimortalidad en pacientes con HAP, prevalentes y en tratamiento vasodilatador regular a 36 meses de seguimiento.



Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de HAP, prevalentes, con tratamiento estable por más de 3 meses evaluados retrospectivamente a 3 años de seguimiento. Se analizaron las siguientes variables: Clase funcional, categorización de riesgo a través de REVEAL 2.0, Test marcha 6 minutos, Nt pro Bnp y parámetros hemodinámicos de acuerdo a guías de practica clínica ERS/ESC 2022. Las variables utilizadas para definir RRVD fueron: Area de fin de diástole del ventrículo derecho(AFDVD), Area de aurícula derecha(AD), índice de excentricidad(IE).

Resultados: Se analizaron 19 pacientes, edad mediana 41 años, 68% mujeres, etiologías HAP: idiopática 57,8%, asociada a fármacos, enfermedad del tejido conectivo, HIV, portopulmonar y grupo 4. CF 2 y 3 89,5%. La sobrevida a 3 años fue de 81%(IC 63-100). Presentaron RRVD 10 pacientes. A 3 años los pacientes con RRVD presentaban CF 1 y 2, score REVEAL 2.0 bajo, mediana de IC 3,4L/min/m2, volumen sistólico indexado 41,5ml/m2 y RVP 4,5UW. solo 3 pacientes mostraron descenso mayor al 50% de las resistencias vasculares pulmonares respecto de la hemodinamia basal. mediana nt pro bnp fue normal y solo 2 pacientes recibían triple terapia que incluían prostanoides parenterales. La sobrevida del grupo con RRVD presente a 3 años fue del 100% (IC 100-100) mientras que en el grupo sin RRVD fue de 63%(IC 37-100).

Conclusión: A pesar del reducido número de pacientes evaluados, estos hallazgos enfatizan la importancia de la consideración de parámetros ecocardiográficos de mejoría de la función y tamaño del VD en el seguimiento de los pacientes con HAP.

0027 - INCIDENCIA DE ENDOLEAKS CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVOS EN PACIENTES TRATADOS CON ENDOPRÓTESIS DE AORTA ABDOMINAL "BAJO PERFIL"

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Medicina Vascular

Brian Xavier SORIA VEGA | Gustavo LEV | Carlos FAVA | Pablo LAMELAS | Gastón HEREDIA | Juan M. PEREZ | Orejuela IVANA | Oscar Alfredo MENDIZ

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: El tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal ha permitido reducir la morbimortalidad asociada a su crecimiento y ruptura. La evolución tecnológica hacia endoprótesis de bajo perfil ha ampliado significativamente la elegibilidad para EVAR, especialmente en pacientes con accesos ilíacos pequeños, tortuosos o severamente calcificados, permitiendo un abordaje percutáneo en un mayor número de casos. Sin embargo, esta reducción del calibre de los dispositivos se ha acompañado de interrogantes respecto a su desempeño en anatomías complejas, particularmente en relación con la fuerza radial, el sellado proximal y la durabilidad a largo plazo, lo que podría impactar en la incidencia de endoleaks clínicamente relevantes y la necesidad de reintervenciones.

Objetivos: Analizar la incidencia de endoleaks clínicamente significativos en pacientes sometidos a reparación endovascular de aneurisma de aorta abdominal mediante el implante de endoprótesis de bajo perfil.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 108 pacientes consecutivos con aneurisma de aorta abdominal tratados con endoprótesis de bajo perfil entre enero de 2016 y marzo de 2026. Se implantaron 39 dispositivos Cook Zenith Alpha, 44 Endologix y 25 Minos. Se evaluaron factores de riesgo cardiovascular, antecedentes cardiovasculares, variables anatómicas preoperatorias y la evolución durante el seguimiento, incluyendo la aparición de endoleaks.

Resultados: La edad media fue de 74,2 años, con predominio del sexo masculino (81%). Los factores de riesgo más frecuentes fueron hipertensión arterial (81%) y ex tabaquismo (47%). Siete pacientes fueron tratados por endoleak secundario a una endoprótesis previa. El diámetro máximo medio del aneurisma fue de 58 mm. El éxito técnico, definido como la correcta liberación del dispositivo sin conversión quirúrgica, mortalidad perioperatoria, endoleak tipo I o III ni oclusión de ramas protésicas, fue del 99,1%. Tres pacientes fallecieron durante la internación, uno por hemorragia digestiva alta secundario a ulcera gástrica, uno por isquemia mesentérica que evolucionó posteriormente con shock séptico y uno por hemorragia intraparenquimatosa. La mediana de seguimiento fue de 22 meses. Cuatro pacientes fallecieron durante el seguimiento extrahospitalario, en uno de los casos presentó ruptura aguda de la endoprótesis con shock hemorrágico y en los otros tres casos fue por causas no relacionadas con el procedimiento o la prótesis. Durante el seguimiento se registraron 4 endoleaks tipo IA, 3 tipo IB, 20 tipo II (6 dependientes de la arteria mesentérica inferior y 14 de ramas lumbares), 3 tipo III y 1 tipo IV. Sin embargo, solo aquellos endoleaks asociados a persistencia en el tiempo, crecimiento del saco aneurismático o repercusión clínica fueron considerados clínicamente significativos. En este contexto, un 5% de los pacientes requirió reintervención: un paciente requirió colocación de una extensión por endoleak tipo IB, uno requirió colocación de endoarcors por endoleak 1A, uno requirió embolización de la arteria mesentérica inferior, uno colocación de un stent cubierto por disección del acceso femoral y uno colocación de nueva endoprótesis en otro centro por ruptura de la prótesis.

Conclusión: El uso de endoprótesis de bajo perfil amplía la elegibilidad para tratamiento endovascular en pacientes con aneurisma de aorta abdominal, particularmente en aquellos con accesos vasculares complejos. En esta cohorte, se observó una baja incidencia de endoleaks clínicamente significativos, con alta tasa de éxito técnico y baja necesidad de reintervenciones.

0029 - TENDENCIA TEMPORALES Y RESULTADOS CLÍNICOS POST-TAVI EN PACIENTES FRÁGILES: ¿HA MEJORADO EL PRONÓSTICO CON LA EVOLUCIÓN DE LA TÉCNICA?

Valvulopatías / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Gonzalo GUTIERREZ CORREA | Camila PETRY | Lucas MEDIZZA | Camila SEBASTIANI | Ignacio Manuel CIGALINI | Roberto LARGHI | Claudio Manuel CIGALINI

Hospital Privado de Rosario

Introducción: Históricamente la fragilidad se asoció con peores resultados en pacientes sometidos a reemplazo valvular aórtico percutáneo (TAVI). Sin embargo, la evolución del procedimiento hacia técnicas mínimamente invasivas asociado a la creciente experiencia de los operadores podrían modificar este hecho.

Objetivos: Evaluar la asociación entre la fragilidad y los resultados intrahospitalarios tras TAVI, considerando el efecto del momento temporal del procedimiento

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes sometidos a TAVI entre mayo de 2012 y abril de 2026 en un único centro. Los pacientes fueron clasificados como no frágiles, prefrágiles o frágiles según los criterios de Fried. Se compararon las características basales, procedimentales y los eventos intrahospitalarios entre grupos. Posteriormente se evaluó la asociación entre fragilidad, tiempo transcurrido desde el procedimiento y duración de la internación mediante modelos de regresión

Varable	Pre Frágil (n=55)	Fragil (n = 53)	No Fragil (n=23)	p
Edad	80 (75.50-84.50)	81 (77.00-84.00)	79 (72.00-84.00)	0.2913
Sexo Masculino	32 (58.2%)	24 (45.3%)	12 (52.2%)	0.4066
Hipertension Arterial	43 (78.2%)	46 (86.8%)	16 (69.6%)	0.1964
Dislipidemia	40 (72.7%)	25 (47.2%)	17 (73.9%)	0.0108
Diabetes	15 (27,3%)	11 (20,8%)	10 (43,5%)	0.1251
EPOC	17 (30.9%)	15 (28.3%)	1 (4.3%)	0.0382
ClCr	53.20 (42.19-67.71)	56.38 (41.92-75.00)	56,00 (43,00–77,00)	0.6703
STS	4,14 (3,38–7,88)	4,74 (3,36–7,93)	4,04 (2,91–5,19)	0,413
Euroscore II	5,30 (3,12–8,77)	6,01 (3,79–10,39)	4,67 (2,47–6,26)	0,0752
Fracción de Eyección	60,00 (54,00–65,00)	60,00 (53,00–65,00)	65,00 (60,00–66,50)	0,0941
Exito del Procedimiento	55 (100%)	52 (98,1%)	23 (100%)	0.5802
Abordaje Percutáneo	42 (76,4%)	27 (50,9%)	21 (91,3%)	0.0006
Anestesia General	14 (25,5%)	27 (50,9%)	21 (91,3%)	0.0023
Días de Internación	3,00 (2,00–3,50)	4.00 (2.00–6.00)	2,00 (2,00–3,75)	0.0234
Bloqueo AV completo	3 (6%)	6 (12,5%)	2 (9,1%)	0.0585
Marcapaso	4 (8%)	11 (22,9%)	3 (13,6%)	0.1213
Complicaciones Vaculares	1 (1,8%)	3 (5,7%)	0 (0%)	0.4034
ACV	2 (3,6%)	1 (1,9%)	2 (8,7%)	0.3964
Muerte IH	0 (0%)	3 (5,7%)	1 (4,3%)	0.179

Resultados: Se incluyeron 131 pacientes (51.9% hombres, edad mediana 80 años (76-84) de los cuales 53 (40.46%) eran frágiles. Las principales características de los grupos se describen en la tabla 1. No hubo diferencias significativas en edad, función ventricular o riesgo quirúrgico encontrándose mayor prevalencia de tabaquismo previo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica en pacientes frágiles. El éxito de la intervención fue alta y similar entre los diferentes grupos. Sin embargo, la técnica del procedimiento varió con mayor abordaje quirúrgico y anestesia general en pacientes frágiles con mayor duración de la internación (4 [2–6] vs 3 [2–3,5] vs 2 [2–3,75] días; p=0,023).

Conclusión: Los pacientes sometidos a TAVI en etapas tempranas del servicio presentaron mayores niveles de fragilidad y mayores tiempos de internación. Sin embargo, al considerar la evolución temporal, la fragilidad no mostró una asociación independiente con eventos intrahospitalarios y duración de internación. Estos hallazgos sugieren que la evolución del TAVI y la experiencia de los operadores ha contribuido a hacer más eficiente el tratamiento de pacientes frágiles.

0034 - HIERRO CARBOXIMALTOSA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA: ¿HORA DE PERSONALIZAR O TODO SIGUE IGUAL DE BIEN?

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Investigación Básica

Macarena Clara ZAYAS[1] | Argenis GAMBOA[1] | Mariana MAYA[1] | Ysamar Rubí AQUINO[1] | Federico MENDEZ[1] | Norberto BORNANCINI[1] | Ana Karina QUINTERO[1] | Rafael PORCILE[2]

SANATORIO SANTA CLARA TALAR[1]; UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICA[2]

Introducción: La deficiencia de hierro tiene una prevalencia del 50% en insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección reducida (IC-FEr) y se asocia a peor capacidad funcional, pronóstico y mayor tasa de hospitalizaciones. El presente trabajo pretende mostrar una muestra del mundo real, con sus dificultades y la prevalencia del déficit de hierro en pacientes con IC.

Objetivos: Comparar las poblaciones con y sin déficit de hierro e IC bajo tratamiento óptimo según las guías actuales.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, analítico y unicéntrico Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de IC crónica y fracción de eyección levemente reducida (FEVI 41–49%) y reducida (FEVI ≤40%), bajo tratamiento médico óptimo de acuerdo con guías actuales. A todos los pacientes se les evaluó el metabolismo del hierro mediante ferritina sérica, saturación de transferrina (TSAT) y ferremia. La indicación de hierro carboximaltosa se realizó conforme a criterios bioquímicos y clínicos vigentes. Los pacientes que no recibieron infusión correspondieron a individuos que no cumplían criterios para reposición, y no a pacientes sin evaluación del estado del hierro.

Resultados: En el análisis de 63 pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) basal disponible, 41 cumplieron criterios y recibieron infusión de hierro carboximaltosa, mientras que 22 no cumplieron criterios de infusión. La mejoría de la FEVI fue significativamente más frecuente en los pacientes tratados con hierro carboximaltosa en comparación con aquellos que no recibieron la infusión (52,5% vs 9,1%; p=0,0008). En pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección levemente reducida y reducida, bajo tratamiento médico óptimo, la infusión de hierro carboximaltosa se asoció a una recuperación significativamente mayor de la función ventricular en comparación con los pacientes que no cumplieron criterios de infusión. La mejoría de la fracción de eyección fue significativamente más frecuente en el grupo tratado, con un mayor incremento absoluto de FEVI, especialmente en el subgrupo con fracción de eyección reducida.

Conclusión: Los pacientes que no recibieron reposición de hierro presentaron una evolución predominantemente estable de la función ventricular, sin evidencia de mejoría significativa durante el seguimiento. No se observaron diferencias significativas en mortalidad, reinternación por insuficiencia cardíaca ni eventos cardiovasculares mayores entre los grupos, lo que sugiere un beneficio funcional sin aumento de eventos adversos en un contexto de práctica clínica real. En conjunto, estos hallazgos refuerzan el valor de la adecuada selección de pacientes y consolidan a la infusión de hierro carboximaltosa como una estrategia terapéutica eficaz y segura para mejorar la función ventricular en la insuficiencia cardíaca, aportando evidencia del mundo real alineada con las recomendaciones actuales.

0036 - DISCORDANCIA ENTRE ESCALAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y RECLASIFICACIÓN CLÍNICA MEDIANTE MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON FENOTIPO CARDIOMETABÓLICO

Hipertensión Arterial / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Dennys PRIETO | Edward UCETA | Lempira GUEVARA | Agustín PRADA | **Loreanna PRADA**

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA - HOSPITAL VARGAS DE CARACAS

Introducción: Las escalas tradicionales de riesgo cardiovascular constituyen la base de la prevención moderna; sin embargo, pueden subestimar el riesgo en pacientes con fenotipo cardiometabólico. El monitoreo ambulatorio de presión arterial permite identificar alteraciones hemodinámicas con valor pronóstico independiente que no son captadas por las escalas convencionales. La magnitud de la reclasificación clínica aportada por esta herramienta en poblaciones latinoamericanas permanece insuficientemente caracterizada.

Objetivos: Evaluar la concordancia entre las escalas PREVENT, SCORE2-LAC y ASCVD, y determinar el impacto del monitoreo ambulatorio de presión arterial sobre la reclasificación clínica del riesgo cardiovascular en una cohorte venezolana con fenotipo cardiometabólico.



Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico y transversal en 504 pacientes adultos sometidos a monitoreo ambulatorio de presión arterial de 24 horas. Se definió riesgo elevado por monitoreo ambulatorio mediante la presencia de al menos uno de los siguientes criterios: patrón non-dipper o riser sistólico o diastólico, presión de pulso >=50 mmHg o incremento matutino de la presión arterial >=35 mmHg. Se evaluó la concordancia entre escalas mediante coeficiente Kappa de Cohen y la asociación entre categorías de riesgo y riesgo elevado por monitoreo ambulatorio mediante prueba X^2. Se realizó regresión logística multivariable para identificar predictores cardiometabólicos asociados.

Resultados: Se incluyeron 504 pacientes, 69.8% mujeres, con edad media de 63.1 ± 13.5 años. La concordancia fue casi perfecta entre PREVENT y SCORE2-LAC (k=0.82; IC95% 0.76-0.87) y moderada entre PREVENT-ASCVD y SCORE2-LAC-ASCVD (K=0.56 para ambas comparaciones). El riesgo elevado por monitoreo ambulatorio se observó en 94.0% de los pacientes. Entre aquellos clasificados inicialmente como bajo o intermedio riesgo, el monitoreo ambulatorio reclasificó a alto riesgo al 56.0% según PREVENT, 62.2% según SCORE2-LAC y 69.5% según ASCVD. Las asociaciones entre categoría de riesgo y riesgo elevado por monitoreo ambulatorio fueron estadísticamente significativas para las tres escalas ($p<0.05$).

Conclusión: Las escalas tradicionales presentan discordancia clínicamente relevante y subestiman una proporción importante del riesgo cardiovascular en pacientes con fenotipo cardiometabólico. El monitoreo ambulatorio de presión arterial identifica una elevada carga de alteraciones hemodinámicas subclínicas y reclasifica una proporción significativa de pacientes inicialmente considerados de bajo o intermedio riesgo hacia categorías de alto riesgo. Estos hallazgos respaldan su incorporación sistemática en la estratificación cardiovascular y sugieren que la dependencia exclusiva de escalas convencionales podría conducir a infravaloración del riesgo y subtratamiento en población latinoamericana.

0038 - RIESGO CARDIOVASCULAR AUMENTADO EN MUJERES DE 40–60 AÑOS CON ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS ADVERSOS

Corazón y Mujer / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Mariana Ayelén MAYA | Ysamar Rubí AQUINO MUÑOZ | Argenis GAMBOA | Federico MENDEZ | Macarena ZAYAS | Ana QUINTERO | Norberto BORNANCINI | Rafael PORCILE

SANATORIO SANTA CLARA TALAR

Introducción: Los antecedentes obstétricos adversos (AObA), tales como preeclampsia, hipertensión gestacional, diabetes gestacional, parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino y muerte fetal, han emergido en los últimos años como factores de riesgo cardiovascular específicos de la mujer. Diversos estudios han demostrado que estas complicaciones del embarazo se asocian a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular a largo plazo, incluso en mujeres jóvenes o de mediana edad.

Objetivos: Evaluar la asociación entre AObA y riesgo cardiovascular aumentado en mujeres de 40–65 años.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron mujeres de 40–60 años con al menos un embarazo previo. Los AObA se definieron como la presencia de al menos uno de los siguientes antecedentes: preeclampsia/hipertensión gestacional, diabetes gestacional, parto pretérmino (<37 semanas), restricción del crecimiento intrauterino o muerte fetal. El riesgo cardiovascular aumentado se definió por la presencia de un score de riesgo cardiovascular elevado y/o la coexistencia de factores de riesgo cardiovasculares clásicos (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabaquismo u obesidad). Se comparó la prevalencia de riesgo cardiovascular aumentado entre mujeres con y sin AObA. Se realizó análisis multivariado para identificar asociaciones independientes.

Resultados: Se incluyeron 48 mujeres. El 65% presentó AObA. Al compararlo con mujeres sin AObA el riesgo cardiovascular aumentado fue más frecuente para el primer grupo (65% AObA vs 35% no AObA). En el análisis multivariado, los AObA se asociaron independientemente con riesgo cardiovascular aumentado.

Conclusión: Los antecedentes obstétricos adversos se asocian a mayor riesgo cardiovascular en mujeres de mediana edad independientemente de su riesgo cardiovascular basal. Como grupo de trabajo marcamos la importancia del control cardiovascular en las mujeres embarazada aún con edades intermedias y factores de riesgo cardiovascular bajo.

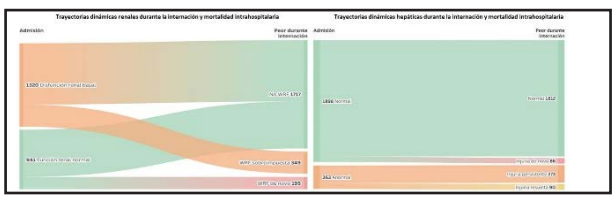
0040 - TRAYECTORIAS DINÁMICAS DE DAÑO MULTIORGÁNICO Y RIESGO DE MORTALIDAD EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Lucrecia María BURGOS | Rocio Consuelo BARO VILA | Maria Antonella DE BORTOLI | Damian MALANO | Tomas NACHMAN | Mirta DIEZ

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: En la insuficiencia cardíaca aguda (ICA), la disfunción orgánica es un proceso dinámico que refleja la evolución del estrés hemodinámico sistémico. Si bien las alteraciones renales y hepáticas al ingreso son reconocidos marcadores pronósticos, el impacto de las trayectorias intrahospitalarias de daño orgánico sobre la mortalidad permanece insuficientemente caracterizado.



Objetivos: Evaluar la asociación entre las trayectorias dinámicas de función renal y hepática durante la internación por ICA y la mortalidad intrahospitalaria.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes consecutivos internados por ICA entre enero de 2019 y enero de 2026. El empeoramiento de la función renal (WRF) se definió según los criterios KDIGO para lesión renal aguda, considerando un incremento de la creatinina sérica mayor o igual a 0,3 mg/dL o mayor o igual a 1,5 veces respecto del valor basal durante la hospitalización. La injuria hepática se definió como bilirrubina total mayor 1,5 mg/dL y/o AST/ALT mayor a 2 veces el límite superior normal. Las trayectorias renales se clasificaron en: función renal preservada sin WRF,

disfunción basal sin WRF, WRF de novo y WRF sobreimpuesto a disfunción basal. Las trayectorias hepáticas se categorizaron en: función estable normal, injuria de novo, injuria persistente e injuria resuelta, utilizando valores de ingreso, pico y último valor intrahospitalario. El endpoint primario fue mortalidad intrahospitalaria. Se realizó regresión logística multivariable ajustado.

Trayectorias renales (Ref: Función preservada sin WRF)			
Fenotipo	**OR ajustado**	**IC 95%**	**Valor p**
Disfunción basal sin WRF	5.33	1.11–25.71	0.037
WRF de novo	13.95	2.67–72.95	0.002
WRF sobreimpuesto	17.21	3.60–82.32	<0.001
Trayectorias hepáticas (Ref: Función estable)			
Fenotipo	**OR ajustado**	**IC 95%**	**Valor p**
Injuria resuelta	1.35	0.16–11.11	0.782
Injuria persistente	6.78	2.66–17.29	<0.001
Injuria de novo	22.28	7.53–65.94	<0.001
Fenotipo extremo combinado			
Fenotipo	**OR ajustado**	**IC 95%**	**Valor p**
Ambos de novo vs sin deterioro dinámico	12.48	4.81–32.39	<0.001

Resultados: Se incluyeron 2261 pacientes. La mortalidad intrahospitalaria global fue del 4,3% (97/2261). Las trayectorias renales mostraron un incremento escalonado de mortalidad (p<0,001): 0,94% en pacientes con función renal preservada sin WRF, 3,50% en disfunción basal sin WRF, 9,74% en WRF de novo y 12,32% en WRF sobreimpuesto. Los odds ratios (OR) ajustados fueron 5,33 (IC95% 1,11–25,71; p=0,037), 13,95 (IC95% 2,67–72,95; p=0,002) y 17,21 (IC 95% 3,60–82,32; p<0,001), respectivamente. Las trayectorias hepáticas también evidenciaron diferencias pronósticas significativas (p<0,001). La mortalidad fue 2,04% en pacientes con función hepática estable, 3,33% en injuria resuelta, 14,29% en injuria persistente y 27,91% en injuria hepática de novo. Comparado con función hepática estable, los OR ajustados fueron 6,78 (IC95% 2,66–17,29; p<0,001) para injuria persistente y 22,28 (IC95% 7,53–65,94; p<0,001) para injuria de novo. Los pacientes con desarrollo simultáneo de WRF de novo e injuria hepática de novo presentaron la mayor mortalidad intrahospitalaria (25,0% vs. 2,20% en ausencia de deterioro orgánico dinámico; OR ajustado 12,48; IC95% 4,81–32,39; p<0,001).

Conclusión: Las trayectorias dinámicas renal y hepática durante la internación por ICA identifican fenotipos pronósticos claramente diferenciados. El deterioro orgánico de novo, especialmente cuando compromete simultáneamente riñón e hígado, define un fenotipo de descompensación sistémica de muy alto riesgo, asociado a un marcado incremento de la mortalidad intrahospitalaria.

0041 - ACCESO, UTILIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN EN LA MEDIDA DE LA LIPOPROTEÍNA(A): UNA ENCUESTA NACIONAL A 518 LABORATORIOS Y ANÁLISIS DE 18.159 DETERMINACIONES EN ARGENTINA

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Educación Médica y Políticas de Salud

Gregorio FARIÑA[1] | Nahuel Hernán FERNANDEZ MACHULSKY[1] | Gabriel GHIONI[2] | Darío ZARANTONELLO[3] | Raúl GIRARDI[3] | Eduardo FREGGIARO[3] | **Gabriela BERG**[4]

DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA. FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA – UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES.[1]; QUALIUM LAB[2]; FUNDACIÓN BIOQUÍMICA ARGENTINA[3]; DEPTO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA-FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA-UBA, FUNDACIÓN BIOQUÍMICA ARGENTINA[4]

Introducción: La lipoproteína(a) [Lp(a)] es un factor de riesgo cardiovascular independiente y determinado genéticamente. A pesar de las recomendaciones de diversas sociedades médicas de medirla al menos una vez en la vida, su implementación continúa poco documentada, especialmente en Latinoamérica.

Objetivos: Evaluar el acceso a la medida de Lp(a) en laboratorios y caracterizar la distribución de los niveles de Lp(a) en una amplia base de datos obtenida de la práctica clínica habitual en Argentina.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio nacional de dos componentes, coordinado por la Fundación Argentina de Bioquímica (FBA): (1) una encuesta electrónica a laboratorios clínicos de toda Argentina para evaluar la disponibilidad de pruebas de Lp(a) y el volumen de solicitudes, y (2) un análisis de 18.159 determinaciones de Lp(a) de la provincia de Buenos Aires, realizadas en condiciones estandarizadas en un único laboratorio de referencia entre octubre de 2025 y enero de 2026.

Resultados: 518 laboratorios respondieron la encuesta, de los cuales 401 (77,4 %) reportaron acceso a pruebas de Lp(a); sin embargo, 291 de ellos (72,6 %) recibieron menos de 10 solicitudes mensuales, lo que indica un bajo volumen de pruebas. El análisis del registro reveló una mediana (Rango Intercuartilo) de Lp(a) de 18,5 mg/dL (6,7-42,1 mg/dL), con un 21,9 % de las muestras con niveles >= 50 mg/dL, un 14,3 % >= 75 mg/dL y un 7,1 % >=100 mg/dL. Las concentraciones de Lp(a) fueron ligeramente superiores en mujeres [19,1 mg/dL (9,3-51,8)] que en hombres [17,3 mg/dL (8,2-43,9)], p<0,001. Se observó una asociación positiva entre la edad y los niveles de Lp(a), especialmente en mujeres a partir de los 50 años.

Conclusión: A pesar de contar con una infraestructura de laboratorio adecuada para la determinación de Lp(a) en Argentina, su utilización clínica sigue siendo notablemente baja. La prevalencia de niveles elevados de Lp(a) (21,9 %) observada en la población analizada, comparable a la reportada en cohortes internacionales, resalta la importancia de continuar promoviendo la incorporación de los criterios y recomendaciones nacionales vigentes en la práctica clínica habitual, con el objetivo de optimizar la detección y el abordaje de pacientes con riesgo cardiovascular asociado.

0042 - FENOTIPOS ECOGRÁFICOS DE CONGESTIÓN SUBCLÍNICA Y SU EVOLUCIÓN DINÁMICA: IMPACTO PRONÓSTICO A 90 DÍAS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

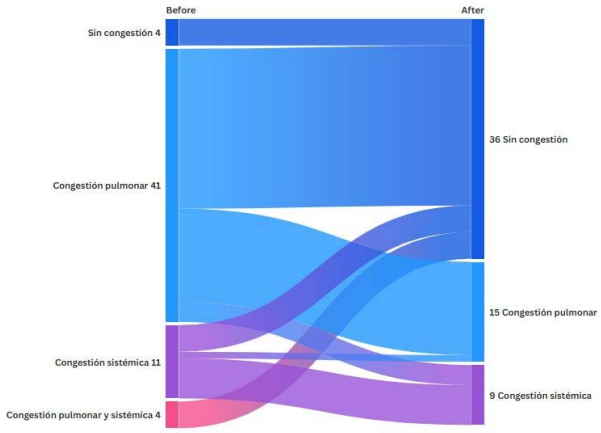
Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Multimagen

Lucrecia María BURGOS | Rocío Consuelo BARO VILA | María Antonella DE BORTOLI | Tomás NACHMAN | Damián MALANO | Martin VIVAS | Juan Pablo COSTABEL | Mirta DIEZ

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

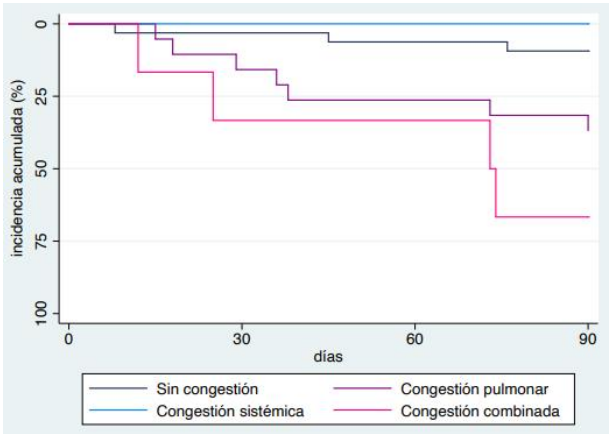
Introducción: La congestión residual al alta hospitalaria es uno de los principales determinantes de eventos adversos tempranos en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Si bien las recomendaciones recientes han promovido el uso de herramientas multiparamétricas para guiar la descongestión, la evolución dinámica de los fenotipos ecográficos de congestión subclínica y su impacto pronóstico no han sido suficientemente explorados. La ecografía pulmonar (EP) y de vena cava inferior (VCI) permiten una evaluación objetiva y reproducible de la congestión pulmonar y sistémica, respectivamente.

Objetivos: Evaluar la evolución de los fenotipos ecográficos de congestión subclínica desde el ingreso hasta el alta hospitalaria y su asociación con eventos a 90 días en pacientes hospitalizados por ICA.



Materiales y Métodos: Subestudio derivado de un ensayo clínico aleatorizado que incluyó pacientes adultos hospitalizados por ICA. Se realizó EP y ecografía de VCI diaria mediante un protocolo cuantitativo estandarizado al ingreso y al alta hospitalaria. Los estudios fueron realizados por operadores entrenados y analizados en un corelab independiente por cardiólogos expertos, asegurando reproducibilidad y calidad de las mediciones Se definieron cuatro fenotipos ecográficos: sin congestión subclínica, congestión pulmonar (>5 líneas B con VCI normal), congestión sistémica (VCI >21 mm y colapsabilidad <50% con <5 líneas B), y congestión combinada pulmonar y sistémica. El punto final primario fue un compuesto de readmisión o visita no planificada por empeoramiento de IC o muerte a 90 días. El análisis de supervivencia se realizó mediante curvas de Kaplan–Meier. La transición de fenotipos se representó mediante diagrama de Sankey.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes (edad media 76,7 ± 13 años; 68,3% hombres; FEVI 44% ± 15). La tasa global de eventos a 90 días fue del 23,3% (14/60). Al alta, el 53,3% de los pacientes fue clasificado como sin congestión, el 31,7% como congestión pulmonar, el 5% como congestión sistémica y el 10% como congestión combinada. La incidencia de eventos mostró un gradiente significativo según el fenotipo ecográfico al alta (p = 0,005): 9,4% en ausencia de congestión, 36,8% en congestión pulmonar, 0% en congestión sistémica y 66,7% en congestión combinada. La presencia de cualquier grado de congestión subclínica al alta se asoció con mayor riesgo de eventos (39,3% vs 9,4%; RR 4,19; IC95% 1,30–13,50; p = 0,011). Entre los pacientes con congestión al ingreso, el 46,7% logró resolución completa, mientras que el 33,3% persistió con congestión. La resolución se asoció con menor incidencia de eventos (10,7% vs 34,4%; p ≈ 0,03). Las curvas de Kaplan–Meier confirmaron peor pronóstico en pacientes con congestión combinada (log-rank p < 0,01).



Conclusión: La evaluación ecográfica seriada mediante ecografía pulmonar y de VCI permite identificar fenotipos dinámicos de congestión subclínica con claro impacto pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda. El fenotipo al alta mostró un gradiente de riesgo significativo, siendo la congestión combinada el perfil de peor pronóstico, mientras que la resolución completa de la congestión se asoció con menor incidencia de eventos. Estos hallazgos posicionan a la ecografía como una herramienta central para la evaluación de la descongestión y la estratificación del riesgo al alta.

0043 - INESTABILIDAD PRECOZ POST ALTA Y CARGA RECURRENTE DE EVENTOS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

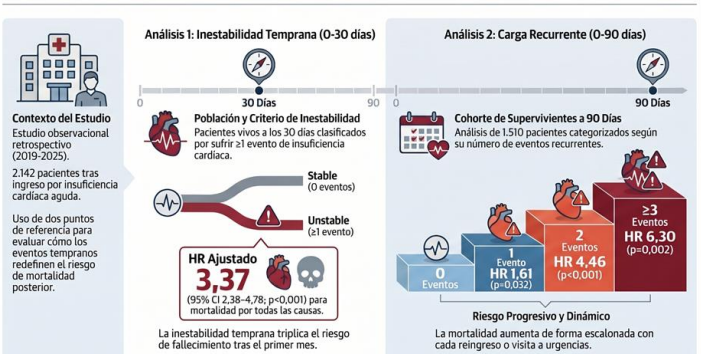
Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Lucrecia María BURGOS | Rocío Consuelo BARO VILA | María Antonella DE BORTOLI | Tomas NACHMAN | Damián MALANO | Mirta DIEZ

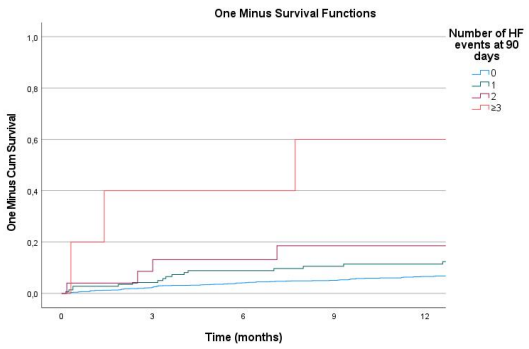
ICBA

Introducción: El período precoz posterior al alta luego de una hospitalización por insuficiencia cardíaca aguda (ICA) se caracteriza por una elevada vulnerabilidad clínica y alto riesgo de eventos. Sin embargo, el impacto pronóstico de la inestabilidad temprana y de la carga acumulativa de eventos recurrentes de insuficiencia cardíaca (IC) no ha sido completamente caracterizado

Objetivos: Evaluar la asociación entre la inestabilidad clínica precoz post alta, la carga recurrente de eventos de IC y la mortalidad por todas las causas mediante análisis landmark.



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional que incluyó pacientes consecutivos dados de alta vivos luego de una hospitalización por ICA entre enero de 2019 y octubre de 2025. Los eventos de IC se definieron como reinternación por IC o consulta a guardia por IC. Se realizaron dos análisis landmark: Inestabilidad precoz (0–30 días): los pacientes vivos al día 30 post alta fueron clasificados según la presencia de mayor a 1 evento de IC durante los primeros 30 días. La mortalidad subsecuente fue evaluada a partir del día 30. Carga recurrente de eventos (0–90 días): los pacientes vivos al día 90 post alta fueron categorizados según el número de eventos de IC ocurridos durante los primeros 90 días (0, 1, 2 o igual o mayor a 3 eventos). La mortalidad subsecuente fue evaluada a partir del día 90. Se utilizaron modelos de riesgos proporcionales de Cox ajustados por edad, sexo, presión arterial sistólica y frecuencia cardíaca al ingreso.



Resultados: De 2261 pacientes hospitalizados por ICA, 2142 fueron dados de alta vivos (94,7%). El seguimiento mediano para mortalidad fue de 350 días (RIC 60–866). Entre los pacientes vivos al día 30, la inestabilidad precoz (mayor o igual a 1 evento de IC dentro de los primeros 30 días) se asoció con una mayor mortalidad subsecuente (HR ajustado 3,37; IC95% 2,38–4,78; p<0,001). Un incremento en la carga de eventos de IC dentro de los primeros 90 días se asoció con un aumento escalonado del riesgo de mortalidad posterior al día 90: 1 evento: HR 1,61 (IC95% 1,04–2,50; p=0,032); 2 eventos: HR 4,46 (IC95% 2,34–8,53; p<0,001) o mayor o igual a 3 eventos: HR 6,30 (IC95% 1,98–20,09; p=0,002)

Conclusión: La inestabilidad precoz post alta y la acumulación de eventos recurrentes de IC identifican una población con riesgo progresivamente mayor más allá de la hospitalización índice. Estos hallazgos respaldan el concepto de una fase dinámica de vulnerabilidad post alta, en la cual los eventos recurrentes de IC identifican la transición hacia un estado persistente de alto riesgo. *Figura 1 creada con IA (NotebookLM)

0045 - HOSPITAL DE DÍA PARA EL EMPEORAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: COMPARACIÓN CON UNA COHORTE HISTÓRICA DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

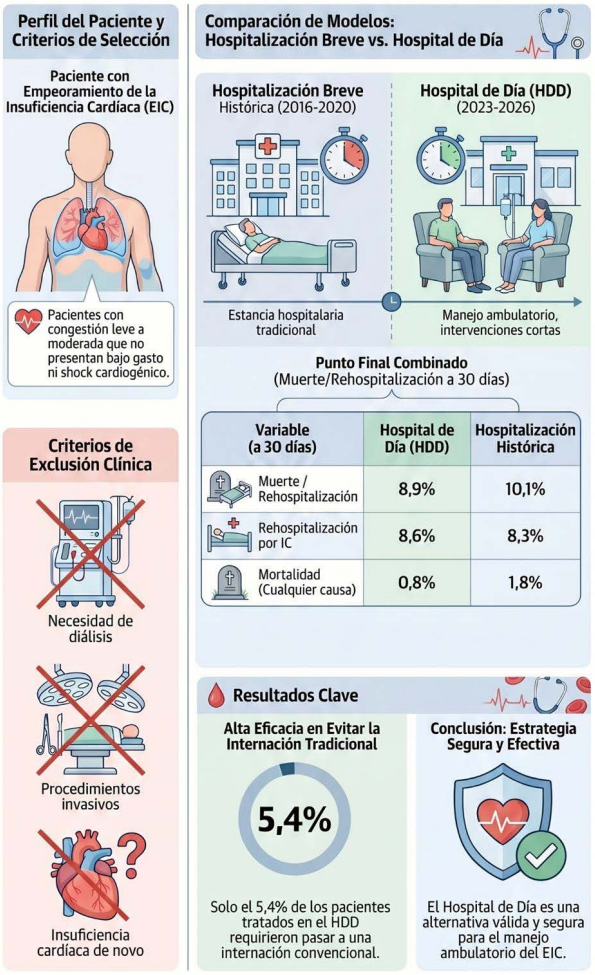
Lucrecia María BURGOS | Rocío Consuelo BARO VILA | María Antonella DE BORTOLI | Damián MALANO | Tomas NACHMAN | Mariano BENZADON | Jesús ALVAREZ-GARCIA | Mirta DIEZ

ICBA

Introducción: El empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (EIC) representa una de las principales causas de hospitalización y se asocia con elevada morbimortalidad y consumo de recursos sanitarios. En pacientes seleccionados, el tratamiento ambulatorio con diuréticos intravenosos en hospitales de día especializados (HDD) ha emergido como una alternativa segura y eficiente para evitar internaciones innecesarias. Sin embargo, la evidencia en práctica clínica real y su comparación con estrategias convencionales de hospitalización breve sigue siendo limitada.

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento ambulatorio del EIC en pacientes únicos tratados en un HDD especializado, comparado con una cohorte histórica de pacientes hospitalizados antes de la implementación de esta estrategia.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo unicéntrico. Se incluyeron consecutivamente pacientes únicos con EIC tratados de forma ambulatoria en un HDD especializado entre agosto de 2023 y marzo de 2026 (grupo HDD). El grupo control correspondió a una cohorte histórica institucional previa a la apertura del HDD (2016–2020), compuesta por pacientes hospitalizados por EIC que cumplían los mismos criterios de selección clínica: congestión leve a moderada, internación menor a 48 horas, ausencia de bajo gasto o shock cardiogénico, sin requerimiento de terapia de reemplazo renal, procedimientos invasivos, asistencia circulatoria mecánica, ni insuficiencia cardíaca de novo. Se excluyeron además los fallecidos durante la internación índice. El punto final primario fue un compuesto de rehospitalización urgente por insuficiencia cardíaca o muerte por cualquier causa a 30 días.



Resultados: Se analizaron 109 pacientes en la cohorte histórica de hospitalización breve y 257 pacientes tratados ambulatoriamente en el hospital de día (HDD). La mediana de edad fue de 80 años (RIC 74–86) en el grupo HDD y de 78 años (RIC 68–84) en la cohorte histórica, con predominio masculino en ambos grupos (66,9% vs. 63,3%; p=0,55). No se observaron diferencias significativas en la prevalencia de fibrilación auricular (39,7% vs. 40,4%; p=0,91), diabetes mellitus (26,8% vs. 23,9%; p=0,60) ni en la proporción de pacientes con fracción de eyección <40% (46,2% vs. 42,2%; p=0,67). Los pacientes tratados en HDD presentaron mayor deterioro de la función renal al ingreso, con una creatinina mediana de 1,4 mg/dL (RIC 1,1–1,8) frente a 1,2 mg/dL (RIC 1,0–1,4) en la cohorte control (p=0,003). La necesidad de internación convencional en el grupo HDD ocurrió en el 5,4% de los casos. El punto final combinado de rehospitalización urgente por insuficiencia cardíaca o muerte por cualquier causa a 30 días ocurrió en 23/257 pacientes (8,9%) del grupo HDD y en 11/109 pacientes (10,1%) de la cohorte histórica, sin diferencias significativas entre ambos grupos (p=0,74). En el grupo HDD, la rehospitalización urgente por insuficiencia cardíaca a 30 días fue del 8,6% y la mortalidad por cualquier causa del 0,8%, mientras que en la cohorte histórica dichos eventos ocurrieron en el 8,3% y 1,8% de los pacientes, respectivamente.

Conclusión: El tratamiento ambulatorio protocolizado del empeoramiento de la insuficiencia cardíaca en un hospital de día especializado mostró baja necesidad de internación convencional y resultados clínicos a 30 días comparables a los observados en una cohorte histórica de hospitalización breve. Estos hallazgos respaldan la factibilidad y seguridad de

estrategias ambulatorias en pacientes seleccionados con EIC. Futuros estudios prospectivos y aleatorizados deberán validar estos resultados y definir el impacto de este modelo asistencial sobre desenlaces clínicos y utilización de recursos sanitarios. *Figura creada con IA

0046 - RESISTENCIA DIURÉTICA EN EMPEORAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA: VALIDACIÓN PROSPECTIVA DEL ÍNDICE NAU/F

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

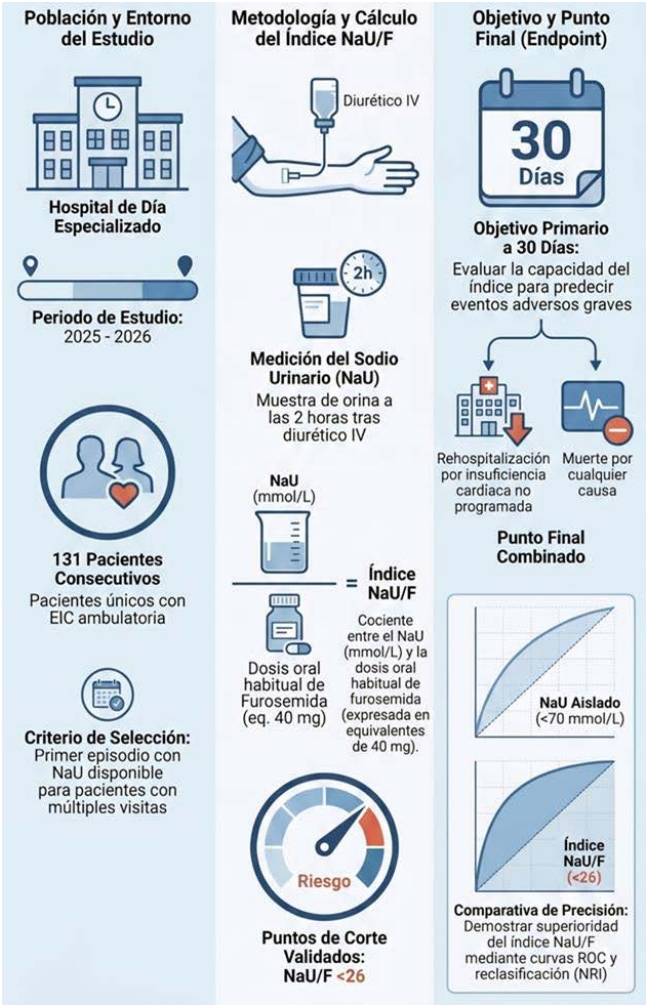
María Antonella DE BORTOLI | Rocío Consuelo BARO VILA | Tomas NACHMAN | Damián MALANO | Jesús ALVAREZ GARCIA | Mirta DIEZ | Lucrecia María BURGOS

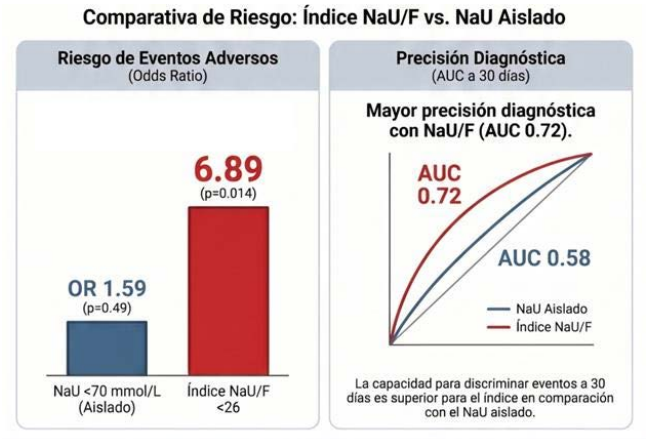
ICBA

Introducción: El empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (EIC) se asocia con elevada morbimortalidad a corto plazo, siendo la congestión su principal determinante. El sodio urinario (NaU) ha emergido como un biomarcador de respuesta diurética, aunque su interpretación aislada no considera la exposición crónica a diuréticos de asa. En una cohorte previa derivamos una nueva definición de eficiencia diurética basada en la relación entre NaU y la dosis basal de furosemida (índice NaU/F). En el presente estudio evaluamos su valor pronóstico en una cohorte prospectiva independiente.

Objetivos: Validar prospectivamente el valor pronóstico del índice NaU/F y comparar su capacidad discriminativa y de reclasificación frente al sodio urinario aislado en pacientes ambulatorios con empeoramiento de insuficiencia cardíaca.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis prospectivo de pacientes consecutivos con EIC tratados en un hospital de día especializado entre mayo de 2025 y marzo de 2026.







Para pacientes con múltiples episodios, se seleccionó el primer episodio con NaU disponible. El índice NaU/F se definió como el cociente entre NaU y la dosis basal de furosemida expresada en equivalentes de 40 mg. Se utilizaron los puntos de corte predefinidos de NaU/F <26 y NaU <70 mmol/L. El objetivo primario fue un compuesto de rehospitalización por insuficiencia cardíaca no programada o muerte a 30 días. Se evaluó discriminación mediante curvas ROC y reclasificación mediante NRI.

Resultados: Se incluyeron 113 pacientes consecutivos; 108 (95%) contaban con medición de NaU y constituyeron la cohorte analítica. El evento compuesto ocurrió en el 9,3% de los pacientes. El índice NaU/F fue significativamente menor en pacientes con eventos (22 vs. 38.5; p=0.023), mientras que el NaU aislado no mostró diferencias entre pacientes con y sin eventos (76 vs. 81.5 mmol/L; p=0.41). El punto de corte NaU/F <26 se asoció con mayor riesgo de eventos (OR 6.89, IC95% 1.39–34.22; p=0.014), a diferencia de NaU <70 mmol/L (OR 1.59, IC95% 0.42–6.04; p=0.49). La capacidad discriminativa fue superior para NaU/F (AUC 0.72; IC95% 0.58–0.85) en comparación con NaU (AUC 0.58; IC95% 0.39–0.76). El análisis de reclasificación mostró un NRI total de 22.9%, impulsado principalmente por una mejora en la identificación de pacientes con eventos (NRI eventos +30.0%), con un leve empeoramiento en la clasificación de pacientes sin eventos (NRI no-eventos - 7.1%).

Conclusión: En esta cohorte prospectiva independiente, el índice NaU/F mantuvo su valor pronóstico, mostrando mejor discriminación y capacidad de reclasificación que el sodio urinario aislado. Estos hallazgos respaldan esta nueva definición de eficiencia diurética como una herramienta simple y clínicamente relevante para la estratificación de riesgo y la toma de decisiones en el manejo ambulatorio del EIC. (Figura creada con IA)

0047 - VALIDACIÓN DE UN MODELO DE PROCESAMIENTO DE LENGUAJE NATURAL CON UMBRALES DINÁMICOS PARA LA EXTRACCIÓN AUTOMATIZADA MULTIETIQUETA EN EVOLUCIONES MÉDICAS

Medicina Digital E Inteligencia Artificial

Gustavo STAMPONE | Santiago LYNCH | Gerardo Matías MASSON JUÁREZ | Pablo Guillermo STUTZBACH

SANATORIO LAS LOMAS DE SAN ISIDRO

Introducción: La gran mayoría de los datos de mayor valor clínico y epidemiológico en la Historia Clínica Electrónica se encuentran atrapados en el texto libre no estructurado de las evoluciones médicas. La variabilidad del lenguaje narrativo, el uso de abreviaturas locales y la falta de estandarización hacen que la extracción automatizada de esta información sea un desafío técnico sumamente complejo mediante métodos computacionales tradicionales.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es validar un modelo de Procesamiento de Lenguaje Natural (PLN) optimizado mediante umbrales dinámicos para identificar y extraer de forma masiva 74 variables clínicas (estados de presencia y negación de factores de riesgo, eventos y tratamientos) ocultas en el texto clínico.

Categoría	Variable Clínica	Precisión (VPP)	Sensibilidad (Recall)	F1-Score	# Casos Reales (N)
Factores de Riesgo (FRCV)	Hipertensión Arterial (HTA)	86.96%	97.56%	91.95%	41
	Dislipemia (DLP)	85.71%	97.67%	91.30%	43
	Diabetes Mellitus (DM)	85.71%	94.74%	90.00%	19
	Obesidad	100.00%	90.00%	94.74%	10
	Tabaquismo (TBQ)	47.06%	61.54%	53.33%	13
Tratamientos	Estatinas	87.76%	86.00%	86.87%	50
	Aspirina	80.65%	100.00%	89.29%	25
	Metformina	67.86%	100.00%	80.85%	19
	ARA-II	77.78%	84.85%	81.16%	33
	Betabloqueantes	74.29%	66.67%	70.27%	39
Eventos Cardiovasculares	Infarto Agudo de Miocardio	42.11%	88.89%	57.14%	9
	Insuficiencia Cardiaca	66.67%	50.00%	57.14%	4
	Fibrilación Auricular (FA)	100.00%	25.00%	40.00%	4
	ACV	50.00%	100.00%	66.67%	1

Materiales y Métodos: Estudio de validación utilizando una arquitectura Transformer (RoBERTa clínico). Desarrollo: Se empleó una estrategia de aprendizaje por transferencia (transfer learning), pre-entrenando el modelo con datos generados automatizadamente y aplicando un refinamiento (fine-tuning) sobre un «Gold Standard» de evoluciones anotadas por médicos expertos. Optimización: Para manejar el desbalanceo natural de las clases clínicas, se implementó una función de pérdida con pesos dinámicos (pos_weight) y una búsqueda automatizada de hiperparámetros (Grid Search). Además, se aplicó una estrategia de umbrales dinámicos, calibrando el punto de corte óptimo de probabilidad de forma independiente para cada una de las 74 variables clínicas. Variables de análisis: Se calculó Precisión, Exhaustividad (Sensibilidad) y F1-Score frente al estándar humano, priorizando Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV), Eventos Mayores y Tratamientos Farmacológicos.

Resultados: El modelo fue validado contra un subgrupo de prueba ciego. La implementación de umbrales dinámicos y la optimización de hiperparámetros permitió al modelo alcanzar su mejor rendimiento en la época 6, logrando un F1-Score global (micro-promedio) del 74.37%, con una Precisión del 70.95% y una Sensibilidad del 78.13%. Al analizar el rendimiento por entidades clínicas específicas: Factores de Riesgo Cardiovascular: El modelo demostró una alta capacidad de detección, destacándose en hipertensión arterial (F1 91.95%) y dislipemia (F1 91.30%). Tratamientos Farmacológicos: La calibración individual del umbral optimizó significativamente la captura de drogas activas, logrando un F1-Score de 86.87% para estatinas, 80.85% para metformina y 89.29% para aspirina. Eventos Cardiovasculares: La concordancia en el rescate de antecedentes crónicos de menor prevalencia en la muestra, como insuficiencia cardíaca e infarto agudo de miocardio, alcanzó valores de F1 de 57.14% en ambos casos.

Conclusión: La optimización de un modelo de lenguaje clínico mediante umbrales dinámicos, pre-entrenado con más de 20.000 notas automatizadas y refinado con un corpus humano, resolvió el desafío técnico de estructurar texto narrativo y manejar el desbalanceo de clases médicas. Esta validación demuestra que la herramienta logra una altísima precisión y sensibilidad en la extracción estructurada de FRCV y fármacos altamente prevalentes, consolidándose como una solución escalable para liberar datos del texto libre y acelerar la investigación clínica retrospectiva en cardiología.

0049 - DISCORDANCIA ENTRE APOLIPOPROTEÍNA B Y COLESTEROL LDL Y RIESGO CARDIOVASCULAR: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Ignacio Carlos MELEM | Sergio BARATTA | Sebastián OBREGON | Agustina GALLEGOS | Francisco RIZZARDI | José BONORINO

Hospital Austral

Introducción: El LDL-C ha sido históricamente el principal marcador lipídico para estimar riesgo cardiovascular y guiar decisiones terapéuticas. La reducción de LDL-C disminuye eventos cardiovasculares y constituye una intervención central en prevención primaria y secundaria. Sin embargo, el LDL-C representa el contenido de colesterol transportado por partículas LDL, no el número total de partículas aterogénicas circulantes. La ApoB se encuentra en una copia por partícula aterogénica, incluyendo LDL, VLDL, IDL, remanentes y lipoproteína(a). Por este motivo, ApoB representa una medida directa del número de partículas capaces de penetrar la pared arterial e iniciar o sostener el proceso aterosclerótico. La discordancia ApoB-LDL-C ocurre cuando el contenido de colesterol y el número de partículas no se alinean. Un paciente puede presentar LDL-C aparentemente aceptable pero un número elevado de partículas aterogénicas, lo cual puede traducirse en riesgo cardiovascular residual. Este fenómeno es especialmente relevante en hipertrigliceridemia, resistencia a la insulina, obesidad, diabetes y síndrome metabólico.

Objetivos: El objetivo de este metaanálisis fue cuantificar la asociación entre ApoB elevada en relación con LDL-C y eventos cardiovasculares en cohortes prospectivas.

Materiales y Métodos: Se desarrolló una revisión sistemática con metaanálisis de estudios prospectivos que evaluaron el valor pronóstico de ApoB en relación con LDL-C. El desenlace de interés fue la ocurrencia de eventos cardiovasculares clínicos, incluyendo MACE, ASCVD, enfermedad coronaria o infarto de miocardio, según la definición de cada estudio. Criterios de inclusión y exclusión: Se incluyeron estudios prospectivos con medición basal de ApoB y LDL-C, seguimiento longitudinal, desenlaces cardiovasculares clínicos y HR ajustados disponibles. Se excluyeron revisiones, editoriales, estudios transversales sin eventos incidentes y estudios sin estimaciones de riesgo utilizables. Extracción de datos: Se extrajeron autor, año, cohorte, tamaño muestral, población, definición de discordancia o exceso de ApoB, desenlace, HR ajustado e intervalo de confianza del 95%. Cuando un estudio reportó estimaciones por sexo, se combinó el estimador mediante aproximación de efectos fijos para obtener una única estimación representativa del estudio antes de incorporarla al metaanálisis global.

Resultados: Se incluyeron 4 estudios prospectivos que evaluaron ApoB en relación con LDL-C y desenlaces cardiovasculares. Las cohortes incluyeron UK Biobank, Women's Health Study y Copenhagen General Population Study. En conjunto, los estudios aportaron más de 790.000 participantes. La ApoB elevada en relación con LDL-C se asoció con aumento significativo del riesgo cardiovascular. El HR combinado fue 1,16 (IC95% 1,05-1,27). La heterogeneidad fue elevada (I^2=90%), lo cual refleja la variabilidad entre estudios en la definición de discordancia, desenlaces y población incluida.

Conclusión: La discordancia ApoB–LDL-C identifica un fenotipo de riesgo cardiovascular residual que no es capturado adecuadamente por el LDL-C. En este metaanálisis, la ApoB elevada se asoció consistentemente con mayor riesgo de eventos cardiovasculares, apoyando el uso de biomarcadores basados en el número de partículas aterogénicas para complementar la evaluación lipídica tradicional. Estos resultados refuerzan el papel emergente de ApoB como herramienta para una estratificación de riesgo más precisa y personalizada.

0053 - VALOR INCREMENTAL DE LA ATEROSCLEROSIS CAROTÍDEA Y FEMORAL SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO TRADICIONALES EN LA PREDICCIÓN DE NECROSIS MIOCÁRDICA: ANÁLISIS DE LA CARGA POLIVASCULAR

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiopatía Isquémica

Gustavo STAMPONE | Santiago LYNCH | Gerardo Matías MASSON JUÁREZ | Pablo Guillermo STUTZBACH

SANATORIO LAS LOMAS DE SAN ISIDRO

Introducción: La aterosclerosis es una patología sistémica. La evaluación de la carga de placa en diferentes territorios vasculares periféricos podría permitir una identificación más precisa de pacientes con enfermedad coronaria establecida y daño miocárdico estructural.

Objetivos: Evaluar el valor predictivo incremental de la aterosclerosis carotídea (VC) y de miembros inferiores (MMII) sobre los FRCV tradicionales para la detección de necrosis miocárdica (trastorno de motilidad fijo en ecostress), y definir el perfil clínico de pacientes con mayor beneficio diagnóstico.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte de 1.215 pacientes sometidos a ecocardiograma de estrés. Se compararon 4 modelos de regresión logística: 1) Clínico (Edad, Sexo, HTA, DM, DLP, TBQ, AHF, Obesidad); 2) Clínico + VC; 3) Clínico + MMII; 4) Polivascular (VC + MMII). Se evaluó la discriminación (AUC), la reclasificación (Mejora de Reclasificación Neta [NRI] e Índice de Discriminación Integrada [IDI]) y la utilidad clínica (Análisis de Curva de Decisión [DCA]). El análisis se estratificó según la carga de FRCV (Bajo: 0-1; Intermedio: 2-3; Alto: ≥4).

Resultados: La prevalencia de necrosis miocárdica fue del 6,2% (n=75). En el análisis global, la adición de enfermedad carotídea al modelo clínico mejoró significativamente la discriminación (AUC 0,775 vs 0,737) y logró una excelente reclasificación (NRI 0,482; IDI 0,021). Clínicamente, elevó la sensibilidad del 66,7% al 82,7% y alcanzó un Valor Predictivo Negativo (VPN) del 98,2%. El análisis estratificado evidenció que el mayor impacto clínico ocurre en el grupo de riesgo intermedio (2-3 FRCV; n=528). En estos pacientes, tanto la placa carotídea (OR 4,54; IC95% 2,07-9,92; p<0,001) como la femoral (OR 2,76; p=0,003) demostraron ser predictores independientes de alto impacto. La evaluación polivascular elevó la sensibilidad al 87,5% y el VPN al 98,3% en este subgrupo. Las curvas DCA confirmaron que la inclusión de imágenes vasculares proporciona un beneficio neto consistentemente superior frente a la estrategia exclusivamente clínica a partir de umbrales de sospecha >5%.

Conclusión: La pesquisa de aterosclerosis periférica (carotídea y femoral) aporta un valor incremental significativo y superior a la clínica tradicional para predecir necrosis miocárdica. Su rol clínico fundamental se da en los pacientes de riesgo intermedio, donde actúa como un potente reclasificador independiente. La ausencia de enfermedad polivascular en este grupo otorga una seguridad excepcional (VPN >98%) para descartar daño miocárdico estructural, permitiendo una mejor ponderación del riesgo de los pacientes.

0055 - ESTRATEGIA FARMACOINVASIVA Y TIEMPOS DE REPERFUSIÓN EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE SEGUNDO NIVEL

Cardiopatía Isquémica

Federico Rafael CUENCA VANASCO | Melina MARTINEZ | María de Los Ángeles UGARTE ALTERATS | Giovanni REPETTO | Luis Alberto SERIAL | José Ariel AGUIRRE | Rafael COMISARIO

HOSPITAL EL SALVADOR

Introducción: El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) constituye una emergencia cardiovascular tiempo-dependiente en la que la reperfusión precoz reduce significativamente la morbimortalidad. En centros sin disponibilidad inmediata de hemodinamia, la estrategia farmacoinvasiva representa una alternativa efectiva para lograr reperfusión coronaria en tiempos adecuados.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, estrategias de reperfusión y la evolución de los tiempos asistenciales en pacientes con IAMCEST atendidos en un centro de segundo nivel entre septiembre de 2023 y abril de 2026.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de IAMCEST. Se analizaron variables sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular, localización del infarto, tiempos de isquemia, criterios clínicos y electrocardiográficos de reperfusión, así como hallazgos angiográficos posteriores.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes, con predominio del sexo masculino (71%). La hipertensión arterial fue el factor de riesgo cardiovascular más frecuente (60%), seguido de tabaquismo (25%), dislipidemia (14%), diabetes mellitus y obesidad (ambos 10,7%). La localización inferior constituyó la presentación electrocardiográfica predominante (42,9%). La estrategia farmacoinvasiva con fibrinólisis inicial fue utilizada en el 78,5% de los casos. La estreptoquinasa fue el agente fibrinolítico más empleado (67,9%), mientras que el tenecteplase se administró en el 10,7%. La tasa global de reperfusión exitosa alcanzó el 78,5%, observándose una eficacia del 100% con tenecteplase frente al 75% con estreptoquinasa. Los criterios de reperfusión más frecuentes fueron el descenso del segmento ST >50% (67,9%) y la resolución del dolor torácico (60,7%). La presencia de criterios clínicos de reperfusión en conjunto, el descenso del ST >50% y el cese del dolor se asociaron significativamente con arteria culpable permeable en la cinecoronariografía (94,1%, 88,2% y 76,5%, respectivamente; $p<0,05$). No se observaron asociaciones significativas entre permeabilidad coronaria y la presencia de ritmo idioventricular acelerado ni con las medianas de tiempo de consulta ni puerta-aguja. Posteriormente a la derivación al centro de tercer nivel, el 60,7% de los pacientes presentó arteria culpable permeable al momento de la angiografía coronaria, y el 89% requirió angioplastia coronaria. Asimismo, se evidenció una reducción progresiva del tiempo puerta-aguja, con una mediana de 55 minutos en 2023 frente a 22,5 minutos en 2026.

Conclusión: La implementación de una estrategia farmacoinvasiva en un centro de segundo nivel demostró ser una alternativa eficaz, con elevadas tasas de reperfusión exitosa. Dentro de los criterios de reperfusión, el descenso del ST y el cese del dolor se asociaron a arteria culpable abierta. Los tiempos tanto de isquemia como puerta aguja no influyeron en la tasa de reperfusión en nuestra cohorte. La implementación de protocolos institucionales promueve el descenso en los tiempos asistenciales.

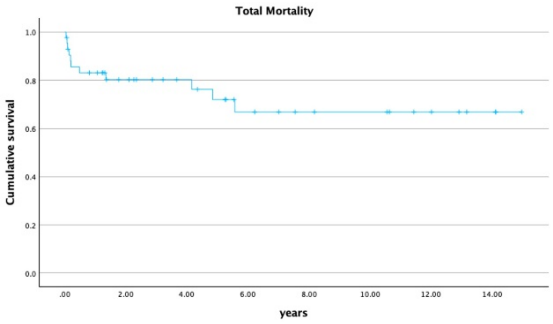
0057 - DE LA CONSTRICCIÓN A LA RECUPERACIÓN: PRONÓSTICO LUEGO DE LA PERICARDIECTOMÍA EN PACIENTES CON PERICARDITIS CONSTRICTIVA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

María PAPINI | Ana SPACCAVENTO | Mariano VRANCIC | Lucrecia BURGOS | Leonardo SEOANE | Alan SIGAL | Martín FASAN | Juan Pablo COSTABEL

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La pericardiectomía es el tratamiento de elección para la pericarditis constrictiva (PC); sin embargo, los datos actuales sobre los resultados a largo plazo continúan siendo limitados, especialmente en poblaciones con diferente complejidad quirúrgica.



Objetivos: Evaluar la mortalidad global y cardiovascular, así como las reinternaciones por insuficiencia cardíaca (IC), en pacientes sometidos a pericardiectomía por PC en un centro de referencia de alto volumen.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó pacientes sometidos a pericardiectomía entre los años 2000 y 2026. Se analizaron características basales, etiología, detalles quirúrgicos y evolución postoperatoria. El punto final primario fue mortalidad total y cardiovascular. El punto final secundario fue reinternación por insuficiencia cardíaca durante el seguimiento. La sobrevida fue evaluada mediante análisis de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes (edad mediana 60 años [RIC 44–70], 72,3% hombres). La carga de comorbilidades fue elevada: hipertensión arterial en 51,1%, enfermedad renal crónica en 42,6%, fibrilación auricular en 36,2%, dislipemia en 29,8%, diabetes en 19,1% y antecedente de cirugía cardíaca previa en 19,1%. Predominaron las etiologías infecciosas y actínicas. Se logró pericardiectomía completa en el 57,4% de los casos. En el 10,6% se realizó cirugía de revascularización miocárdica concomitante, reflejando la complejidad de los procedimientos. La mediana de internación fue de 10 días

Tabla 1. Características de la población	
Variable	**Valor**
Sexo masculino – n (%)	34 (72,3%)
Edad – años (P25-75)	60 (44-70)
HTA – n (%)	24 (51,1%)
DLP – n (%)	14 (29,8%)
DBT – n (%)	9 (19,1%)
TBQ – n (%)	18 (38,3%)
ACV/AIT – n (%)	0 (0,0%)
FA – n (%)	17 (36,2%)
SCA – n (%)	9 (19,1%)
ATC previa – n (%)	7 (14,9%)
crm previa – n (%)	2 (4,3%)
crvao previa – n (%)	3 (6,4%)
reemplazo aor previo – n (%)	1 (2,1%)
crvm pm previa – n (%)	1 (2,1%)
Otras cxs cardiacas asoc – n (%)	9 (19,1%)
pericardiectomia previa – n (%)	3 (6,4%)
ERC – n (%)	20 (42,6%)
Biopsia pre – n (%)	3 (6,4%)
completa o no – n (%)	27 (57,4%)
CRM asociada – n (%)	5 (10,6%)
Días internación – (P25-75)	10 (5-17)

n = 47. 0 = No, 1 = Sí; si alguna variable numérica tiene valores >1 se considera 'Sí' si es distinto de 0

(RIC 5–17). La mortalidad a 30 días fue de 10,6%. Durante una mediana de seguimiento de 2,9 años (1047 días), la mortalidad total fue de 23,4%, mientras que la mortalidad cardiovascular fue de 12,8%, ocurriendo predominantemente en el período postoperatorio precoz. Las reinternaciones por insuficiencia cardíaca ocurrieron en el 12,8% de los pacientes. El análisis de Kaplan-Meier mostró una sobrevida al año de 83,7%, sin alcanzarse la mediana de sobrevida. Los pacientes que sobrevivieron al período perioperatorio presentaron una evolución clínica estable a mediano plazo, con baja incidencia de eventos cardiovasculares tardíos. El estudio anatomopatológico mostró predominantemente pericarditis fibrosa crónica inespecífica.

Conclusión: La pericardiectomía en pacientes con pericarditis constrictiva es un procedimiento de complejidad técnica variable, dependiente en gran medida del momento de derivación y del perfil clínico del paciente. Cuando se realiza en centros con experiencia y en pacientes adecuadamente seleccionados, ofrece un beneficio clínico sostenido, con buena sobrevida a mediano y largo plazo y baja tasa de reinternaciones por insuficiencia cardíaca. La derivación precoz y la evaluación multidisciplinaria son fundamentales para optimizar los resultados.

0060 - ABLACIÓN DE ARRITMIA SIN EL USO DE RAYOS X: PRIMERA EXPERIENCIA EN 145 CASOS

Arritmias y Electrofisiología

Julio Alejandro FLORES | Guillermo Alejandro CARNERO | Mauricio Andrés MYSUTA | Mariel ALVAREZ CORREA | Rocío Belén BENITO | Arturo Hipólito BOZZA | Martina Belén WAHNSCHAFFE | José Luis GONZÁLEZ

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La ablación de arritmias guiada por sistemas de mapeo electroanatómico 3D sin fluoroscopía ha emergido como una estrategia segura, eficaz y que evita la exposición de los pacientes y el personal a radiación ionizante. Aún son limitadas las publicaciones con experiencia local en Argentina.

Objetivos: Demostrar la factibilidad, seguridad y eficacia de la ablación sin fluoroscopía en nuestro medio.

Variable	Valor
Sexo	Femenino: 45 % (65) • Masculino: 55 % (80)
Edad (años)	52.7 ± 18.61 (rango 14-81)
Uso de ICE (%)	36.5% (53/145)
Éxito (%)	98.6% (143/145)
Tiempo de Procedimiento (minutos)	77.6 ±25.1 minutos (Rango: 31 - 180)

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, de 145 pacientes ablacionados sin uso de fluoroscopía entre mayo de 2023 y marzo de 2026 en nuestro centro. En todos los casos se utilizó mapeo electroanatómico 3D tanto CARTO 3 V8 de Johnson & Johnson®, como Ensite Precision de Abbott®. Se utilizaron para ablación cáteteres THERMOCOOL SMARTTOUCH® SF, QDOT MICRO™ y VARIPULSE™ de Johnson & Johnson, TactiCath™ Contact Force Ablation Catheter y Tactiflex™, Sensor Enabled™ de Abbott. Se utilizó ecografía intracardíaca (ICE), con sonda SOUNDSTAR® en Ecógrafo ACUSON P500™ de Johnson & Johnson® y ViewFlex™ Xtra ICE de Abbott en ecógrafo ViewMate Z S3 de Mindray Zonare) a criterio del operador según el tipo de arritmia a tratar y hallazgos intraoperatorios. Se analizaron características demográficas, tipo de arritmia, duración del procedimiento, uso de ecografía intracardíaca, complicaciones y éxito. Definimos éxito de la ablación como la ausencia de arritmia inducible o bloqueo bidireccional según corresponda.

Resultados: La edad promedio fue 52.7 años (rango 14-81), 55% hombres. Los sustratos fueron taquicardia reentrante nodal 34 casos (23.4%), extrasístoles ventriculares 29 (20%), aleteo auricular típico 28 (19.31%), y fibrilación auricular 19 (13.1%) de las cuales 12 fueron realizadas con cáteter de campo pulsado. Se incluyeron además 8 ablaciones de síndrome de Wolff-Parkinson-White (5.16%), taquicardia auricular 7(4.82%), Taquicardia reentrante ortodrómica 6 (4.13%), ablación de Nodo Auriculoventricular 5 (3.44%), aleteo auricular atípico 4 (2.75%), taquicardia ventricular en corazón estructuralmente enfermo 2 (1.37%), un haz de Mahaim, un caso de taquicardia sinusal inapropiada y una cardioneuroablación (0.68% cada uno). La duración promedio de los procedimientos fue 77.6 ± 25.1 minutos. El éxito global fue 98.6% (no se logró éxito en un caso de taquicardia auricular por degeneración incesante en fibrilación auricular, y en un caso de extrasistolia ventricular que no presentó arritmia durante el procedimiento). El uso de ecografía intracardíaca en ésta serie de casos fue del 36.5%. No se registraron complicaciones en ésta serie de casos.

Conclusión: Con ésta técnica se logró un alto porcentaje de éxito en tratamiento de arritmias en distintos escenarios. La baja tasa de complicaciones demuestra que se trata de procedimientos seguros. La eficacia se mantiene dentro de lo habitual para similares procedimientos realizados con rayos X, evitando la exposición tanto de operadores como de pacientes. Creemos que ésta técnica en el futuro puede reemplazar a la tradicional con radioscopía en la mayoría de los sustratos.

0062 - ¿INHIBIDORES DE LA PCSK9, ESTA TODO DICHO? SEGURIDAD Y EFICACIA DE LOS IPCSK9 ORALES. REVISIÓN SITEMÁTICA Y METAANÁLISIS

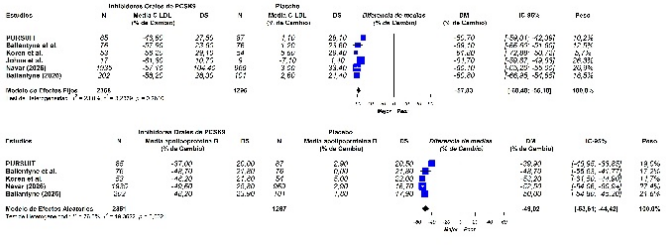
Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Lorenzo Martín LOBO[1] | Walter MASSON[2] | Gustavo GIUNTA[3] | Leandro BARBAGELATA[2] | Juan Patricio NOGUEIRA[4] | Graciela Beatriz MOLINERO[3] | **María Del Carmen V. SARLI BALDOVINO**[5] | Mariano NEMEC[3]

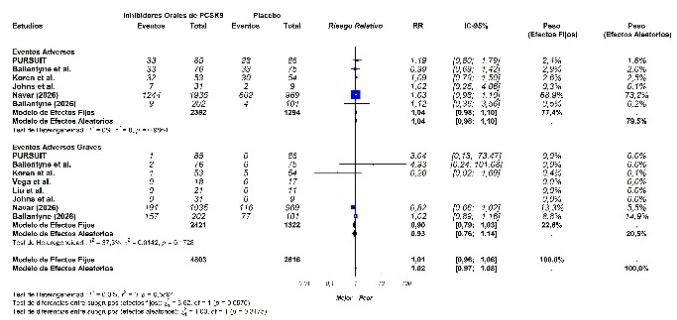
Dirección General de Educación - Ejercito Argentino[1]; Hospital Italiano de Buenos Aires[2]; FUNDACIÓN FAVALORO[3]; CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA, NUTRICIÓN Y METABOLISMO, UNF.[4]; HOSPITAL MILITAR REGIONAL CORRIENTES[5]

Introducción: El aumento de lipoproteínas aterogénicas se relaciona de manera consistente con el desarrollo y la recurrencia de eventos cardiovasculares. Las guías actuales recomiendan el tratamiento con estatinas a la máxima dosis tolerada como primera estrategia terapéutica en pacientes con alto o muy alto riesgo cardiovascular. Sin embargo, cuando los objetivos de C-LDL no se alcanzan, especialmente en sujetos con muy alto riesgo, se recomienda intensificar el tratamiento mediante la incorporación de fármacos no estatínicos, incluyendo ezetimibe, ácido bempedoico e inhibidores de PCSK9. Los inhibidores subcutáneos de PCSK9 han demostrado reducciones sustanciales del C-LDL y permiten alcanzar las metas lipídicas en una elevada proporción de pacientes de alto riesgo. No obstante, su uso extendido puede verse condicionado por el costo y por la vía de administración parenteral. En este escenario, los inhibidores orales de PCSK9 de emergen como una alternativa potencialmente más simple, accesible y aplicable en la práctica clínica.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue actualizar la evidencia disponible mediante una revisión sistemática y metaanálisis sobre la eficacia hipolipemiante y la seguridad de los inhibidores orales de PCSK9.



Materiales y Métodos: Se realizó una revisión sistemática con metaanálisis de acuerdo con las recomendaciones PRISMA. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados que compararan inhibidores orales de PCSK9 frente a placebo u otros tratamientos hipolipemiantes. Se excluyeron estudios observacionales, revisiones narrativas o sistemáticas y artículos de opinión. Los desenlaces evaluados fueron el cambio porcentual de lípidos y la incidencia de eventos adversos. Los estudios no elegibles para el análisis cuantitativo fueron sintetizados de manera descriptiva. Los resultados se expresaron como diferencia de medias (DM) o riesgo relativo (RR), con sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC 95%). La heterogeneidad fue cuantificada



mediante el estadístico I². Se utilizaron modelos de efectos fijos o aleatorios según el grado de heterogeneidad observado. Se realizó análisis de sensibilidad y de subgrupos. Se consideró significativo un valor bilateral de p < 0,05. Los análisis estadísticos se efectuaron con R, versión 3.5.1.

Resultados: En comparación con placebo, los inhibidores orales de PCSK9 se asociaron con una reducción significativa del C-LDL (DM -57,83; IC 95% -60,48 a -5,18; I² = 23%) y de la apolipoproteína B (DM -49,02; IC 95% -53,61 a -44,42; I² = 76,3%). También se observaron disminuciones significativas del colesterol no-HDL (DM -53,48; IC 95% -57,61 a -49,36; I² = 56,5%), triglicéridos (DM -15,44; IC 95% -15,96 a -14,92; I² = 0,0%) y lipoproteína(a) (DM -24,86; IC 95% -29,50 a -20,21; I² = 99,2%). En relación con la seguridad, no se detectaron diferencias significativas en la frecuencia de eventos adversos entre los pacientes tratados con inhibidores orales de PCSK9 y aquellos asignados a placebo.

Conclusión: Los inhibidores orales de PCSK9 logran reducciones relevantes de C-LDL y de otros parámetros lipídicos con una magnitud potencialmente comparable a la observada con las estrategias subcutáneas de inhibición de PCSK9, sin incremento de efectos adversos.

0068 - EFECTOS CLÍNICOS DE LOS INHIBIDORES DE LA APOLIPOPROTEINA C3

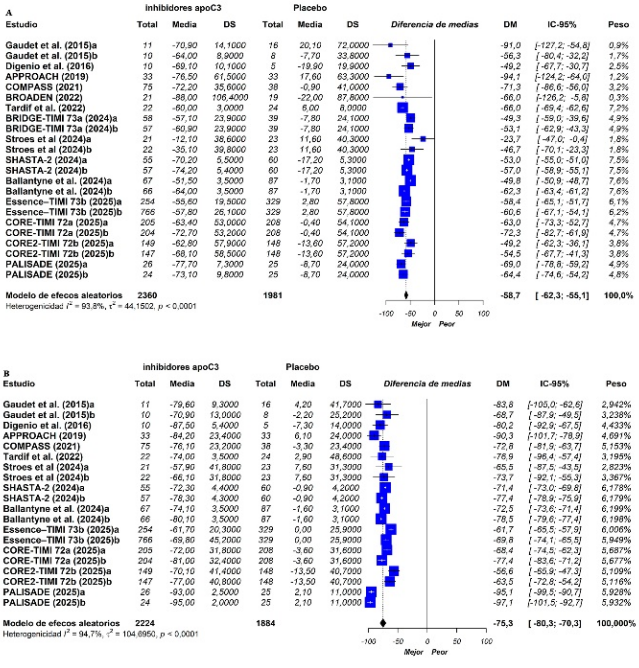
Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Lorenzo Martín LOBO[1] | Walter MASSON[2] | Gustavo GIUNTA[3] | Juan Patricio NOGUEIRA[4] | Graciela Beatriz MOLINERO[3] | Mara MANSUR[4] | Carlos BUSO[3] | **María Del Carmen V. SARLI BALDOVINO**[5]

Dirección General de Educación - Ejercito Argentino[1]; Hospital Italiano de Buenos Aires[2]; FUNDACIÓN FAVALORO[3]; CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ENDOCRINOLOGÍA, NUTRICIÓN Y METABOLISMO, UNF.[4]; HOSPITAL MILITAR REGIONAL CORRIENTES[5]

Introducción: Las nuevas terapias dirigidas a la apolipoproteína C3 (apoC3) han surgido recientemente como opciones de tratamiento prometedoras para la hipertrigliceridemia y se han evaluado en ensayos clínicos aleatorizados de fase II y III, resultando relevante conocer los efectos clínicos sobre la modulación de los niveles de TG y ApoC3 y sus posibles efectos adversos.

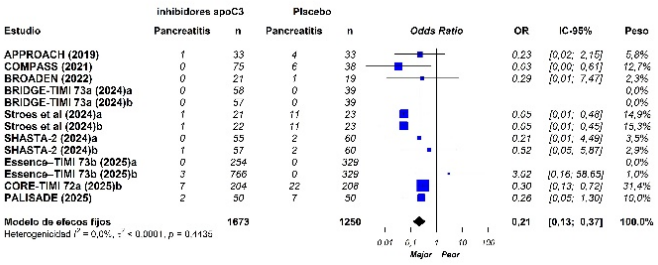
Objetivos: Realizar una revisión sistemática y metaanálisis actualizado del efecto de los nuevos inhibidores de la apoC3 en las concentraciones de triglicéridos y apoC3, así como su asociación con la incidencia de pancreatitis.



Materiales y Métodos: Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis de acuerdo con la declaración PRISMA y se registró en la base de datos PROSPERO. Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva para identificar ensayos clínicos que evaluaran terapias con inhibidores de apoC3 publicados hasta el 10 de enero de 2026, en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scielo, Latindex, LILACS y Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL). Se evaluó el riesgo de sesgo, la heterogeneidad y se realizó análisis de sensibilidad para evaluar la robustez de los datos. Los efectos de las terapias se resumieron como diferencias de medias (DM) con sus correspondientes intervalos de confianza del 95 % (IC) para las variables continuas y como razones de probabilidades (OR) con intervalos de confianza del 95 % (IC del 95 %) para las categóricas. Dependiendo del grado de heterogeneidad (I² < 40% o 40%), se aplicaron modelos de efectos fijos o de efectos aleatorios. Se consideró estadísticamente significativo un valor p bilateral < 0,05. Se utilizó el software estadístico R (versión 3.5.1).

Resultados: Este metaanálisis muestra que los fármacos inhibidores de la apoC3 se asociaron con niveles más bajos de triglicéridos (DM -58,7%; IC del 95%: -62,3 a -55,1; I² 93,8%) FIG 1a y valores de apoC3 (DM -75,3%; IC del 95%: -80,3 a -70,3; I² 94,7%) Fig 1b en comparación con el placebo Por otro lado, estas moléculas se asocian con un menor riesgo de pancreatitis aguda (OR 0,2; IC del 95%: 0,1 a 0,4; I² 0%) Fig 2. No se observaron sesgos de publicación, y el análisis de sensibilidad demostró la robustez de los datos.

Conclusión: Este metaanálisis actualizado de ensayos controlados aleatorizados indica que la inhibición de la apoC3 en pacientes con hipertrigliceridemia produce reducciones significativas en los niveles de apoC3 y triglicéridos, y se asocia con un menor riesgo de pancreatitis aguda en comparación con el placebo. Estos hallazgos respaldan el potencial de las terapias dirigidas a la apoC3 como una estrategia terapéutica novedosa y eficaz en esta población de alto riesgo.



0069 - TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ENDOLEAK TIPO 3. UNA SERIE DE CASOS

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Medicina Vascular

Brian Xavier SORIA VEGA | Gustavo LEV | Carlos FAVA | Pablo LAMELAS | Gastón HEREDIA | Juan Manuel PEREZ | Ivana OREJUELA | Oscar Alfredo MENDIZ

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: El tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal ha permitido mejorar la morbimortalidad asociada a esta patología. Sin embargo, los endoleaks continúan siendo la complicación más frecuente tras la colocación de una endoprótesis. Los endoleaks tipo III se producen por una falla mecánica del injerto, ya sea por fractura o separación de sus componentes y se asocian a un alto riesgo de crecimiento y rotura del aneurisma, por lo que habitualmente requieren reintervención.

Objetivos: Evaluar los resultados y la evolución en el seguimiento de pacientes sometidos a tratamiento endovascular por endoleak tipo III.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes con antecedente de reparación endovascular de aneurisma de aorta abdominal que desarrollaron un endoleak tipo III asociado a crecimiento del saco aneurismático, con indicación de nueva intervención. Se incluyeron a 10 pacientes consecutivos tratados mediante implante de una nueva endoprótesis en nuestra institución entre enero de 2016 y marzo de 2026. Se analizaron variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes clínicos, características anatómicas, éxito técnico, evolución intra y extrahospitalaria.

Resultados: La edad media fue de 75,4 años, con predominio del sexo masculino (90%). En relación con los factores de riesgo cardiovascular, 9 pacientes presentaban hipertensión arterial, 1 era tabaquista activo y 3 ex tabaquistas. Tres pacientes presentaban valores elevados de creatinina previo al procedimiento, sin requerimiento de terapia de reemplazo renal. El diámetro máximo promedio del aneurisma fue de 77,95 mm. En 9 de los 10 casos se utilizaron accesos vasculares percutáneos, evidenciando la factibilidad de un abordaje mínimamente invasivo. El tratamiento consistió en el implante de una nueva endoprótesis endovascular de bajo perfil dentro del dispositivo previo, logrando la exclusión completa del endoleak tipo III en el 100% de los casos. El éxito técnico fue del 100%, sin mortalidad periprocedimiento ni complicaciones mayores relacionadas al procedimiento. Dos pacientes presentaron deterioro transitorio de la función renal sin requerimiento de diálisis. El seguimiento medio fue de 10,8 meses. Durante el mismo, un paciente falleció por un infarto agudo de miocardio no relacionado con el procedimiento. En el seguimiento, no se observaron recurrencias de endoleak tipo III. Se registró un caso de endoleak tipo II y dos reintervenciones por complicaciones no directamente vinculadas a la falla del tratamiento del endoleak tipo III (una oclusión de arteria renal y una disección femoral tratada con stent).

Conclusión: En esta serie, el tratamiento endovascular del endoleak tipo III con endoprótesis de bajo perfil dentro del dispositivo previo demostró ser una estrategia altamente efectiva, con resolución completa del leak en el 100% de los casos. Se trata de un abordaje reproducible, predominantemente percutáneo y con baja tasa de complicaciones, que permite evitar la cirugía abierta en una población de alto riesgo. Estos resultados refuerzan el rol del tratamiento endovascular como primera línea en el manejo del endoleak tipo III, destacando la importancia de un seguimiento adecuado para detectar y tratar otras complicaciones asociadas a la evolución de la enfermedad aórtica.

0070 - SUPERVIVENCIA OBSERVADA VERSUS ESPERADA LUEGO DE LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA EXCLUSIVA CON INJERTOS BILATERALES DE ARTERIA MAMARIA INTERNA SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO A 20 AÑOS

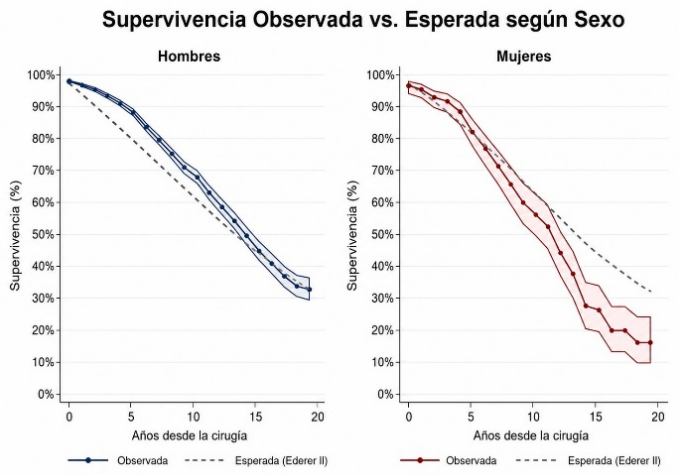
Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Cardiopatía Isquémica

Daniel Oscar NAVIA[1] | Iván HUESPE[2] | Juan Mariano VRANCIC[1] | Fernando PICCININI[1] | Marcia GORINA[1] | Leonardo Adrián SEOANE[1] | Juan Pablo COSTABEL[1] | Marcelo Sergio TRIVI[1]

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires[1]; Hospital Italiano de Buenos Aires[2]

Introducción: Los injertos bilaterales de arteria mamaria interna (BIMA) se asocian con mayor permeabilidad a largo plazo y menor mortalidad tardía. Sin embargo, los resultados alejados de la cirugía de revascularización miocárdica (CRM) con BIMA sin circulación extracorpórea (sin-CEC) no han sido comparados con la expectativa de vida poblacional en países de ingresos medios.

Objetivos: Determinar si la utilización CRM con BIMA sin-CEC en forma exclusiva permite equiparar la supervivencia con la de la población general.



Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma consecutiva pacientes adultos sometidos a CRM exclusiva con BIMA sin-CEC, en configuración en "T", por enfermedad coronaria de múltiples vasos, en un centro de alta complejidad entre 2003 y 2023. El seguimiento se realizó mediante registros institucionales y contacto telefónico. La supervivencia observada se comparó con la esperada según tablas de vida nacionales ajustadas por edad, sexo y año calendario (Instituto Nacional de Estadística), mediante el método de supervivencia relativa de Ederer II. Se emplearon modelos de regresión de Cox para evaluar la asociación entre mortalidad, edad y diabetes. La incidencia acumulada de angiografía coronaria postoperatoria (cath-PO) se estimó mediante análisis de riesgos competitivos, considerando la muerte como evento competidor.

Resultados: Se incluyeron 4.495 pacientes (edad media 64 ± 9 años; 8,3% mujeres), con 31.475 paciente-años de seguimiento y 1.199 muertes. La supervivencia relativa fue equivalente a la de la población general al año (1,00; IC 95%: 0,99–1,01), alcanzó un máximo a los 10 años (1,13; IC 95%: 1,09–1,18) y se mantuvo cercana a la unidad a los 20 años (0,99; IC 95%: 0,89–1,09). En el análisis por sexo, los hombres (n=4.120) presentaron un beneficio sostenido (supervivencia relativa 1,10 a 10 años y 1,04 a 15 años), mientras que las mujeres (n=375) mostraron un exceso de mortalidad, con valores inferiores a la unidad a partir del año 8 y de 0,52 a los 20 años. La edad =65 años y la diabetes se asociaron en forma independiente con mayor mortalidad (HR 4,99; IC 95%: 4,33–5,75; p<0,01 y HR 1,28; IC 95%: 1,10–1,48; p<0,01, respectivamente). La incidencia acumulada de cath-PO fue baja: 1,0% al año (IC 95%: 0,7–1,4%), 4,8% a 5 años (4,1–5,6%), 8,8% a 10 años (7,7–9,9%) y 14,7% a 20 años (13,0–16,5%). Las tasas de permeabilidad fueron: arteria mamaria interna izquierda a descendente anterior (LIMA–DA) 95% (n=318), arteria mamaria interna derecha a circunfleja (RIMA–Cx) 90% (n=302) y arteria mamaria interna derecha a coronaria derecha (RIMA–CD) 83% (n=278), sin diferencias según sexo.

Conclusión: En esta cohorte con seguimiento a 20 años, los hombres sometidos a CRM exclusiva con BIMA sin-CEC alcanzaron una supervivencia comparable a la de la población general. En contraste, las mujeres, así como los pacientes =65 años y con diabetes, presentaron un exceso de mortalidad. La baja incidencia de cath-PO a largo plazo respalda la durabilidad de la CRM con BIMA en un contexto de país de ingresos medios.

0073 - ABORDAJE CLÍNICO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN AMÉRICA LATINA: ENCUESTA MCH - SIAC

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Educación Médica y Políticas de Salud

Cristhian Emmanuel SCATULARO[1] | Josefina Belén PARODI[2] | Carlos Andrés GUAMÁN VALDIVIESO[3] | Antonio JORDÁN-RÍOS[4] | Vladimir ULLAURI SOLORZANO[3] | Ricardo LOPEZ SANTI[5] | Ana G MÚNERA ECHEVERRI[6] | Adrián BAANCHUK[7]

Sanatorio Trinidad Palermo[1]; Sanatorio Anchorena San Martin[2]; HOSPITAL METROPOLITANO[3]; INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ[4]; Hospital Italiano de La Plata[5]; CLÍNICA ROSARIO TESORO-CARDIOESTUDIO[6]; UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICA[7]

Introducción: El manejo clínico de la miocardiopatía hipertrófica (MCH) en América Latina es heterogéneo debido a la disponibilidad limitada de recursos.

Objetivos: Describir el manejo diagnóstico y terapéutico de la MCH, y las barreras de acceso, en la práctica diaria de cardiólogos en América Latina

Materiales y Métodos: Estudio transversal, mediante cuestionario virtual autoadministrado. Se efectuó análisis descriptivo, y se evaluó la distribución de las respuestas mediante Chi2 de heterogeneidad (x2 y p-valor) y el índice de Herfindahl–Hirschman (IHH) (<0.25 heterogeneidad baja, 0.25-0.5 moderada, y >0.5 alta). Se consideró significativo p<0.05

Resultados: De los 406 cardiólogos encuestados, se analizaron las respuestas de 302 que refirieron tener alguna experiencia en MCH (74.4%). La edad fue 44 años (RIC 36-56) y 66.75% de sexo masculino. Según los encuestados, los síntomas detectados en más de la mitad de los pacientes son disnea (75.5%), palpitaciones (69.5%) y angina de esfuerzo (51%). En el electrocardiograma (ECG), los signos catalogados como de alta sospecha de MCH fueron: ondas T negativas profundas por 74% de los encuestados (p<0.001), R alta en cara anterior o lateral por 56% (p<0.001) y S profunda en V1–2 por 54% (p<0.001) (Tabla 1). En el ecocardiograma (ETT) fueron catalogados como de alta sospecha: espesores VI >15 mm por 90% de los encuestados (p<0.001), obstrucción del tracto de salida VI (OTSVI) por 86.4% (p<0.001), movimiento anterior sistólico mitral por 79.1% (p<0.001), espesores VI >13 mm con antecedente familiar de MCH 69.1% (p<0.001), elongación de valva anterior mitral 43% (p<0.001), aneurisma apical 41.4% (p 0.003), y espesores VD >15 mm 41% (p 0.008) (Tabla 1). Según los encuestado, la OTSVI (gradiente >30 mmHg) se detectaría en 30% (RIC 25-50) y la OTSVI severa (gradiente >50 mmHg) en 15% (RIC 10-30) de los pacientes con MCH. La estratificación de riesgo de MSC se basó frecuentemente en ETT por el 98% de los cardiólogos, Holter 96.4%, antecedentes familiares de MSC 96.7%, síncope inexplicado 93.4%, fibrosis por RMC 92.9%, calculadoras de riesgo validadas 91%, ECG basal 84.8%, pruebas de esfuerzo 82.8% y estudios genéticos 68.9%. En general, los estudios menos disponibles fueron la

Tabla 1: Hallazgos patológicos en el electrocardiograma y ecocardiograma transtorácico: nivel de sospecha de MCH según los cardiólogos encuestados para cada hallazgo (rojo: predomina alta sospecha; amarillo: predomina moderada sospecha; verde: predomina baja sospecha).

Abreviaturas: IHH (Índice de Herfindahl–Hirschman); MCH (miocardiopatía hipertrófica), VI (ventrículo izquierdo)

Electrocardiograma	Sospecha alta N (%)	Sospecha intermedia N (%)	Sospecha baja N (%)	IHH	p-valor (χ^2)
Agrandamiento de aurícula izquierda	51 (16.89%)	136 (45.03%)	115 (38.08%)	0.35	<0.0001
Agrandamiento de aurícula derecha	9 (2.98%)	67 (22.19%)	226 (74.83%)	0.6	<0.0001
Segmento PR corto	19 (6.29%)	72 (23.84%)	211 (69.87%)	0.54	<0.0001
Segmento PR largo	7 (2.32%)	57 (18.87%)	238 (78.81%)	0.64	<0.0001
Bloqueo auriculoventricular de 2° o 3° grado	14 (4.64%)	75 (24.83%)	213 (70.53%)	0.6	<0.0001
Onda Q patológica	84 (27.81%)	150 (49.67%)	68 (22.52%)	0.38	<0.0001
Onda R alta en cara anterior o lateral	169 (55.96%)	95 (31.46%)	38 (12.58%)	0.4	<0.0001
Onda S profunda en V1-2	164 (54.30%)	107 (35.43%)	31 (10.26%)	0.4	<0.0001
Bloqueo completo de rama izquierda	61 (20.20%)	148 (49.01%)	93 (30.79%)	0.35	<0.0001
Bloqueo completo de rama derecha	12 (3.97%)	92 (30.46%)	198 (65.56%)	0.55	<0.0001
Melladuras en el complejo QRS	69 (22.85%)	163 (53.97%)	70 (23.18%)	0.37	<0.0001
Infradesnivel del ST en cara anterior o lateral	123 (40.73%)	135 (44.70%)	44 (14.57%)	0.35	<0.0001
T negativas profundas en cara anterior o lateral	224 (74.17%)	63 (20.86%)	15 (4.97%)	0.57	<0.0001
Supradesnivel del ST	54 (17.88%)	127 (42.05%)	121 (40.07%)	0.34	0.001
Segmento QT prolongado	24 (7.95%)	103 (34.17%)	175 (57.95%)	0.4	<0.0001
Microvoltaje	19 (6.29%)	43 (14.24%)	240 (79.47%)	0.65	<0.0001
Ecocardiograma transtorácico	**Sospecha alta N (%)**	**Sospecha intermedia N (%)**	**Sospecha baja N (%)**	**IHH**	**p-valor (χ^2)**
Espesores >15mm en el ventrículo izquierdo	272 (90.07%)	28 (9.27%)	2 (0.66%)	0.82	<0.0001
Espesores >15mm en el ventrículo derecho	124 (41.06%)	112 (37.09%)	66 (21.85%)	0.35	0.008
Espesores >13mm del VI y familiar con MCH	209 (69.14%)	85 (28.15%)	8 (2.65%)	0.55	<0.0001
Obstrucción del tracto de salida del VI	261 (86.42%)	35 (11.59%)	6 (1.99%)	0.75	<0.0001
Gradiente medioventricular	204 (67.55%)	83 (27.48%)	15 (4.97%)	0.53	<0.0001
Hiperrefringencia miocárdica	94 (31.13%)	146 (48.34%)	62 (20.53%)	0.37	<0.0001
Dilatación de una o ambas aurículas	83 (27.48%)	162 (53.64%)	57 (18.88%)	0.40	<0.0001
Patrón de relajación alterado	96 (31.79%)	150 (49.67%)	56 (18.54%)	0.38	<0.0001
Insuficiencia mitral moderada a severa	65 (21.52%)	176 (58.28%)	61 (20.2%)	0.36	<0.0001
Movimiento anterior sistólico mitral	239 (79.14%)	51 (16.89%)	12 (3.97%)	0.69	<0.0001
Elongación de la valva anterior mitral	130 (43.05%)	123 (40.73%)	49 (16.22%)	0.38	0.21
Insuficiencia tricúspidea moderada a severa	9 (2.98%)	158 (52.32%)	135 (44.7%)	0.47	<0.0001
Aneurisma apical	125 (41.39%)	107 (35.43%)	70 (23.18%)	0.35	0.003
Criptas en VI	79 (26.16%)	135 (44.70%)	88 (29.14%)	0.35	<0.0001

Tabla 2: Tratamiento farmacológico en miocardiopatía hipertrófica en diferentes situaciones clínicas: número y porcentaje de cardiólogos que indican el tratamiento

Abreviaturas: OTSVI (Obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo), FEVI (Fracción de eyección del ventrículo izquierdo), IECA (Inhibidor de enzima convertidora de angiotensina II), ARA II (Antagonista de receptores de angiotensina II)

Inotrópico negativo de primera línea en OTSVI	FEVI > 50 % N (%)	FEVI < 50 % N (%)
Betabloqueantes	226 (74.83%)	251 (83.11%)
Bloqueante cálcico	57 (18.88%)	36 (11.92%)
Inhibidores selectivos de miosina	19 (6.29%)	15 (4.97%)
Fármacos en Insuficiencia cardiaca	**FEVI > 50 % N (%)**	**FEVI < 50 % N (%)**
Betabloqueantes	283 (93.71%)	288 (95.36%)
IECA o ARA II	188 (62.25%)	250 (82.78%)
Sacubitril-valsartán	84 (27.82%)	232 (76.82%)
Antialdosterónicos	165 (54.64%)	276 (91.39%)
Gliflozinas	200 (66.23%)	258 (85.43%)
Diuréticos orales	148 (49%)	220 (72.85%)
Antiarrítmico de primera línea en arritmia ventricular	**Sin enfermedad coronaria N (%)**	**Con enfermedad coronaria N (%)**
Betabloqueantes	140 (46.36%)	193 (63.91%)
Amiodarona	120 (39.74%)	100 (33.11%)
Bloqueante cálcico	20 (6.62%)	8 (2.65%)
Flecainida o Propafenona	14 (4.64%)	1 (0.33%)
Disopiramida	8 (2.65%)	0 (0%)
Dofetilide	0 (0%)	0 (0%)
Ninguno	0 (0%)	0 (0%)

prueba de ejercicio cardiopulmonar (11.3% sin acceso), estudios genéticos (10.6% sin acceso) y RMC (2.3% sin acceso). En cuanto al tratamiento farmacológico, los betabloqueantes son los más utilizados independientemente de la presencia de insuficiencia cardiaca y de la FEVI (>90%), y los inhibidores de miosina fueron indicados solo por el 6% (Tabla 2). Los tratamientos invasivos más indicados fueron el cardiodesfibrilador (>70% de encuestados) y la miectomía septal (55.6%), mientras que el trasplante cardiaco fue el menos accesible (33% sin acceso) (Tabla 2). En pacientes con fibrilación auricular, 67.5% administra anticoagulación siempre, y 32% según el riesgo embolico y hemorrágico. En cuanto a la prescripción de ejercicio, en MCH con alto riesgo de MSC el 72% de los cardiólogos adoptan recomendaciones restrictivas (43% prohibición total y 29% los de alta intensidad), mientras que en bajo riesgo predominaron las conductas más permisivas.

Conclusión: En América Latina, el manejo de la MCH muestra un adecuado conocimiento de las recomendaciones internacionales, pero con brechas relevantes en el acceso a herramientas avanzadas y recursos clave. Se debe fortalecer las redes de derivación a centros especializados y crear guías propias basadas en el contexto de América Latina

0074 - REGISTRO EPIDEMIOLÓGICO DE INFARTO EN UNA CIUDAD DEL INTERIOR DE BUENOS AIRES 2023-2025

Cardiopatía Isquémica / Educación Médica y Políticas de Salud

Juan BENGER | Vanina LEYENDECKER | Alberto CACCAVO | **María Florencia DUCKWEN** | Mariano SEIN | Matías Ramiro SOLER | María Emilia RUIZ

Hospital Municipal "Dr. Raúl A. Caccavo"

Introducción: El infarto agudo de miocardio (IAM) es una de las principales causas de morbimortalidad. El conocimiento de su epidemiología resulta clave a la hora de definir estrategias de salud pública. En nuestro país, existen pocos datos epidemiológicos, principalmente luego de la pandemia de COVID. En este trabajo, reportamos los resultados de los primeros tres años de un registro de IAM en pacientes hospitalizados en una ciudad del interior de la provincia de Buenos Aires.

Objetivos: Objetivo principal: describir la tasa anual de hospitalizaciones (TAH) por IAM en una ciudad del interior de la Provincia de Buenos Aires. Objetivos secundarios: describir la TAH por IAM según sexo y edad; evaluar mortalidad intrahospitalaria.

	TOTAL	Mujeres	Hombres
Forma de presentación n(%)			
Cualquier IAM	175	48 (27.4)	127 (72.6)
IAMCEST	59	12 (20.3)	47 (79.7)
IAMCEST evolucionado	14	1 (7.1)	13 (92.9)
IAMSEST	102	35 (34.3)	67 (65.7)
Edad media en años (DE)			
Cualquier IAM	66.5 (13.0)	67.6 (14.2)	66.0 (12.5)
IAMCEST	66.4 (12.8)	64.8 (14.4)	66.7 (12.5)
IAMCEST evolucionado	66.3 (13.1)	59	66.8 (13.4)
IAMSEST	66.6 (13.2)	38.8 (14.4)	65.4 (12.5)

Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte prospectiva, que incluyó pacientes hospitalizados por IAM en un hospital municipal de la provincia de Buenos Aires entre los años 2023 y 2025, único centro de internación para pacientes de estas características en la ciudad. Se incluyeron todos los pacientes internados con diagnóstico de IAM, con elevación del ST (IAMCEST) y sin elevación del ST (IAMSEST), y que fueran residentes de la ciudad. Se consideraron IAMCEST a aquellos con supradesnivel del ST o con bloqueo de rama izquierda presumiblemente nuevo en el electrocardiograma, en los cuales la sintomatología comenzó en las 24 hs previas a la consulta. En los casos en que la consulta fue posterior a ese lapso de tiempo, se clasificaron como IAMCEST evolucionados. Se registraron variables demográficas de los pacientes (edad y sexo); variables relacionadas al tipo de infarto (con o sin supradesnivel del segmento ST); y, finalmente, mortalidad intrahospitalaria. Se evaluó: - TAH por IAM para toda la población. - TAH según tipo de IAM para toda la población. - TAH por IAM según edad y sexo de la población. - Mortalidad intrahospitalaria. El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Municipal.

Edad (años)	Cantidad de habitantes	Tasa anual de hospitaliazaciones por IAM cada 10.000 habitantes
30-39	5950	1.1
40-49	5787	9.2
50-59	4974	27.5
60-69	4170	32.8
70-79	3129	41.5
80-89	1488	71.7
90 o mayor	311	48.2

Resultados: Entre los años 2023-2025, se internaron 175 pacientes por IAM en el hospital municipal de nuestra ciudad (Tabla 1). De ellos, 59 fueron IAMCEST, 14 por IAMCEST evolucionado y 102 IAMSEST. 127 (72.6%) ocurrieron en hombres y 48 (27.4%) en mujeres. La edad media de los pacientes con IAM de cualquier tipo fue de 66.5 años (DE 13.0 años). No se observaron diferencias significativas en la edad entre mujeres y hombres en la población total con IAM (p=0.49), ni en

los subgrupos IAMCEST (p=0.68) e IAMSEST (p=0.24). La población del municipio en el Censo 2022 del INDEC fue de 42110 personas, 21654 (51.4%) mujeres y 20456 (48.6%) hombres. La mediana de edad de la población fue de 37 años. Se estimó una TAH por cualquier IAM para toda la población de 13.9 cada 10000 habitantes. La TAH por IAMCEST fue de 4.7 cada 10000 habitantes, por IAMCEST evolucionado de 1.1 cada 10000 habitantes y por IAMSEST de 8.1 cada 10000 habitantes. En el análisis por sexo, las mujeres tuvieron una TAH por IAM de 7.4 cada 10000 habitantes y, los hombres, de 20.7 cada 10000 habitantes. La TAH por IAM mostró una tendencia creciente con la edad (Tabla 2). Fallecieron durante la internación 8 (13.6%) pacientes con IAMCEST, 1 de ellos por complicación mecánica, 1 shock cardiogénico, 1 ACV y 5 por arritmia (1 actividad eléctrica sin pulso y 4 por fibrilación ventricular). De los pacientes hospitalizados por IAMSEST, fallecieron 2 (1.9%) pacientes, ambos por shock cardiogénico.

Conclusión: La TAH por IAM fue de 13.9 cada 10000 habitantes, correspondiendo el 58.2% a IAMSEST. La incidencia fue mayor en pacientes de sexo masculino y mostró una tendencia creciente con la edad de la población. La mortalidad fue de 13.6% para pacientes con IAMCEST y 1.9% IAMSEST.

0075 - ABORDAJE FARMACOLÓGICO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN LA PRÁCTICA DIARIA EN AMÉRICA LATINA: SUBANÁLISIS DE LA ENCUESTA MCH - SIAC

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Cristhian Emmanuel SCATULARO[1] | Josefina Belén PARODI[2] | Carlos Andrés GUAMÁN VALDIVIESO[3] | Antonio JORDÁN-RÍOS[4] | Vladimir ULLAURI SOLORZANO[3] | Ricardo LOPEZ SANTI[5] | Ana G MÚNERA ECHEVERRI[6] | Adrián BARANCHUK[7]

Sanatorio de la Trinidad Palermo[1]; Sanatorio Anchorena San Martin[2]; HOSPITAL METROPOLITANO[3]; INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ[4]; Hospital Italiano de La Plata[5]; CLÍNICA ROSARIO TESORO-CARDIOESTUDIO[6]; UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICA[7]

Introducción: En pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH), la obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (OTSVI), la insuficiencia cardiaca (IC) y las arritmias ventriculares constituyen escenarios clínicos complejos que requieren estrategias farmacológicas diversas. Sin embargo, existen pocos datos sobre los patrones de su utilización terapéutica en América Latina

Objetivos: Describir los patrones de tratamiento farmacológico por parte de cardiólogos de América Latina en MCH y diferentes situaciones clínicas: OTSVI, IC y arritmia ventricular

Materiales y Métodos: Subanálisis de un estudio transversal diseñado originalmente para caracterizar el manejo clínico de la MCH en la práctica diaria de cardiólogos en América Latina, mediante un cuestionario virtual autoadministrado. Se comparó la utilización de distintas clases farmacológicas en paciente con MCH y distintas situaciones clínicas: OTSVI sintomática, IC según FEVI <50% o >50%, y arritmia ventricular con o sin enfermedad coronaria (EC). Las comparaciones se realizaron mediante X^2 de Pearson, y la heterogeneidad en la distribución mediante X^2 de heterogeneidad y el índice Herfindahl-Hirschman (IHH) (<0.25 heterogeneidad baja, 0.25-0.5 moderada, y >0.5 alta). Se consideró significativo una p <0.05.

Resultados: De los 406 cardiólogos encuestados, se analizaron las respuestas de 302 que refirieron tener alguna experiencia en MCH (74.4%). La edad fue 44 años (RIC 36-56) y 66.75% de sexo masculino. La distribución por países y subespecialidades de la cardiología se describen en tabla 1. En MCH con OTSVI, los betabloqueantes (BB) fueron los inotrópicos negativos de primera línea predominantes en comparación a los bloqueantes cálcicos (BCa) y los inhibidores de miosina (InhMio), tanto en FEVI >50%

Tabla 1: Características sociodemográficas de la población encuestada total

	N (%)
Edad (años)	44 (RIC 36-56)
Sexo masculino	271 (66.75%)
Regiones y países participantes (orden alfabético por región)	
América del Norte	
- México	35 (8.63%)
América Central	
- Costa Rica	9 (2.22%)
- Cuba	10 (2.46%)
- El Salvador	3 (0.74%)
- Guatemala	10 (2.46%)
- Panamá	1 (0.25%)
- República Dominicana	12 (2.96%)
América del Sur	
- Argentina	132 (32.5%)
- Bolivia	4 (1%)
- Brasil	8 (1.97%)
- Chile	13 (3.20%)
- Colombia	32 (7.88%)
- Ecuador	40 (9.85%)
- Paraguay	5 (1.23%)
- Perú	37 (9.11%)
- Uruguay	37 (9.11%)
- Venezuela	18 (4.43%)
Subespecialidad en Cardiología	
Cardiología clínica general	174 (42.86%)
Imágenes cardiovasculares	80 (19.70%)
Insuficiencia cardiaca, Hipertensión pulmonar y/o miocardiopatías	49 (12.07%)
Cardiometabolismo y/o prevención cardiovascular	34 (8.37%)
Electrofisiología	24 (5.91%)
Hemodinamia	17 (4.19%)
Cardiopatías congénitas y cardiología pediátrica	8 (1.97%)
Cirugía cardiovascular	7 (1.72%)
Recuperación cardiovascular y cardiología crítica	7 (1.72%)
Rehabilitación cardiovascular	4 (0.99%)
Cardiooncología	2 (0.49%)

Tabla 2: Tratamiento farmacológico en miocardiopatía hipertrófica en diferentes situaciones clínicas: número y porcentaje de cardiólogos que indican el tratamiento

Abreviaturas: IHH (índice de Herfindahl–Hirschman), OTSVI (Obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo), FEVI (Fracción de eyección del ventrículo izquierdo), IECA (Inhibidor de enzima convertidora de angiotensina II), ARA II (Antagonista de receptores de angiotensina II)

Inotrópico negativo de primera línea en OTSVI	FEVI > 50 % N (%)	FEVI < 50 % N (%)	p-valor (X^2)
Betabloqueantes	226 (74.83%)	251 (83.11%)	0.017
Bloqueante cálcico	57 (18.88%)	36 (11.92%)	0.024
Inhibidores selectivos de miosina	19 (6.29%)	15 (4.97%)	0.6
IHH / p valor (X^2)	IHH 0.6 / p <0.00001	IHH 0.7 / p <0.00001	-
Fármacos en Insuficiencia cardiaca	**FEVI > 50 % N (%)**	**FEVI < 50 % N (%)**	**p-valor (X^2)**
Betabloqueantes	283 (93.71%)	288 (95.36%)	0.37
IECA o ARA II	188 (62.25%)	250 (82.78%)	< 0.00001
Sacubitril-valsartán	84 (27.82%)	232 (76.82%)	< 0.00001
Antialdosterónicos	165 (54.64%)	276 (91.39%)	< 0.00001
Gliflozinas	200 (66.23%)	258 (85.43%)	< 0.00001
Diuréticos orales	148 (49%)	220 (72.85%)	< 0.00001
IHH / p valor (X^2)	IHH 0.21 / p < 0.00001	IHH 0.17 / p < 0.00001	-
Antiarrítmico de primera línea en arritmia ventricular	**Sin enfermedad coronaria N (%)**	**Con enfermedad coronaria N (%)**	**p-valor (X^2)**
Betabloqueantes	140 (46.36%)	193 (63.91%)	< 0.0001
Amiodarona	120 (39.74%)	100 (33.11%)	0.09
Bloqueante cálcico	20 (6.62%)	8 (2.65%)	0.02
Flecainida o Propafenona	14 (4.64%)	1 (0.33%)	< 0.001
Disopiramida	8 (2.65%)	0 (0%)	0.004
Dofetilide	0 (0%)	0 (0%)	-
Ninguno	0 (0%)	0 (0%)	-
IHH / p valor (X^2)	IHH 0.38 / p < 0.00001	IHH 0.52 / p < 0.00001	-

(74.8 vs 18.9 vs 6.3%; IHH 0.6; p <0.00001) como en FEVI <50% (83.1 vs 12 vs 5%; IHH 0.7; p <0.00001). En MCH con OTSVI, los BB se indican más en FEVI<50% vs preservada (p 0.017), y lo contrario en el caso de los BCa (p 0.024), sin diferencias en los InhMio (tabla 2). En MCH con IC, los BB son los fármacos más indicados, independientemente de la FEVI, aunque con frecuencia similar a los antialdosterónicos en FEVI reducida (95.3 vs 91.4%, p NS). Los pacientes con IC y FEVI <50% presentaron mayor utilización de IECA/ARA II (82.8 vs 62.3%; p <0.00001), sacubitril-valsartán (76.8 vs 27.8%; p <0.00001), antialdosterónicos (91.4 vs 54.6%; p <0.00001), gliflozinas (85.4 vs 66.2%; p <0.00001) y diuréticos orales (72.9 vs 49%; p<0.00001), sin diferencias en el uso de BB (95.4 vs 93.7%; p 0.37) (tabla 2). En pacientes con arritmia ventricular, los fármacos más utilizados son los BB y la amiodarona, tanto con EC (63.9 y 33.1% respectivamente; IHH 0.52; p < 0.00001) como sin ella (46.3 y 39.7% respectivamente; IHH 0.38; p < 0.00001). Los BB se indicaron más en presencia de EC (63.9 vs 46.3%; p < 0.0001), y lo contrario en el caso de los BCa (2.6 vs 6.6%; p 0.02) y la flecainida/propafenona (4.6 vs 0.3%; p<0.001), sin diferencias con amiodarona (tabla 2)

Conclusión: Los BB constituyen la estrategia predominante para el manejo de la OTSVI, la IC y las arritmias ventriculares. La utilización de InhMio es baja en nuestra región. En MCH con IC y FEVI reducida se indican los fármacos modificadores de la enfermedad con mayor homogeneidad. La presencia de EC condiciona un mayor uso de BB y menor uso de flecainida o propafenona, sin diferencias con la amiodarona.

0078 - DESCONGESTIÓN PULMONAR DINÁMICA EVALUADA MEDIANTE REMOTE DIELECTRIC SENSING EN PACIENTES AMBULATORIOS CON EMPEORAMIENTO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA: ESTUDIO OUTREDS-WHF

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Lucrecia María BURGOS[1] | Rocío Consuelo BARO VILA[1] | María Antonella DE BORTOLI[1] | Damián MALANO[1] | Tomas NACHMAN[1] | Iván HUESPE[2] | Jesús ALVAREZ GARCIA[1] | Mirta DIEZ[1]

ICBA[1]; Hospital Italiano de Buenos Aires[2]

Introducción: La congestión residual constituye uno de los principales determinantes pronósticos en pacientes con empeoramiento de insuficiencia cardíaca (IC). Remote Dielectric Sensing (ReDS) es una tecnología no invasiva que permite cuantificar objetivamente el contenido de fluido pulmonar. Si bien reducciones dinámicas del contenido de fluido pulmonar se han asociado con mejor evolución en pacientes hospitalizados, no existe evidencia sobre su evaluación durante intervenciones ambulatorias estructuradas de descongestión.

FIGURA 1: Racional y diseño del estudio OUTREDS-WHF

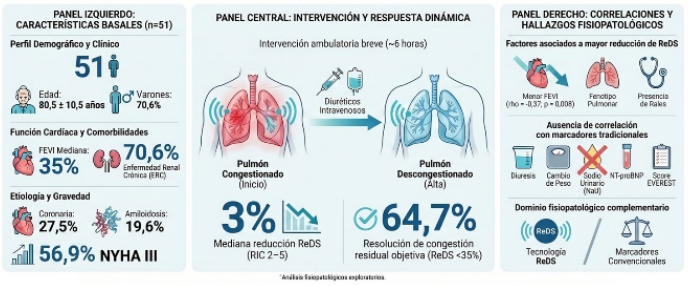


Objetivos: Evaluar los cambios dinámicos tempranos en la congestión pulmonar medidos mediante ReDS durante una intervención ambulatoria estructurada y explorar su asociación con marcadores de descongestión y eventos clínicos a corto plazo.

Materiales y Métodos: OUTREDS-WHF es un estudio prospectivo, observacional, realizado en un hospital de día de IC entre febrero y abril de 2026. Se incluyeron pacientes consecutivos con empeoramiento ambulatorio de IC tratados mediante un protocolo estructurado de furosemida intravenosa. Se realizaron mediciones de ReDS al ingreso y al alta (~6 horas), con operadores independientes y adjudicación de eventos ciega. El desenlace principal fue el cambio dinámico en la congestión pulmonar (delta ReDS). Se evaluaron asociaciones con NaU, NT-proBNP, score EVEREST, diuresis y

peso, así como con eventos a 30 días (consulta no programada, hospitalización o muerte). Se definió resolución de congestión como ReDS <35%. El tamaño muestral fue calculado para detectar cambios dinámicos en los valores de ReDS durante la intervención ambulatoria. Los análisis de asociación con marcadores de descongestión y eventos clínicos fueron considerados exploratorios.

FIGURA 2: Resultados principales del estudio OUTREDS-WHF
La **tecnología ReDS** para medir la descongestión pulmonar objetiva en un entorno ambulatorio



Resultados: Se incluyeron 51 pacientes, todos con seguimiento completo a 30 días. La edad media fue de 80,5 ± 10,5 años, el 70,6% fueron hombres y la mediana de FEVI fue de 35% (RIC 30–56). Las etiologías más frecuentes fueron cardiopatía isquémica (27,5%) y amiloidosis (19,6%). El 56,9% de los pacientes se encontraban en clase funcional NYHA III y el 13,7% en IV. La enfermedad renal crónica estuvo presente en el 70,6% de los casos. La mediana del score EVEREST fue de 8 (RIC 7 a 9), del ReDS basal de 35% (RIC 30 a 41) y del NT-proBNP de 4392 pg/mL (RIC 1492 a 10141). Durante una intervención ambulatoria estructurada de 6 horas, la mediana de reducción de ReDS fue de 3% (RIC 2–5), observándose una reducción significativa del contenido de fluido pulmonar. El 64,7% de los pacientes alcanzó resolución de la congestión residual objetiva al alta (ReDS<35%). Los pacientes con fenotipo de congestión pulmonar o combinada presentaron una mayor reducción de ReDS en comparación con aquellos con fenotipo sistémico (mediana 3% [RIC 2 a 5] vs 2% [RIC 1 a 2]; p = 0,029). Una mayor reducción de ReDS se asoció significativamente con menor FEVI (rho = 0,37; p = 0,008). No se observaron correlaciones significativas entre la reducción de ReDS y diuresis total, pérdida de peso, NaU, NT-proBNP ni score clínico EVEREST. La tasa de eventos combinados fue de 13,7%, y los valores finales de ReDS, > 35%, no se asociaron con el punto final combinado.

Conclusión: En pacientes con empeoramiento ambulatorio de IC tratados en un hospital de día, una estrategia estructurada de descongestión se asoció con una reducción temprana y objetiva de la congestión medida mediante ReDS, alcanzando resolución de congestión residual objetiva en aproximadamente dos tercios de los pacientes. (Figuras creadas con IA)

0080 - PREVALENCIA Y CORRELACIONES DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN UNA POBLACIÓN AMBULATORIA AÑOSA

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardio Geriatría

María Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Alejandro Simón KUFERT | **María Paula AIMONE** | Mariela Susana LEONARDI | Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Alejandro David MANSUR | Claudio DIZEO

Hospital Cesar Milstein

Introducción: El índice de masa corporal (IMC) aumenta progresivamente hasta aproximadamente los 65 años; posteriormente, diversos estudios han demostrado una disminución asociada el envejecimiento

Objetivos: El siguiente estudio de cohorte observacional se realizó con el objetivo de establecer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en una población de pacientes añosos de consultorio externo y sus correlaciones con otros factores de riesgo coronario.

Materiales y Métodos: Material y métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos que concurrieron al consultorio externo de cardiología. Se midió el peso, la altura, y el perímetro de la cintura de acuerdo a recomendaciones de las guías. Se calculó el Índice de masa corporal (IMC) con la formula peso/altura2. Se relevaron edad sexo y otros factores de riesgo convencionales.

Resultados: Se incluyeron 603 pacientes (p), 396 sexo femenino (66 %) y 207 de sexo masculino (34%) con un índice de masa corporal de 29 +- 5 en mujeres y 28 +-4 en hombres (p= NS), y un perímetro de la cintura de 93 cm +- 12 cm en mujeres y 103 cm +- 10 cm en hombres (p<0.01). 247 p tuvieron sobrepeso (40,6%), 212 p tuvieron obesidad (35%) y el porcentaje de pacientes con índice de masa corporal normal fue de 23,7% (144 p)- El 81% de los hombres (166 p) tenían hipertensión y el 78% de las mujeres eran hipertensas (309 p) P=NS- El 22% de los hombres (46 p) eran diabéticos y el 15% de las mujeres (62 p) valor de p= 0.01- No hubo diferencias en la prevalencia de dislipemia y el 8,6% de las mujeres

(34 p) eran tabaquistas y el 6,8% de los hombres (14 p) valor de p <0.01- Dividimos la cohorte en 5 grupos por décadas a partir de los 50 años: Grupo 1: 50-59 a, grupo 2 60-69 a, grupo 3 70-79 a, grupo 4 80-89 a y grupo 5 90 a 100 a- El índice de masa corporal disminuye acorde aumenta la edad: (grupo 1: 33+-8 grupo: 2 29+-6, grupo 3: 28+-5 ,grupo 4: 27+-4 y grupo 5: 25 +- 3- ANOVA p <0.001) y también disminuyo el perímetro de la cintura (grupo 1: 106+-18, grupo 2: 97+-12, grupo 3: 97+-12, grupo 4: 92+-11 y grupo 5: 90+-9- ANOVA p<0.001), pero el índice de masa corporal disminuyo en mayor proporción que el perímetro de la cintura. La presencia de obesidad se correlaciono con hipertensión arterial p<0.01) y diabetes p<0.01, pero no con dislipemia. (NS) Los obesos eran fumadores en menor proporción. La hipertensión y la diabetes aumentaron con el aumento de la edad a pesar de la disminución del índice de masa corporal con el paso del tiempo.

Conclusión: Conclusión: En esta cohorte ambulatoria añosa, la prevalencia de obesidad y sobrepeso disminuyo progresivamente con la edad. Sin embargo, la reducción del IMC fue proporcionalmente mayor que el perímetro de cintura, sugiriendo una persistencia relativa de adiposidad central. La obesidad se asoció significativamente con hipertensión arterial y diabetes.

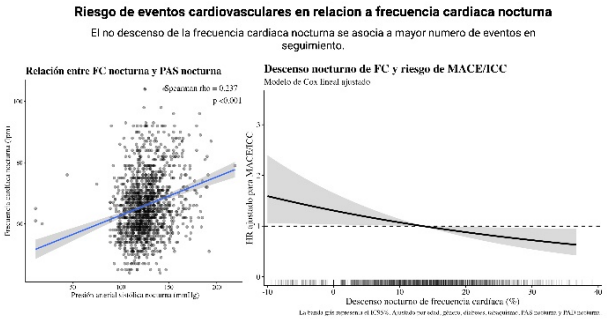
0082 - DESCENSO NOCTURNO DE FRECUENCIA CARDÍACA COMO PREDICTOR DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Hipertensión Arterial

Daniel MARTIN | Santiago SIMONE | Oscar Yesid GÓMEZ RAMOS | Diego Martin ARLUNA | Agustín LOPEZ ERRIEST | Julia JANCHES QUIÑONES | Perea JOAQUIN | Álvaro SOSA LIPRANDI

Sanatorio Güemes

Introducción: La frecuencia cardíaca nocturna refleja la adaptación autonómica cardiovascular durante el sueño. Reducción atenuada podría expresar disfunción autonómica y por ello, el descenso nocturno de la frecuencia cardíaca podría constituir un marcador pronóstico para la estratificación del riesgo cardiovascular.



Objetivos: El objetivo fue analizar la asociación entre el descenso nocturno de la frecuencia cardíaca y la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectiva en pacientes adultos evaluados mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial de 24hs. Se incluyeron pacientes con diagnóstico conocido de hipertensión arterial. Primero se exploró la relación entre frecuencia cardíaca nocturna promedio y presión arterial nocturna mediante análisis de correlación para evaluar si la frecuencia cardíaca nocturna representaba una dimensión parcialmente independiente del perfil presor nocturno. Luego, la exposición principal fue el descenso nocturno porcentual de la frecuencia cardíaca, calculado como la diferencia entre la frecuencia cardíaca promedio diurna y nocturna, dividida por la frecuencia cardíaca diurna y expresada como porcentaje. Valores positivos indican reducción nocturna de la frecuencia cardíaca, valores cercanos a cero ausencias de descenso y valores negativos una frecuencia cardíaca nocturna mayor que la diurna. Para facilitar la interpretación clínica, esta variable fue analizada en forma continua y expresada por cada incremento absoluto del 5%, estimando así el cambio relativo en el riesgo por cada 5 puntos porcentuales adicionales de descenso nocturno. El desenlace principal fue la ocurrencia de MACE/ICC durante el seguimiento. La asociación entre el descenso nocturno de la frecuencia cardíaca y el desenlace principal fue evaluada mediante modelos de regresión de Cox. Los modelos fueron ajustados por edad, género, diabetes, tabaquismo y presión arterial sistólica nocturna. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05.

	Overall (N=1382*)	Mayor descenso de FC (N=460*)	Descenso intermedio (N = 461*)	Menor descenso nocturno de FC (N = 461*)	p-value
Edad, años	61 [50, 70]	56 [47, 66]	61 [51, 70]	64 [54, 73]	<0.001
Sexo (M)	720 (52%)	223 (48%)	249 (54%)	248 (54%)	0.2
IMC	29.0 [25.0, 32.0]	29.0 [26.0, 33.0]	29.0 [26.0, 32.0]	29.0 [25.0, 32.0]	0.9
Diabetes	241 (17%)	61 (13%)	83 (18%)	97 (21%)	0.007
Dislipidemia	491 (36%)	132 (29%)	181 (39%)	178 (39%)	<0.001
Tabaquismo	308 (22%)	102 (22%)	105 (23%)	101 (22%)	>0.9
Antecedente de SCA	91 (6.6%)	19 (4.1%)	32 (6.9%)	40 (8.7%)	0.019
Revascularización previa	60 (4.3%)	13 (2.8%)	21 (4.6%)	26 (5.6%)	0.11
Antecedente de ACV	62 (4.5%)	21 (4.6%)	17 (3.7%)	24 (5.2%)	0.5
Antecedente de ICC	20 (1.4%)	4 (0.9%)	3 (0.7%)	13 (2.8%)	0.010
Antecedente de FA	49 (3.5%)	7 (1.5%)	11 (2.4%)	31 (6.7%)	<0.001
Tratamiento antihipertensivo	1,115 (81%)	350 (76%)	376 (82%)	389 (84%)	0.005
Tratamiento beta-bloqueante	368 (27%)	87 (19%)	126 (27%)	155 (34%)	<0.001
Hipertensión nocturna	954 (69%)	294 (64%)	310 (67%)	350 (76%)	<0.001
FC 24hs, lpm	72 [65, 80]	74 [69, 82]	71 [65, 79]	69 [63, 78]	<0.001
FC diurna, lpm	76 [68, 84]	81 [74, 89]	75 [68, 82]	70 [64, 78]	<0.001
FC nocturna, lpm	65 [59, 71]	63 [57, 69]	65 [59, 71]	68 [62, 77]	<0.001
Descenso nocturno de FC, %	14 [7, 19]	21 [19, 25]	14 [12, 15]	4 [0, 7]	<0.001
FEY, %	68.0 [64.0, 70.0]	68.0 [64.0, 70.0]	68.0 [65.0, 70.0]	68.0 [64.0, 70.0]	0.3
MACE/ICC durante seguimiento	141 (10%)	29 (6.3%)	47 (10%)	65 (14%)	<0.001
MACE durante seguimiento	116 (8.4%)	27 (5.9%)	39 (8.5%)	50 (11%)	0.024
Seguimiento, años	4.69 [2.89, 6.17]	4.77 [3.04, 6.14]	4.48 [2.67, 6.08]	4.85 [2.88, 6.38]	0.3
*Median [Q1, Q3]; n (%)					

Resultados: Se incluyeron 1382 pacientes. La mediana de edad fue de 61 años, y el 52% correspondió al sexo masculino. La mediana de seguimiento fue de 4,69 años y se registraron 141 eventos cardiovasculares mayores (10%). La frecuencia cardíaca nocturna se correlacionó positivamente con la presión arterial sistólica nocturna (rho de Spearman = 0,23; p < 0,001. Los pacientes fueron clasificados según terciles de descenso nocturno porcentual de frecuencia cardíaca en: mayor descenso nocturno, descenso intermedio y menor descenso nocturno. La mediana de descenso nocturno de frecuencia cardíaca fue de 21% en el grupo de mayor descenso, 14% en el grupo intermedio y 4% en el grupo de menor descenso (p < 0,001). En cuanto a la incidencia de eventos cardiovasculares, fue progresivamente mayor a medida que disminuyó el descenso nocturno de frecuencia cardíaca: 6,3% en el tercil de mayor descenso nocturno, 10% en el tercil intermedio y 14% en el tercil de menor descenso nocturno (p < 0,001). En el análisis mediante modelos ajustados de Cox, un menor descenso nocturno de frecuencia cardíaca se asoció con menor riesgo de MACE/ICC durante el seguimiento.

Conclusión: La correlación leve entre frecuencia cardíaca y presión arterial nocturna sugiere que ambas variables representan dimensiones parcialmente diferentes del riesgo cardiovascular nocturno. Menor descenso nocturno de la frecuencia cardíaca se asoció con mayor riesgo de eventos. Estos hallazgos sugieren: descenso nocturno de frecuencia cardíaca podría constituir un marcador pronóstico independiente y reflejar alteración autonómica nocturna.

0086 - PREFERENCIAS EN LA ELECCIÓN DE ANTICOAGULANTES ORALES EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR: UNA ENCUESTA A CARDIÓLOGOS Y RESIDENTES

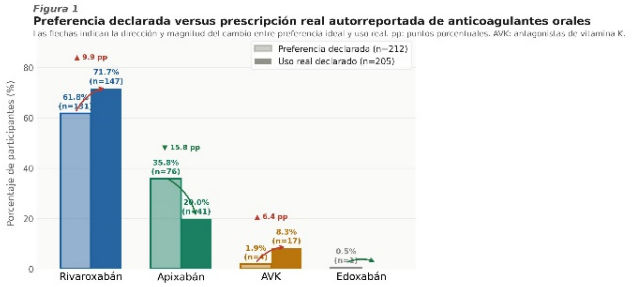
Arritmias y Electrofisiología

Lucas Nicolás CAMPANA LANCMAN | Oscar Harold GARCÍA CARRETERO | Leonardo CELANO | Claudio León HADID | Carlos Alfredo LOPEZ | Carlos David LABADET | Darío Carlos DI TORO

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

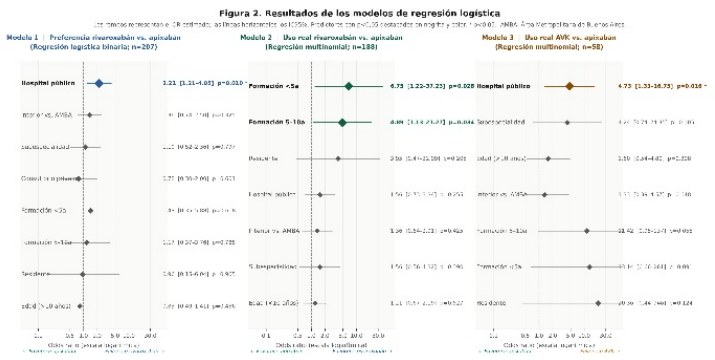
Introducción: La fibrilación auricular no valvular (FANV) es la arritmia sostenida más prevalente y un factor de riesgo mayor para el accidente cerebrovascular isquémico. Los anticoagulantes orales directos (DOAC, por su sigla en inglés: Direct Oral AntiCoagulants) constituyen la terapia de primera línea. En Argentina, los patrones reales de prescripción y la magnitud de la brecha entre preferencia ideal y conducta prescriptiva no habían sido descritos.

Objetivos: Describir las preferencias de DOAC y el uso real entre cardiólogos argentinos; identificar sus determinantes; cuantificar la concordancia intraindividual y evaluar la adherencia a recomendaciones societarias en escenarios clínicos simulados.



Materiales y Métodos: Estudio observacional, transversal y anónimo, mediante encuesta online realizada entre agosto y octubre de 2025 a cardiólogos y residentes de cardiología en Argentina. Se compararon variables categóricas con chi-cuadrado de Pearson y McNemar con corrección de Yates, y variables continuas con U de Mann-Whitney. Se utilizaron modelos de regresión logística binaria o multinomial según correspondiera, reportando OR con IC95%.

Resultados: Se analizaron 212 encuestas (edad media 40,6 ± 11,3 años; 46,2% en hospital público). El DOAC preferido fue rivaroxabán (61,8%), seguido de apixabán (35,8%). En la comparación pareada entre preferencia y práctica real, se observó un desplazamiento significativo desde apixabán hacia rivaroxabán (McNemar: n=185; b=4, c=31; χ^2=19,31; p<0,001; OR de cambio asimétrico=7,75; IC95% 2,74–21,96), atribuido principalmente al costo (55,3%) y a problemas de acceso o stock (32,6%). El ejercicio en hospital público se asoció con mayor preferencia por rivaroxabán (OR=2,21; IC95% 1,21–4,05) y mayor indicación de antagonistas de la vitamina K en la



práctica real (OR=4,73; IC95% 1,33–16,75). Se construyó un puntaje exploratorio de concordancia con recomendaciones societarias, definido como el número de respuestas adecuadas sobre cinco escenarios clínicos hipotéticos; la media fue de 2,44 ± 1,3. La menor concordancia con las recomendaciones societarias se observó en el escenario de cirugía bariátrica reciente, donde el 79,0% indicó un DOAC pese a las limitaciones farmacocinéticas descritas tras el bypass gástrico en Y de Roux.

Conclusión: Rivaroxabán fue el DOAC más frecuentemente preferido e indicado en la práctica real autorreportada por cardiólogos argentinos. Aunque su posología de dosis única podría favorecer su elección, las barreras de costo, cobertura y disponibilidad se asociaron con un desplazamiento significativo desde apixabán hacia rivaroxabán. La discordancia entre preferencia ideal y uso real fue asimétrica: quienes preferían apixabán cambiaron hacia rivaroxabán 7,8 veces más frecuentemente que a la inversa. La menor concordancia con recomendaciones societarias se observó en cirugía bariátrica reciente, lo que identifica un área crítica y transversal de mejora educativa.

0087 - OPTIMIZACIÓN DEL CONTROL LIPÍDICO TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: UN ALGORITMO CENTRADO EN EL PACIENTE BASADO EN LOS NIVELES DE LDL AL INGRESO Y LA FARMACOTERAPIA BASAL

Cardiopatía Isquémica / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

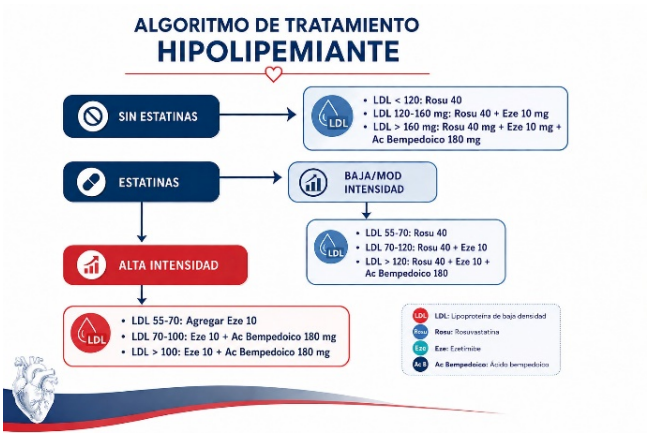
Alan Rodrigo SIGAL | Juan Pablo YAPUR | Ricardo REY | Martin FASAN | Ana SPACCAVENTO | Juan FURMENTO | Leonardo SEOANE | Juan Pablo COSTABEL

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

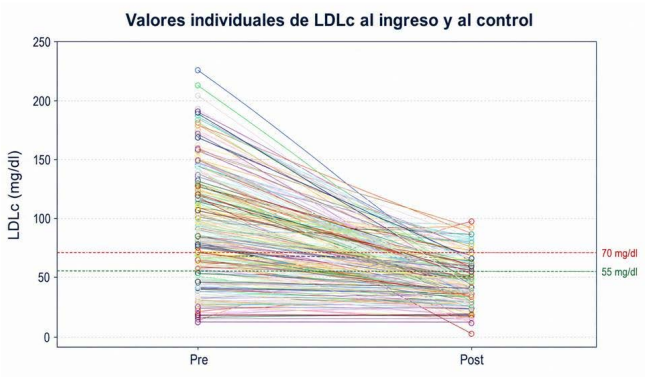
Introducción: Alcanzar niveles óptimos de colesterol LDL (c-LDL) luego de un síndrome coronario agudo (SCA) continúa siendo un desafío en la práctica clínica habitual. Diversos registros internacionales y nacionales han mostrado una baja tasa de cumplimiento de las metas recomendadas por las guías de práctica clínica. Una de las posibles explicaciones es la utilización de estrategias de intensificación terapéutica escalonada, en las que el ajuste del tratamiento se realiza en forma secuencial según la respuesta observada, retrasando con frecuencia el alcance de los objetivos lipídicos. La implementación de algoritmos terapéuticos estructurados, construidos a partir del objetivo de c-LDL, los valores basales y la reducción esperada con cada intervención farmacológica, podría favorecer un logro más precoz de las metas terapéuticas.

Objetivos: Evaluar la efectividad de un algoritmo terapéutico basado en objetivos para alcanzar niveles de c-LDL <55 mg/dL a los 45 días en pacientes con SCA.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, unicéntrico, en un centro de alto volumen de Argentina. Se incluyeron pacientes internados por SCA entre octubre de 2024 y marzo de 2026. El algoritmo terapéutico se construyó en función del objetivo terapéutico de c-LDL <55 mg/dL, los valores basales de c-LDL y la reducción esperada asociada a cada intervención farmacológica (estatinas de alta intensidad, ezetimibe, ácido bempedoico e inhibidores de PCSK9), permitiendo seleccionar desde el inicio la estrategia hipolipemiante necesaria para alcanzar la meta propuesta. (Figura 1)



Resultados: Entre octubre de 2024 y marzo de 2026 se evaluaron 557 pacientes con sospecha de SCA. Tras excluir aquellos sin evidencia de enfermedad coronaria, se incluyeron 402 pacientes. El algoritmo terapéutico pudo implementarse en 378 (94%), de los cuales 349 (92,3%) completaron el seguimiento a 45 días. La edad media fue de 67,3 años (IC95% 66,1-68,4), el 84,5% eran hombres, el 42,7% presentaba enfermedad vascular previa, el 45,8% hipertensión arterial, el 19,2% diabetes mellitus y el 12,3% eran tabaquistas activos. El c-LDL promedio al ingreso fue de 91,2 mg/dL (IC95% 77,1-105,2). Según la estimación de reducción requerida para alcanzar la meta terapéutica, el 53,6% recibió terapia de estatinas de alta intensida combinada con ezetimibe al alta y el 8,3% requirió además ácido bempedoico. A los 45 días, el c-LDL promedio disminuyó a 51,2 mg/dL (IC95% 46,4-56,0; p<0,01). El 71,9% de los pacientes alcanzó la meta primaria de c-LDL <55 mg/dL y el 89,1% presentó valores <70 mg/dL. En la Figura 2 se puede observar el cambio de



cLDL de cada paciente. En los pacientes con seguimiento anual disponible, el control lipídico se mantuvo estable, con un c-LDL promedio de 51,9 mg/dL

Conclusión: En pacientes con SCA, la utilización de un algoritmo terapéutico construido a partir de la meta de c-LDL, el valor basal y la reducción esperada con cada intervención farmacológica permitió alcanzar precozmente los objetivos lipídicos recomendados por las guías. Estos hallazgos respaldan una estrategia de tratamiento orientada a objetivos desde el inicio, capaz de optimizar la selección terapéutica y reducir las potenciales demoras asociadas a la intensificación escalonada convencional.

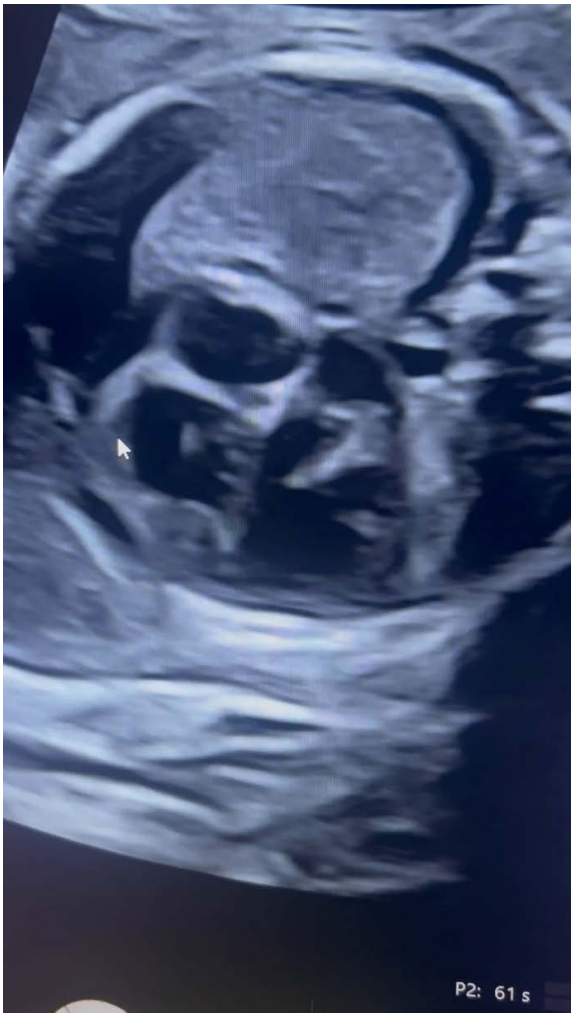
0089 - IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL CARDIOVASCULAR EN LA TOMA DE DECISIONES

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto

Betina Andrea VEGA | Edgardo BANILLE | Carlos MAURE | Carolina BIANCHI

CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA

Introducción: La incidencia mundial de las Cardiopatías congénitas (CC) es de 8-10 por 1000 nacidos vivos. Constituyen la malformación congénita más frecuente y una de las 3 primeras causas de muerte en el primer año de vida. Un tercio son graves y requerirán cirugía en el primer mes de vida. El diagnóstico prenatal de las CC se realiza a través del Ecocardiogram fetal (EF) a partir segundo trimestre de gestación, y nos permite planificar el nacimiento en centros de alta complejidad para el manejo multidisciplinario de estas patologías, evitando además el traslado de neonatos hemodinámicamente graves. Así como también nos permite en condiciones fetales con repercusión hemodinámica grave, poder intervenir y tratar prenatalmente ya se sea con medicación a la madre o través de intervencionismo fetal y evitar la muerte intraútero.



Objetivos: Determinar el impacto del diagnóstico prenatal cardiovascular en condiciones fetales que permitieron una toma de conducta decisiva.

Materiales y Métodos: Se analizaron los resultados obtenidos de ecocardiogramas fetales realizados a embarazadas de nuestra institución cursando segundo y tercer trimestre de gestación entre el 01 de noviembre 2025 al 31 de mayo 2026.

Resultados: Se realizaron 403 EF, EG promedio 25,2 semanas (rango 16,3 -37,6). En el 5,2 % de los mismos se detectó presencia de cardiopatía fetal ya sea estructural o funcional , siendo graves el 1,2 % (5 casos) , los cuales fueron analizados : - Caso 1 : Primigesta 34 años embarazo gemelar monocorial biamniótico EG 22 semanas 4 días con parámetros biofísicos normales en ecografía obstétrica de semana previa , EF se observa Síndrome Transfundido Transfusor (STT) grado IV de Quinteros con polihidramnios , disfunción ventricular , hipertrofia de ventrículo derecho y atresia pulmonar funcional en feto Receptor , indicándose Fetoscopia laser de urgencia con buen resultado . -Casi 2: Primigesta 37 años, EG 22 semanas, derivada por bradicardia e hidrops. En EF se observa bradicardia sostenida (frecuencia cardíaca 50 por minuto) con

bloqueo aurículo-ventricular completo (BAVC), fibroelastosis endocárdica severa con insuficiencia tricuspídea severa, insuficiencia mitral, pulmonar y aórtica, derrame pericardio e hidrops (derrame pleural severo, ascitis) Se indica dexametasona posterior a extracción sanguínea para laboratorio por sospecha BAVC inmunomediado. A las 72 horas se recibe resultado anticuerpos Anti-Ro positivos. Si bien BAVC ya instaurado, mejoro hidrops y se finalizó embarazo en semana 30. Peso nacimiento 1200 gramos, se colocan catéteres de marcapaso epicárdico. Actualmente a la espera de marcapaso definitivo, peso 1900 gramos. - Caso 3: Primigesta 38 años, EG 24 semanas 6 días, en EF se observa asimetría de cavidades derechas, comunicación inter ventricular grande, hipoplasia aórtica. Sospecha Interrupción aórtica tipo B. - Caso 4: Primigesta, EG 23 semanas EF: Asimetria de cavidades derechas, Comunicaciòn perimembranosa grande, aorta de menor calibre, sospecha Sindrome de Coartación de aorta. Tanto en caso 3 como en 4, al tratarse de cardiopatías obstructivas izquierdas ductus -dependientes, se decide derivación de embarazadas a centro con cirugía cardiovascular para nacimiento en dicho lugar y evitar traslado postnatal lo que aumentaría morbi-mortalidad de la patología. -Caso 5: Secundigesta, amenorrea 22 semanas, hidrops. En EF se observa Doble arco aórtico. El embarazo se detiene espontáneamente en semana 24.

Conclusión: - Reconocer la importancia del diagnóstico prenatal cardiovascular como herramienta para la toma de decisiones que nos permitan intervenir a tiempo y reducir morbi - mortalidad de cardiopatías fetales estructurales o funcionales.

0090 - EVALUACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DE UNA POBLACIÓN URBANA JOVEN DE ALTA MONTAÑA

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

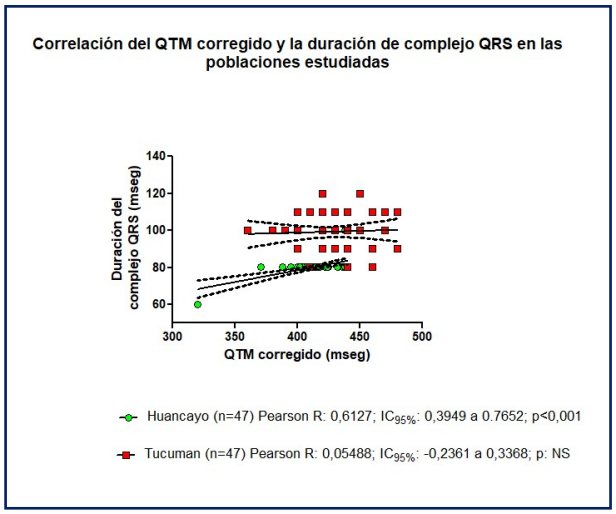
Ricardo Sebastián GALDEANO[1] | **Marco Antonio LAZO SOLDEVILLA**[2] | Franadel Nerlina LANGA[2] | Jorge Del Piero ALVAREZ CANTO[3] | Sofía Robles CABELLO[2] | Tomas JUAREZ RODRIGUEZ[4] | Daniel Odiseo CÓRDOVA PAUCARCHUCO[2] | Claudio JOO TURONI[2]

DISTRITO TUCUMAN SAC[1]; FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DEL PERÚ[2]; Universidad Nacional Del Centro[3]; FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN[4]

Introducción: La creciente urbanización de la alta montaña en Latinoamérica plantea desafíos adaptativos cardiovasculares significativos para sus habitantes, caracterizados principalmente por un incremento del gasto cardíaco y el desarrollo de policitemia secundaria. Si bien las alteraciones patológicas derivadas de la hipoxia hipobárica crónica han sido ampliamente documentadas, la caracterización fisiológica de las poblaciones sanas residentes a gran altitud permanece insuficientemente explorada. En este escenario, el electrocardiograma (ECG) se consolida como herramienta diagnóstica y epidemiológica. Los escasos reportes en sujetos sanos describen variaciones distintivas que reflejan la adaptación del ventrículo derecho a la vasoconstricción pulmonar hipóxica, tales como la desviación del eje del QRS a la derecha, el incremento en la amplitud de la onda P y la inversión de la onda T en derivaciones precordiales derechas. Establecer con precisión estos patrones eléctricos basales es crucial para evitar falsos positivos y optimizar la práctica clínica cardiovascular en las regiones andinas.

Objetivos: Evaluar las características del ECG en adultos jóvenes que residen en una ciudad de alta montaña de Latinoamérica

Materiales y Métodos: Se estudiaron 47 jóvenes (20 a 30 años) de ambos sexos residentes en la ciudad de Huancayo (Perú; 3.259 msnm) sin antecedentes de enfermedad cardiovascular conocida. Se registraron los parámetros antropométricos, índice de masa corporal y oximetría de pulso. Se realizó un ECG de 12 derivaciones en reposo, con lectura automatizada y validación manual. Se evaluó frecuencia cardíaca (latidos por minuto: lpm), eje eléctrico, intervalo PR, duración del QRS, intervalo QT (QTM) medido y corregido. Se tomó como control 47 jóvenes de similares características de la ciudad de San Miguel de Tucumán (Argentina, 431 msnm), que comparte con Huancayo características socioambientales, complejidad sanitaria y el estilo de vida urbano. Se utilizó test de Student



para datos agrupados, correlación de Pearson o prueba exacta de Fisher, con significación estadística de p<0,05.

Resultados: Los jóvenes de Huancayo presentaron menor peso y talla, pero el IMC fue similar en ambas poblaciones (Huancayo: 23,4±0,5 vs Tucumán: 24,2±0,3; p: NS). La saturación de oxígeno fue menor en Huancayo (Huancayo: 91,3±0,2% vs Tucumán: 97,7±0,1%; p< 0,01). En el ECG, los jóvenes de Huancayo presentaron mayor frecuencia cardíaca (76,0±1,7 vs 69,8±1,6 lpm; p<0,05), con acortamiento de los intervalos PR, QRS y QT (medido y corregido). Aunque el eje eléctrico promedio fue similar (45,2±9,4º vs 56,3±6,7º; p: NS), la desviación del eje a la derecha se registró exclusivamente en la población de Huancayo (12 vs. 0 sujetos; p<0,01). Solo en Huancayo, la duración del QTM corregido se correlacionó positivamente con la duración del QRS (Figura 1).

Conclusión: Los jóvenes sanos residentes en alta montaña exhiben una mayor frecuencia cardíaca, potencialmente compensatoria ante la menor saturación de oxígeno, asociada a una desviación del eje eléctrico a la derecha en subgrupos específicos. Asimismo, el acortamiento de los intervalos PR, QRS y QT sugiere una despolarización miocárdica acelerada y una diástole abreviada. Estos hallazgos sustentan la hipótesis de un fenotipo electrofisiológico adaptativo temprano a la hipoxia hipobárica ambiental.

0092 - TIEMPO DE EVOLUCION DE LA DIABETES Y ENFERMEDAD CORONARIA EVALUADA POR PERFUSION MIOCARDICA

Cardiopatía Isquémica / Multimagen

Irma Carolina BAS NORTON | Manuel CHACON | Natalia GONZA | Alejandra VALDEZ ORTIZ | José CHAMIA | Jesica LOPEZ | **Sebastián SARAVIA TOLEDO**

HOSPITAL OÑATIVIA

Introducción: La duración de la diabetes se asocia con una mayor prevalencia, extensión y gravedad de la enfermedad coronaria, así como con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares.

Objetivos: Investigar la asociación entre la duración de la diabetes (tdbt) y la presencia, extensión y gravedad de la enfermedad arterial coronaria mediante la perfusión miocárdica con cortes topográficos con gated (spect) en pacientes diabéticos tipo 2 (dbt) enviados a un servicio de medicina nuclear.

tdbt	perfusion normal	isquemia mod /sever	necrosis
< 5 a	37 %	38 %	25,3 %
5-10 a	33,1 %	41 %	28,7 %
10-15 a	32 %	44,9 %	30,9 %
> 15 a	23,2 %	52,9 %	36,6 %

Materiales y Métodos: Estudio observacional de detección de isquemia, necrosis y función ventricular en p consecutivos. Características clínicas con formulario preestablecido. Se realizó spect y se cuantificaron los defectos. Análisis descriptivo de la población y distribución tdbt. Por asimetría positiva, las comparaciones se realizaron mediante pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis. Análisis categorizados mediante chi-cuadrado y modelos de regresión logística multivariada ajustados por potenciales variables confusoras (edad, sexo, hipertensión, dislipemia, tabaquismo, insulinoterapia e infarto). Análisis de sensibilidad excluyendo valores extremos de tdbt (>30 años).

variable	OR	IC 95 %	p
tdbt	1,03	1,01-1,06	0,005
edad	1,0	0,98-1,02	0,9
masculino	5,34	3,7-7,6	< 0,001
hipertension	1,39	0,89-2,16	0,14
dislipemia	1,01	0,67-1,53	0,9
tabaquista	0,8	0,48-1,34	0,39
insulina	1,1	0,82-1,49	0,5
infarto	6,6	2,78-15,7	< 0,001

Resultados: Se seleccionaron 708 p dbt 36 % de los 1944 p sometidos a spect. La distribución de los hallazgos perfusionales 238 p (33,6%) con perfusión normal (pn), 469 (66,3%) con isquemia y 213 (30,1%) con necrosis. 1. tdbt y gravedad perfusional El tdbt mostró tendencia creciente con la gravedad perfusional. Los p con pn presentaron una mediana de 8 años de tdbt (RIC: 4–15), con isquemia y necrosis presentaron medianas de 10 años (RIC: 4–16) y 10 años (RIC:5–18), respectivamente. 2. Análisis categorizado del tdbt El tdbt fue categorizado en grupos: < 5 años, 5–10 años, 10–15 años y > 15 años. Tendencia progresiva a menor frecuencia de pn y mayor frecuencia de perfusión moderada, severa y necrosis (ps) en pacientes con mayor tdbt. Esta asociación alcanzó significancia estadística por chi-cuadrado (X^2 =13,2; p = 0,039). Tabla 1. 3. Regresión logística multivariada Los p con isquemia y necrosis fueron agrupados en una categoría de perfusión alterada (pa). El

modelo mostró significancia estadística (LLR p 0,001). El tdbt se asoció de manera independiente con mayores odds de pa. Por año adicional tdbt, las odds pa aumentaron 3,3% (OR = 1,03; IC95%: 1,01–1,06; p = 0,005). El sexo masculino y antecedente infarto mostraron asociaciones significativas con pa. No se observaron asociaciones independientes con las otras variables. Tabla 2. 4. tdbt y gravedad perfusional severa Análisis dos categorías de gravedad: pn, ps. El tdbt mostró una tendencia creciente según la gravedad perfusional. Los p con pn presentaron mediana de 8 años tdbt, con p con ps presentaron medianas de 10 años. Diferencias significativas entre los grupos (H = 9,60; p = 0,008), evidenciando asociación entre tdbt y mayor gravedad perfusional. 5. Regresión logística multivariada para ps Con desenlace binario definido como pn versus ps. El modelo mostró significancia estadística (LLR p 0,001). El tdbt se asoció independientemente con ps. Por año adicional tdbt, las odds de ps aumentaron 3,8% (OR = 1,04; IC95%: 1,02–1,06; p = 0,001). El sexo masculino y el infarto mostraron asociaciones significativas con enfermedad ps. p masculino odds 4,8 (OR = 4,80; IC95%: 3,38–6,81; p 0,001), el infarto con odds (OR = 7,91; IC95%: 4,03–15,52; p 0,001). No se observaron asociaciones independientes con las otras variables.

Conclusión: Hay tendencia progresiva hacia menor frecuencia de pn y mayor frecuencia de pa y ps en p con mayor tdbt. El tdbt se asoció de manera independiente pa y ps. El sexo masculino y el infarto mostraron asociaciones significativas e independientes con pa y ps.

0093 - EMBOLIZACIÓN BARIÁTRICA: UN TRATAMIENTO NOVEDOSO PARA EL CONTROL DE LA OBESIDAD Y DEL SÍNDROME METABÓLICO

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Carolina Tatiana GUAMAN DIAZ | Cristian Francisco PAZOS REDONDO

SANATORIO COLEGIALES

Introducción: La obesidad es un determinante central del síndrome cardiovascular–renal–metabólico, responsable de 3,7 millones de muertes anuales. Las estrategias actuales presentan limitaciones: la cirugía bariátrica, con pérdidas del 25–35%, implica cambios anatómicos irreversibles y recuperación ponderal del 35–49% a 2 años; los agonistas GLP-1/GIP logran pérdidas del 15–21%, pero con abandono del 50–75% anual y recuperación al suspenderlos. En este contexto, la embolización bariátrica surge como alternativa endovascular mínimamente invasiva que suprime la grelina —única hormona estimuladora del apetito de origen periférico, producida en un 90% en el fundus gástrico— sin modificar la anatomía ni requerir tratamiento crónico.

Objetivos: Analizar la evidencia disponible sobre la embolización bariátrica para evaluar su impacto en obesidad y síndrome cardiometabólico, determinar su seguridad y durabilidad, examinar beneficios y comparar su eficacia con otras terapias.

Materiales y Métodos: Revisión bibliográfica en PubMed, ScienceDirect, Cochrane Library y SciELO (2014–2026), incluyendo ensayos clínicos aleatorizados, estudios prospectivos, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica, mediante términos de búsqueda controlados y operadores booleanos.

RESULTADOS DESTACADOS DE LA EMBOLIZACIÓN BARIÁTRICA SEGÚN DOMINIO

Dominio	Resultado principal	Fuente / Estudio	Significancia
Pérdida de peso	−6,4% vs. −2,8% (grupo simulado) a 6 meses; −9,3% a 12 meses	LOSEIT — Reddy et al., JACC 2020	p<0,001
	−11,5% exceso de peso al año; mejoría calidad de vida (IWQOL-Lite 57→77)	BEAT Obesity — Weiss et al., Radiology 2019	p<0,001
	−18,5% peso corporal total (−25,1 kg) a 6 meses en obesidad mórbida (IMC 47,4)	Ramazanova et al., 2023	p<0,001
Metabolismo glucémico	Reversión completa de prediabetes en 100% de los casos; HbA1c −21,4%	Zaitoun et al., 2019	p<0,0001
	HOMA-IR: 7,29 → 3,73 (−48,8%)	Levigard et al., Brasil 2021	p=0,01
	HbA1c: 6,2% → 5,3%; HOMA-IR: 4,5 → 1,9 a 6 meses	Ramazanova et al., 2023	p<0,001
Perfil lipídico	HDL +5,8 mg/dL al año (IC95%: 2,0–9,5)	BEAT Obesity — Weiss et al., 2019	p=0,006
	Colesterol total −52,5%; LDL −46,8%; triglicéridos −63%; HDL +93%	Ramazanova et al., 2023 (dislipidemia severa)	Significativo
Presión arterial	PAD −9,71 mmHg al año; HTA estadio 2: 62,5% → 25%	BEAT Obesity — Weiss et al., 2019	p=0,02
Supresión de grelina	Reducción 32–90%; sostenida hasta 12 meses	Levigard 2021 · Ramazanova 2023 · BEAT Obesity 2019	Consistente
Experiencia argentina	−15,7 kg (3m) / −17,1 kg (6m); apetito ↓ 100%; éxito técnico 100%	Samaja & Tejerina — TCT 2023 / JACC (n=20)	100% técnico
Seguridad	Complicaciones mayores <1%; menores autolimitadas en 72h; úlceras superficiales resueltas con IBP	Hafezi-Nejad et al., JVIR 2019 · >15 estudios	<1% graves

PAD: presión arterial diastólica. IBP: inhibidores de la bomba de protones. HOMA-IR: índice de resistencia a la insulina. Elaboración propia basada en evidencia disponible.

Resultados: La embolización bariátrica logra pérdidas del 8–12% del peso corporal total a 6–12 meses, superando el umbral mínimo de beneficio cardiovascular (ESC 2024). El ensayo LOSEIT (Reddy et al., JACC 2020) mostró pérdidas del 6,4% vs. 2,8% en el grupo simulado (p<0,001), sostenidas en 9% a 2 años. El BEAT Obesity Trial (Weiss et al., 2019) reportó −11,5% del exceso de peso al año (p<0,001). En obesidad mórbida, Ramazanova et al. (2023) documentaron −18,5% del peso corporal (p<0,001), grelina −90% y HbA1c de 6,2% a 5,3% (p<0,001). El metaanálisis de Hafezi-Nejad et al. (2019) evidenció una pérdida del 8,1% a 12 meses (p<0,001). Se observaron efectos metabólicos independientes: reversión de prediabetes en el 100% de los casos, reducción del índice de resistencia a la insulina (HOMA-IR) del 48,8% (p=0,01), aumento del colesterol HDL de 5,8 mg/dL (p=0,006) y descenso de la presión arterial diastólica de 9,71 mmHg (p=0,02), con reducción de hipertensión estadio 2 del 62,5% al 25%. Las complicaciones mayores fueron infrecuentes (<1%). En Argentina, los casos documentados han evidenciado reducción del apetito, pérdida de peso sostenida en seguimiento de hasta 6 meses, éxito técnico en todos los casos y ausencia de complicaciones mayores.

Conclusión: La embolización bariátrica es una estrategia segura, con pérdida de peso progresiva y beneficios metabólicos independientes sobre glucemia, lípidos y presión arterial. A diferencia de cirugía y farmacoterapia, no requiere cambios anatómicos ni tratamiento crónico, posicionándose como alternativa intermedia en obesidad grado I–II y puente en obesidad severa. En Argentina, donde la cirugía cubre menos del 1% de candidatos, su incorporación al abordaje multidisciplinario ampliará el arsenal terapéutico. Futuros estudios definirán su rol en los algoritmos terapéuticos.

0094 - PATRONES HEPÁTICOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

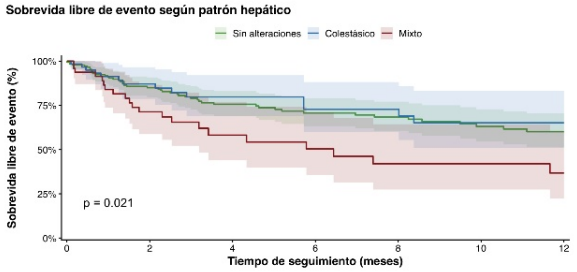
Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

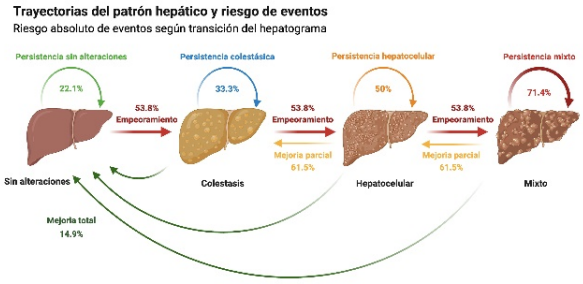
Julia JANCHES QUIÑONES | Joaquín PEREA | Jorge AGUIRRE DE LA CAMARA | Cristian Javier SILVA ESPINOZA | Alberto Sebastián FLORENTIN | David Alejandro CASTAÑEDA RON | Álvaro SOSA LIPRANDI | María Inés SOSA LIPRANDI

Sanatorio Güemes

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome sistémico en el cual la disfunción hepática es frecuente y se asocia con peor pronóstico. Sin embargo, la mayoría de los estudios han evaluado parámetros del hepatograma de forma aislada, sin considerar su integración en patrones hepáticos que reflejen mecanismos fisiopatológicos diferenciados.

Objetivos: Evaluar si los patrones hepáticos durante la internación por IC aguda y su evolución en el seguimiento se asocian con el riesgo de eventos cardiovasculares.





Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte que incluyó pacientes internados por IC aguda. Los patrones hepáticos se clasificaron como hepatocelular (transaminasas >=3× límite superior normal), colestásico (elevación de FAL y/o bilirrubina), mixto (combinación de ambos) y sin alteraciones. Se evaluó su asociación con mortalidad intrahospitalaria mediante regresión logística multivariada. La capacidad discriminativa se analizó con curva ROC. En el seguimiento se analizó la evolución del patrón hepático y su asociación con el outcome combinado de muerte o rehospitalización por insuficiencia cardíaca. Se definió una jerarquía fisiopatológica entre los patrones hepáticos, asumiendo un gradiente de severidad desde ausencia de alteraciones hasta compromiso mixto, en función de la extensión combinada de alteraciones hepatocelulares y colestásicas. La sobrevida libre de eventos se evaluó mediante curvas de Kaplan-Meier, comparadas entre grupos mediante la prueba de log-rank.

Resultados: Se incluyeron 499 pacientes. Predominaron los pacientes sin alteraciones (55%), seguidos por los patrones colestásico (21%), mixto (15%) y hepatocelular (8%). Los patrones colestásico y mixto se asociaron con menor TAPSE (p < 0.001), mientras que el patrón hepatocelular presentó niveles más elevados de troponina y menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo. En el análisis multivariado, el patrón hepatocelular se asoció con mayor mortalidad intrahospitalaria (OR 2.91; IC95% 1.26-6.57), sin asociación significativa para los otros patrones. El modelo mostró adecuada capacidad discriminativa (AUC 0.78; IC95% 0.72-0.85). El análisis de sobrevida libre de eventos según patrón hepático evidenció diferencias significativas entre los grupos (log-rank p = 0.013), con peor evolución en los pacientes con patrón mixto. En el análisis multivariado, el patrón mixto se asoció con mayor riesgo de eventos (HR

Característica	Sin alteraciones (N = 276)	Colestásico (N = 105)	Hepatocelular (N = 41)	Mixto (N = 73)	p valor
Edad	73 ± 13	70 ± 13	69 ± 14	70 ± 15	0.031
Genero masculino	150 (54%)	72 (69%)	26 (63%)	48 (66%)	0.045
Hipertensión arterial	224 (81%)	82 (78%)	28 (68%)	50 (68%)	0.056
Diabetes	89 (32%)	34 (32%)	16 (39%)	16 (22%)	0.2
Dislipidemia	128 (46%)	52 (50%)	17 (41%)	32 (44%)	0.8
Tabaquismo	148 (54%)	61 (58%)	18 (44%)	37 (51%)	0.5
FA previa	68 (25%)	48 (46%)	10 (24%)	30 (41%)	<0.001
Internación previa por ICC	87 (32%)	51 (49%)	7 (17%)	30 (41%)	<0.001
Frecuencia cardiaca (media, DS)(lpm)	86 ± 22	83 ± 22	92 ± 29	87 ± 25	0.2
BNP (pg/ml) (mediana, IIC)	1,494 (564, 3,646)	2,003 (770, 3,553)	1,216 (729, 3,325)	1,984 (1,012, 3,515)	0.4
Troponina I US (pg/ml) (mediana, IIC)	51 (21, 155)	34 (22, 65)	198 (44, 13,016)	40 (20, 86)	<0.001
LDL (mg/dl) (mediana, IIC)	79 (55, 99)	69 (47, 89)	90 (67, 116)	72 (58, 85)	0.018
Bilirrubina total (mg//dl) (mediana, IIC)	0.61 (0.47, 0.85)	1.47 (0.97, 2.00)	0.80 (0.53, 1.67)	1.44 (0.79, 2.00)	<0.001
TGO (mg/dl) (mediana, IIC)	24 (19, 35)	23 (19, 27)	203 (129, 330)	48 (41, 65)	<0.001
TGP (mg/dl) (mediana, IIC)	19 (12, 32)	15 (11, 23)	139 (66, 187)	37 (25, 66)	<0.001
FAL (mg/dl) (mediana, IIC)	91 (77, 114)	132 (88, 176)	98 (76, 147)	152 (109, 190)	<0.001
BUN (mg/dl) (mediana, IIC)	24 (17, 38)	23 (15, 30)	25 (17, 35)	28 (22, 39)	0.027
Creatinina (mg/dl) (mediana, IIC)	1.16 (0.89, 1.64)	1.13 (0.90, 1.45)	1.28 (1.00, 1.57)	1.27 (1.00, 1.84)	0.2
FEY (%) (media, DS)	45 ± 14	42 ± 15	40 ± 14	39 ± 16	0.003
TAPSE (mm) (mediana, IIC)	18.0 (15.0, 20.0)	16.0 (14.0, 19.3)	19.0 (13.0, 20.0)	15.0 (12.0, 19.0)	<0.001
Etiologia isquemico-necrótica	155 (31%)	32 (30%)	25 (61%)	18 (25%)	0.002
Muerte intrahospitalaria	74 (15%)	16 (15%)	13 (33%)	8 (11%)	0.012

1.98; IC95% 1.17-3.36), mientras que los otros patrones no alcanzaron significación estadística. Las trayectorias del patrón hepático mostraron un marcado gradiente de riesgo (p < 0.001). Entre los pacientes con persistencia del patrón hepático, el riesgo aumentó progresivamente desde aquellos con hepatograma persistentemente normal (22.1%) hasta persistencia colestásica (33.3%), persistencia hepatocelular (50.0%) y persistencia del patrón mixto, que presentó la mayor tasa de eventos (71.4%). Asimismo, los pacientes con empeoramiento del patrón hepático presentaron una elevada tasa de eventos (53.8%). En cuanto a la evolución favorable, solo la normalización completa del hepatograma se asoció con bajo riesgo (14.9%), mientras que la mejoría parcial mantuvo una elevada tasa de eventos (61.5%).

Conclusión: El patrón hepatocelular se asocia con mayor mortalidad intrahospitalaria, mientras que el patrón mixto identifica pacientes de mayor riesgo en el seguimiento. La trayectoria del hepatograma constituye un marcador pronóstico dinámico, donde solo la normalización completa se asocia con mejor evolución.

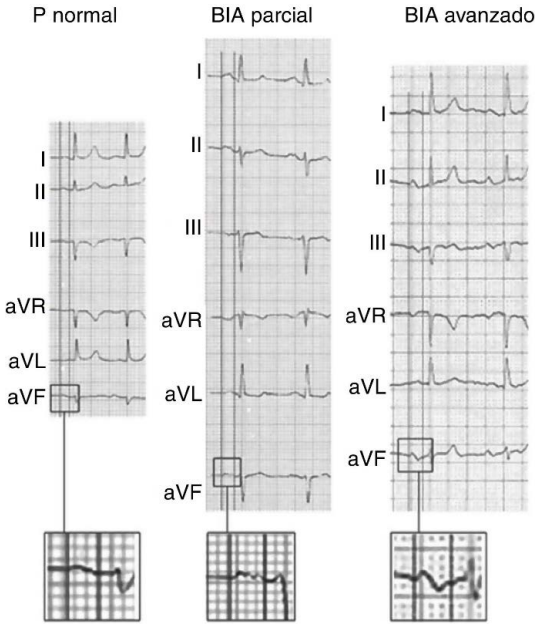
0095 - PREVALENCIA DEL SINDROME DE BAYES EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR

Arritmias y Electrofisiología

Marianela BELMONTE | Agueda Romina FAURE | Enrique Martín DOMINÉ | Joel LUJAN ANDIA | Jorge Antonio BASANTES ALCIVAR | Telmo Fabricio TOLEDO VASQUEZ

Policlínico Bancario

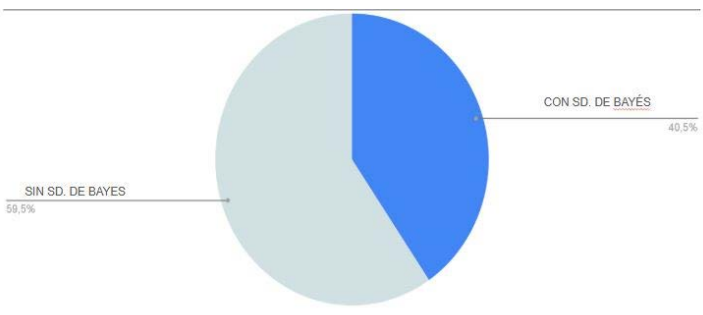
Introducción: El síndrome de Bayés, descrito por Bayés de Luna, es una entidad electrocardiográfica caracterizada por la presencia de bloqueo interauricular avanzado, definido por una onda P >=120 ms con morfología bifásica en derivaciones inferiores. Esta alteración en la conducción auricular favorece la asincronía eléctrica y constituye un sustrato para el desarrollo de fibrilación auricular. La identificación de marcadores electrocardiográficos precoces de vulnerabilidad auricular resulta de interés clínico por la morbimortalidad asociada a esta arritmia.



Objetivos: Determinar la prevalencia de síndrome de Bayés en electrocardiogramas previos en ritmo sinusal de pacientes con fibrilación auricular internados en unidad coronaria.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó 84 pacientes adultos internados en unidad coronaria entre enero de 2020 y octubre de 2025 con diagnóstico de fibrilación auricular. Se revisaron historias clínicas y electrocardiogramas previos en ritmo sinusal. Se evaluó la presencia de síndrome de Bayés, definido como bloqueo interauricular avanzado con onda P >=120 ms y morfología bifásica en derivaciones inferiores. Se incluyeron pacientes con electrocardiogramas previos evaluables y se excluyeron aquellos sin registros adecuados para análisis.

Resultados: La edad media de la población fue de 82 años, con predominio del sexo masculino (70%). De los 84 pacientes incluidos, el 40,5% presentó síndrome de Bayés en electrocardiogramas previos (intervalo de confianza 95%: 30,6%–51,2%). Esta prevalencia fue significativamente superior a la reportada en población general (1%) (p < 0,0001).



Conclusión: El síndrome de Bayés presentó una alta prevalencia en electrocardiogramas previos en ritmo sinusal de pacientes con fibrilación auricular, lo que sugiere su posible utilidad como marcador electrocardiográfico precoz de vulnerabilidad auricular. Estos hallazgos requieren validación en estudios comparativos con grupo control.

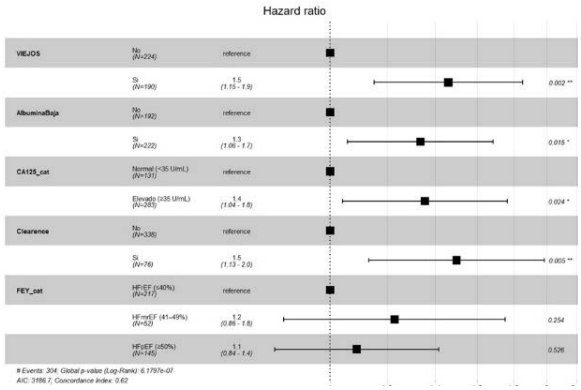
0098 - NO MAS FRACCIÓN DE EYECCIÓN?. NUESTRA EXPERIENCIA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Mauro Javier TOLEDO | Silvana METTINI | Guido DI FONZO | Cecilia Natalia CEJAS | Cecilia Andrea BIGLIA | Arístides Juan V. PONTEL | Francisco TOSCANO | Lucrecia SECCO

Hospital Churruca - Visca

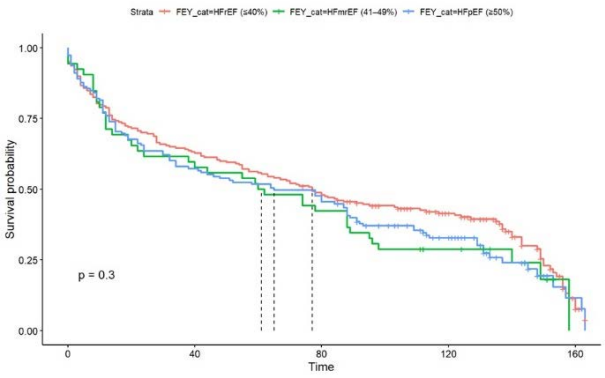
Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) sigue aumentando su prevalencia e incidencia en todo el mundo. Históricamente, una de las variables (V) más usadas para evaluar su pronóstico fue la fracción de eyección (Fey).



Objetivos: El objetivo de este estudio es definir la relación entre la Fey y la mortalidad (MRT) en pacientes (p) hospitalizados de primera vez, con IC aguda descompensada, en nuestra población.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte, retrospectivo, con 646 p hospitalizados consecutivamente por IC descompensada y fueron seguidos hasta el evento de muerte o última visita médica. Durante el seguimiento, fueron recolectadas características clínicas basales, factores de riesgo cardiovascular, parámetros ecocardiográficos y biomarcadores. El objetivo primario fue MRT de cualquier causa. El test de Student fue usado para V continuas; el chi cuadrado o el test de Fisher para V categóricas. La sobrevida fue estimada con Kaplan-Meier y comparada usando long-rank test. El modelo de regresión de Cox se utilizó para identificar predictores independientes de MRT. Un valor de p<0.05 fue considerada estadísticamente significativa (ES). Los análisis fueron realizados utilizando software R.

Resultados: De los 646 p, 48.1% eran mayores de 75 años, 59.1% eran hombres, más del 80% tenían HTA, un tercio tenían diabetes mellitus, y otro tercio eran dislipémicos, mientras que 42.6% eran fumadores. El seguimiento se mantuvo por hasta 163 meses, con una media de seguimiento de 77 meses. En relación con los valores de laboratorio, 49.8% tenían baja albumina (menor a 3.32 mg/dL), y 54.2% tenían un valor de CA125 >=35 U/mL en la admisión. De los p dados de alta, pudimos hacer el seguimiento de 520 p, con Fey registrada en su internación. Estos p los dividimos en 3 grupos: Fey reducida (HFrEF) <=40%: 43.5%, Fey moderada (HFmEF) 41-49%: 10.4%, y preservada (HFpEF) >=50%: 29.7%. En estos grupos, la mediana del tiempo hasta la recurrencia fue del 42,3 %, 11,1 % y 29,8 %, con una mediana del tiempo hasta el evento de 77, 61 y 65 meses, respectivamente. Ninguno de estos datos mostro diferencias ES.



Conclusión: Así, podemos observar que, en nuestra población, la Fey, con un promedio de 77 meses de seguimiento, no fue una variable determinante para mortalidad.

0101 - ESTIMULACIÓN CARDIACA FISIOLÓGICA GUIADA POR MEDICIÓN DE SINCRONIA ELÉCTRICA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Arritmias y Electrofisiología

Daniela MEDINA FREIRE | Damián AZOCAR | Andrés MUSOLINO

HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Introducción: La estimulación cardíaca artificial definitiva, especialmente cuando se realiza desde el ápex del ventrículo derecho, provoca una activación electromecánica asincrónica en el ventrículo izquierdo; esto puede causar deterioro de

la función ventricular, evolucionando a insuficiencia cardíaca, aumento de hospitalizaciones y mortalidad. A esta condición se la denomina miocardiopatía inducida por disincronía artificial (MIDA). Con el objetivo de capturar intrínsecamente el sistema de conducción logrando una estimulación más fisiológica, se han evaluado sitios alternativos para la colocación de electrodos en el ventrículo derecho; entre ellos tenemos la estimulación en el haz de His o el área de la rama izquierda. Synchromax® es un dispositivo innovador desarrollado por investigadores argentinos, que incluye un software que analiza de manera no invasiva y en tiempo real, la coincidencia espacial, el área y la dirección del complejo QRS en las derivaciones D2 y V6 del electrocardiograma durante la implantación del electrodo, posterior al análisis de estas variables se genera un índice de sincronía cardiaca (ISC).

Objetivos: Evaluar el ISC medido por Synchromax® y su correlación con el desarrollo de MIDA en pacientes a los cuales se les realizó implante dispositivo de estimulación cardiaca definitivos.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 27 pacientes en quienes se implantó un dispositivo de estimulación cardiaca entre febrero del 2023 y julio del 2025. En todos los casos se utilizaron electrodos intracavitarios de fijación activa y evaluación ISC mediante Synchromax® durante el procedimiento de implante del dispositivo, este índice permitió definir el sitio adecuado para implantar el electrodo de estimulación. Se consideró ISC < 0.4 sincronía adecuada; entre 0,4 y 0,7 sincronía intermedia; y valores > 0,7 disincronía cardíaca.



Resultados: De los 27 pacientes incluidos, 14 presentaron fracción de eyección conservada, 5 levemente reducida y 8 reducida. Se implantaron 20 marcapasos bicamerales por bloqueo auriculoventricular, 3 cardiodesfibriladores por prevención secundaria de muerte súbita, 3 dispositivos de resincronización y 1 marcapasos VVI. El índice de sincronía fue adecuado en 17 pacientes (62%), intermedio en 4 (16%) y disincrónico en 6 (22%). Un paciente del grupo disincrónico desarrolló miocardiopatía inducida por disincronía artificial, mientras que no se observaron casos en los grupos con índice de sincronía cardíaca adecuado o intermedio y FEVI conservada. En pacientes con FEVI reducida previo al implante del dispositivo no se evidenció deterioro en los parámetros de función sistólica ventricular. No se registraron complicaciones intraprocedimiento.

Conclusión: La estimulación cardíaca fisiológica guiada por la determinación del ISC mediante Synchromax® representa una estrategia prometedora para minimizar los efectos deletéreos de la estimulación ventricular convencional. El tamaño muestral no permite sacar conclusiones sin embargo podría haber relación entre la presencia de disincronía eléctrica y el desarrollo de MIDA.

0104 - EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE PUNTUACIÓN HFA-ICOS PARA PREDECIR EVENTOS ADVERSOS VASCULARES ATEROTROMBÓTICOS EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA TRATADOS CON INHIBIDORES DE LA TIROSINA QUINASA BCR-ABL

Cardioncología

Estela Adriana FEIGELSON | **Florencia Natali CURRAO** | Manuel LAGO | Patricia Inés BARRAL | German Job SOUTO | Beatriz MOIRAGHI | Rita Beatriz TEPPER | Justo CARBAJALES

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: El tratamiento de los pacientes con leucemia mieloide crónica (LMC) con inhibidores de la tirosina quinasa (ITK) BCR-ABL puede causar eventos adversos

Objetivos: Determinar la incidencia de EAV aterotrombóticos en los pacientes con LMC tratados con ITK BCR-ABL de 2 da y 3 ra generación atendidos en un consultorio de cardio-oncología y evaluar la capacidad del sistema de puntuación HFA-ICOS de la Heart Failure Association-International Cardio-Oncology Society para identificar a aquellos con un riesgo mayor de desarrollar estos eventos.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional entre enero de 2019 y diciembre de 2025 que incluyó pacientes consecutivos mayores de 18 años con LMC tratados con nilotinib, dasastinib o ponatinib durante un tiempo no menor a 30 días. Se consideraron los siguientes EAV: síndrome coronario agudo, accidente cerebrovascular y enfermedad arterial periférica sintomática. El riesgo de EAV se clasificó como bajo (<2%), intermedio (2-9%), alto o muy alto (=10%) mediante el uso de la puntuación de riesgo HFA-ICOS. La relación entre los predictores analizados y el riesgo de presentar un EAV se evaluó mediante un modelo de regresión de riesgo proporcional de Cox, expresando la magnitud de la asociación como el hazard ratio (HR) y considerando como significativo un valor p <0.05. La capacidad discriminativa de cada factor se evaluó mediante el C-index, extraído del modelo de Cox.

Diferencias entre los pacientes con y sin eventos adversos vasculares

		Evento adverso vascular NO	SI	p
n		74	10	
Edad = promedio (DS)		45,96 (14,8)	59,1 (8,12)	0,007
Sexo = masculino (%)		37 (50)	9 (90)	0,041
Nro de FRCV (%)				0,01
	0	32 (43,2)	2 (20)	
	1	28 (37,8)	2 (20)	
	2	12 (16,2)	4 (40)	
	3	2 (2,7)	1 (10)	
	4	0 (0)	1 (10)	
TBQ = SI (%)		10 (13,5)	5 (50)	0,017
Puntaje HFA-ICOS (%)				<0,001
	Bajo	34 (60,7)	0 (0)	
	Intermedio	12 (21,4)	1 (12,5)	
	Alto/Muy alto	10 (17,9)	7 (87,5)	

FRCV: factores de riesgo cardiovasculares TBQ: tabaquismo HFA: Heart Failure Association ICOS: International Cardio-Oncology Society

Resultados: Se incluyeron 84 pacientes, 46 hombres (54,8%), con una edad mediana de 48 años (rango 18 – 72), 14 hipertensos (16,6%), 3 diabéticos (3,5%), 26 obesos (30,9%), 6 con dislipidemia (7,1%) y 26 tabaquistas o ex tabaquistas (30,9%). Recibían nilotinib 41 pacientes (48,8%), dasatinib 29 (34,5%) y ponatinib 14 (16,6%). Desarrollaron 12 EAV 10 pacientes: 7 de 41 tratados con nilotinib (17%), 1 de 29 con dasatinib (3,4%) y 2 de 14 con ponatinib (14,2%). Dos pacientes tratados con dasatinib y nilotinib presentaron EAV recurrentes con el mismo fármaco. Se pudo aplicar el sistema de puntuación HFA-ICOS en 64 pacientes: ninguno con riesgo bajo desarrolló EAV, mientras que presentaron eventos el 7,6% de los pacientes con riesgo intermedio y el 41% de aquellos con riesgo alto o muy alto, incluyendo a los dos pacientes con EAV recurrentes. En el análisis univariado, todas las variables evaluadas (puntaje de riesgo HFA-ICOS, sexo, edad, tabaquismo y número de factores de riesgo cardiovascular) fueron predictores de EAV. Sin embargo, el C-index más alto fue para el puntaje de riesgo HFA-ICOS (C-index = 0.84), seguido por la edad.

Análisis univariado mediante regresión de Cox

Predictor	HR	Valor p	C-index
Sexo masculino	8,896	0,038	0,685
Edad	1,079	0,015	0,741
Nro de FRCV	2,537	0,004	0,696
TBQ	5,708	0,007	0,667
Puntaje HFA-ICOS	8,943	0,012	0,841

Análisis multivariado mediante regresión de Cox

Predictor	HR	IC 95%	C-index
Puntaje HFA-ICOS	8,943	1,6 a 49,2	0,841

Conclusión: En este grupo de pacientes tratados con ITK BCR-ABL de 2da y 3ra generación la incidencia de EAV aterotrombóticos fue elevada, similar a la que se describe en la literatura. El mejor predictor de EAV fue el puntaje de riesgo HFA-ICOS, desarrollado en Europa específicamente para pacientes oncológicos, lo que sugiere la utilidad de esta herramienta para la evaluación basal y la toma de decisiones personalizadas en relación a la elección del ITK y a la adopción de estrategias de cardioprotección en nuestro contexto local.

0106 - VASCULOPATIA DEL INJERTO CARDIACO: TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ESTENOSIS CORONARIAS SIGNIFICATIVAS

Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Giuliana CORNA | Nahuel MELON RAMIREZ | Ezequiel LILLO | Cesar BELZITI | Fernando COHEN | Ignacio Miguel SEROPIAN | Alejandro Diego FERNANDEZ | Carla Romina AGATIELLO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La vasculopatía del injerto cardíaco (CAV) es una de las principales causas de mortalidad y pérdida del injerto tras el trasplante cardiaco. Su manejo representa un desafío clínico. La angioplastia coronaria está indicada en estenosis significativas, aunque su impacto en la sobrevida aún no está claramente definido. Hasta el momento, disponemos de escasa información al respecto.

Objetivos: Describir el manejo endovascular de pacientes con CAV y estenosis coronaria significativa postrasplante cardíaco.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo que incluyó adultos trasplantados cardiacos entre enero del 2012 y diciembre del 2023. Se analizaron las características clínicas, hallazgos angiográficos, uso de imagen intracoronaria y estrategias de revascularización. El diagnóstico de CAV se realizó mediante cinecoronariografía (CCG) y, en casos seleccionados, imagen endovascular. Se definió estenosis significativa como reducción >= 50% del diámetro luminal.

VARIABLE	RESULTADO
Etiología del trasplante	
Miocardiopatía dilatada idiopática	6 (40%)
Miocardiopatía isquémico-necrótica	5 (33%)
Miocardiopatía chagásica	1 (7%)
Miocardio no compacto	1 (7%)
Cardiopatía congénita	1 (7%)
Miocardiopatía periparto	1 (7%)
Motivo de CCG	
Programada como pesquisa de CAV	5 (33%)
Insuficiencia cardiaca	4 (26%)
Síndrome coronario agudo con elevación del ST	2 (13%)
Síndrome coronario agudo sin elevación del ST	1 (7%)
Arritmia ventricular	1(7%)
Alteración del ecocardiograma nueva	1(7%)
Shock cardiogénico	1(7%)
Tratamiento endovascular	
Angioplastia con stent liberador de drogas	5 (33%)
Motivo CCG en pacientes con angioplastia coronaria	-Shock cardiogénico -Alteración en ETT -ICC -Pesquisa CAV -Arritmia ventricular
Ecocardiograma al momento del diagnóstico de CAV en pacientes con angioplastia coronaria	
Fracción de eyección ≥50	3 (60%)
Fracción de eyección 36-49%	1 (20%)
Fracción de eyección ≤35%	1 (20%)
Normalización fracción de eyección post angioplastia	2/2 (100%)

Resultados: De 343 pacientes con trasplante cardíacos, 110 pacientes fueron sometidos al menos a una CCG en el seguimiento, identificandose CAV significativa en 15 de ellos (14%). En este grupo, el 66% eran hombres y la etiología más frecuente del trasplante fue miocardiopatía dilatada idiopática (n=6), seguida de cardiopatía isquémica (n=5). La mediana de tiempo desde el trasplante al diagnóstico de CAV fue de 7,2 años [RIC 5,1–9,6]. El 33% (n=5) tenía antecedente de rechazo celular. El 33% (n=5) de las CCG se realizó de forma programada como pesquisa de CAV, el 26% (n=4) por insuficiencia cardíaca y el resto por otras causas menos frecuentes. En cuanto a la extensión de la enfermedad, 40% (n=6) presentó compromiso de un vaso, 47% (n=7) de dos vasos y 13% (n=2) de tres vasos; no se observaron lesiones de tronco. El 60% (n=9) presentó al menos una oclusión crónica. Se utilizó imagen intracoronaria en 33% de los casos (IVUS n=4, OCT n=1). Cinco pacientes (33%) fueron sometidos a angioplastia coronaria con stent liberador de fármacos. Se logró revascularización completa en 4 de 5 casos y flujo TIMI 3 en todos. En un paciente se utilizó balón de contrapulsación intraaórtico de manera preventiva por deterioro de la función ventricular izquierda. No se registraron complicaciones peri-procedimiento. Dos casos correspondieron a oclusiones crónicas tratadas con técnicas específicas. En 4 casos se utilizó imagen intracoronaria para optimización del resultado. Todos los pacientes recibieron doble antiagregación con aspirina y clopidogrel al alta. La mediana de seguimiento posterior al diagnóstico de CAV fue de 6,8 meses [RIC 2,6–20,4]. Dos pacientes (40%) requirieron nueva CCG, evidenciándose reestenosis intrastent y progresión de enfermedad en otros territorios. Ningún paciente falleció durante el seguimiento.

Conclusión: La vasculopatía del injerto cardíaco se observó en el 14% de los pacientes. La angioplastia coronaria mostró alta tasa de éxito angiográfico inmediato y seguridad en pacientes seleccionados. Sin embargo, la progresión de la enfermedad y la reestenosis intrastent continúan siendo frecuentes, resaltando el carácter progresivo de la CAV.

0107 - COMPARACIÓN DEL EFECTO DE CARVACROL Y QUERCETINA SOBRE EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA INTEGRIDAD AÓRTICA EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE SÍNDROME METABÓLICO

Investigación Básica

Antonio LESCANO[1] | Facundo BERMUDEZ[1] | María de La Paz SCRIBANO PARADA[1] | Cristian LEÓN AQUINO[1] | Tomás Augusto CASTILLO[1] | Franco SIGNORINI[2] | Mariana TARÁN[1] | Maria Del Carmen BAEZ[1]

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA-FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS[1]; UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS- HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CBA[2]

Introducción: El síndrome metabólico(SM) induce un estado proinflamatorio y estrés oxidativo que favorece el daño endotelial e incremento del riesgo cardiovascular(RCV). Carvacrol y quercetina, compuestos bioactivos con propiedades antioxidantes y antiinflamatorias, han mostrado efectos beneficiosos en modelos experimentales con alteraciones metabólicas. Sin embargo, sus propiedades en la modulación del RCV y recuperación estructural vascular no han sido comparadas de manera directa.

Objetivos: Comparar el impacto terapéutico de carvacrol y quercetina en un modelo experimental de SM, evaluando parámetros bioquímicos, RCV estimado por el índice de Castelli-I y morfología aórtica por microscopía óptica.

Materiales y Métodos: Se utilizaron ratas Wistar (n=48; 8/grupo): Control (A), Control+Carvacrol (B), SM (C), SM+Carvacrol (D), Control+Quercetina (E) y SM+Quercetina (F). SM se indujo administrando fructosa al 10% durante 45 días. Los tratamientos se administraron por vía oral durante 45 días: carvacrol (10 mg/día) o quercetina (20 mg/día). Se evaluaron parámetros metabólicos y lipídicos: glucemia, colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos y índice TG/HDL. El RCV se estimó mediante el índice de Castelli I. La morfología aórtica se analizó mediante microscopía óptica. Estadística: ANOVA, Hotelling post hoc, significancia $p<0,05$.

Resultados: Los niveles de glucemia no evidenciaron diferencias entre grupos con SM tratados (D y F) y SM (C). HDL no mostró diferencias entre SM y grupos tratados (D y F). Tanto carvacrol como quercetina redujeron los niveles de LDL significativamente en animales con SM (p=0,0001), alcanzando valores comparables a los grupos control. El tratamiento con carvacrol disminuyó significativamente el colesterol total en animales con SM (p=0,0015), mientras que la quercetina produjo una reducción parcial sin alcanzar significancia estadística. Ambos compuestos bioactivos indujeron una disminución significativa de los triglicéridos en comparación con el grupo SM (p=0,0001). El índice TG/HDL-C disminuyó significativamente en los grupos tratados (D y F) respecto al grupo SM (p=0,0001). Asimismo, tanto carvacrol (D) como quercetina (F) redujeron de manera significativa el índice de Castelli I en animales con SM (p=0,0001), alcanzando valores comparables a los grupos control. El análisis estructural de aorta mostró denudación endotelial y alteraciones focales en el grupo SM. El tratamiento con carvacrol evidenció recuperación parcial de la integridad endotelial, con células prominentes y menor daño estructural. El grupo SM tratado con quercetina presentó endotelio prominente, pero persistencia de áreas de leve denudación.

Conclusión: Los resultados evidencian que tanto carvacrol como quercetina ejercieron efectos beneficiosos sobre el perfil lipídico y los índices calculados, reduciendo significativamente LDL, triglicéridos, índice TG/HDL-c e índice de Castelli I. Desde el punto de vista morfológico, ambos compuestos mostraron capacidad para restituir la arquitectura vascular, con un endotelio más continuo y una lámina elástica interna mejor conservada en comparación con el grupo SM. En conjunto, los hallazgos indican que carvacrol y quercetina mejoran el RCV asociado a SM. Considerando estos aportes, resulta pertinente avanzar hacia estrategias terapéuticas combinadas de ambos compuestos, con el fin de optimizar su impacto en esta patología.

0108 - RESPUESTA CARDIOPULMONAR AGUDA A LA CRIOTERAPIA DE CUERPO ENTERO EN ATLETAS JÓVENES

Cardiología Del Ejercicio

Eduardo Carlos FILIPINI[1] | Agostina Antonella SANCHEZ[2] | Lara ASCH[3] | Matías Gabriel MUGLIA[4] | Federico ASCH[2]

CARDIOPATAGONIA[1]; MEDSTAR WASHINGTON HOSPITAL CENTER[2]; SIDWELL FRIENDS SCHOOL[3]; INTER MIAMI CF[4]

Introducción: La crioterapia de cuerpo entero (CCE) es una estrategia novedosa de recuperación muscular en atletas de alto rendimiento. Sus efectos cardiovasculares agudos en condiciones de reposo no están completamente caracterizados. La exposición a frío extremo induce vasoconstricción periférica y modificaciones en la regulación autonómica, con potencial impacto sobre la hemodinamia y la función cardiovascular. Nuestros trabajos previos mostraron que el ejercicio en condiciones de frío extremo genera cambios adaptativos en la función del ventrículo derecho y congestión pulmonar.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar si estos cambios ocurren también en atletas expuestos al frio extremo, sin actividad física.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo que incluyó 28 futbolistas profesionales sometidos a CCE en reposo (CryoStar Antarctica Nitrogen™, duración 3 minutos, temperatura -110° C, acorde a protocolo de implementación clínica). Todos los participantes fueron evaluados inmediatamente antes y después de la exposición al frío por medio de ecocardiograma transtorácico y ecografía pulmonar bilateral para la detección de líneas B. Las imágenes fueron analizadas en forma ciega en un laboratorio centralizado (Core Lab). Se compararon los parámetros ecocardiográficos pre y post exposición mediante prueba t pareada y test de McNemar, según correspondiera.

Tabla. Parámetros clínicos y ecocardiográficos basales y post crioterapia.

Características clínicas basales (N = 28)			
Edad, años	18 (5)		
Sexo masculino, n (%)	28 (100)		
Factores de riesgo cardiovascular	0		
Hallazgos clínicos y ecocardiográficos			
	Basal	**Post-crioterapia**	**p**
Presión arterial (mmHg)	121/70	121/60	NA
Frecuencia cardíaca (lpm)	73.4 (17)	68.5 (18)	0.016
Fracción de eyección del VI (%)	59.5 (2)	60 (4)	0.410
Índice de volumen sistólico del VI (ml/m²)	52.8 (7)	54.9 (8)	0.276
Índice de volumen de fin de diástole del VI (ml/m²)	89.9 (11)	91.7 (12)	0.430
Índice de volumen de fin de sístole del VI (ml/m²)	36.8 (5)	36.7 (6)	0.917
SLG del VI (%)	-23.7 (3)	-22.6 (3)	0.046
SLG del VD (%)	-27.5 (5)	-27.4 (5)	0.843
Strain de pared libre del VD (%)	-29.4 (14)	-31.8 (6)	0.385
Strain de reservorio de la AI (%)	30 (8)	30.5 (7)	0.804
Líneas B en ecografía pulmonar, n (%)	0	0	

Abreviaturas: VI = ventrículo izquierdo, VD = ventrículo derecho, SLG = strain longitudinal global, AI = aurícula izquierda.

Resultados: La edad media fue de 18,6 ± 4,6 años; todos los participantes fueron de sexo masculino y sin factores de riesgo cardiovascular (la tabla muestra datos clínicos y ecocardiográficos). Tras la exposición a frío extremo, la frecuencia cardíaca disminuyó, sin cambios en la presión

arterial ni en otros parámetros clínicos. No se evidenció congestión pulmonar en ninguna de las evaluaciones. No se observaron diferencias en la función sistólica del ventrículo izquierdo (VI). Sin embargo, se registraron variaciones leves en la mecánica del VI, reflejadas por cambios en el strain longitudinal global (-23,7% vs. -22,6%; p = 0,046), con valores dentro de rangos normales. El ventrículo derecho no presentó modificaciones.

Conclusión: En atletas jóvenes, la exposición breve a frío extremo en condiciones de reposo se asocia a una respuesta caracterizada por estabilidad hemodinámica y ausencia de congestión pulmonar, con modificaciones leves en la mecánica cardíaca dentro de rangos normales. Estos hallazgos sugieren que la crioterapia de cuerpo entero es bien tolerada en el contexto agudo.

0111 - CAMBIOS CARDIOPULMONARES AGUDOS EN NADADORES DE AGUAS HELADAS: HALLAZGOS DE UNA COMPETENCIA INTERNACIONAL

Cardiología Del Ejercicio

Eduardo Carlos FILIPINI[1] | Agostina Antonella SANCHEZ[2] | Fernando Diego BENINCASA[1] | Manuel Alberto MORANCHEL[1] | Manuela MANSILLA[1] | Oscar Jorge AGUSTONI[1] | Graciela REYES[1] | Federico ASCH[2]

CARDIOPATAGONIA[1]; MEDSTAR WASHINGTON HOSPITAL CENTER[2]

Introducción: Los atletas desarrollan cambios cardíacos estructurales y funcionales como adaptación al entrenamiento crónico. Sin embargo, existe escasa información sobre los cambios fisiológicos agudos inducidos por el ejercicio y sobre el impacto adicional de la exposición al frío extremo.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto agudo de la natación en aguas heladas sobre la función cardíaca y pulmonar en atletas competitivos.

Materiales y Métodos: Durante una competencia internacional, se evaluaron 73 nadadores experimentados antes e inmediatamente después de competencias de natación en aguas heladas sin uso de protección térmica. Las competencias consistieron en carreras de 100, 200 o 500 metros. La evaluación consistió en ecocardiografía transtorácica y ecografía pulmonar para detección de líneas B. Las imágenes se adquirieron dentro de los 3 minutos posteriores a la competencia y fueron analizadas de forma ciega en un laboratorio centralizado (Core Lab). Las variables pre y post ejercicio se compararon mediante prueba t pareada y test de McNemar, según correspondiera. Para entender la respuesta cardiopulmonar en función del tiempo de exposición, realizamos un subanálisis en aquellos nadadores que participaron en ambas distancias de competición para evaluar sus respuestas en carreras de distancia corta/intermedia (100-200 m) y larga (500 m) mediante análisis pareado.

Tabla. Características clínicas basales y principales hallazgos ecocardiográficos

Características clínicas basales			
Edad, años		42 (12)	
Sexo femenino n (%)		42 (58)	
Hipertensión n (%)		3 (4)	
Dislipidemia n (%)		2 (3)	
Diabetes mellitus n (%)		1 (1)	
Tabaquismo n (%)		10 (14)	
Antecedentes familiares (IAM, ACV, muerte súbita) n (%)		8 (11)	
Enfermedad coronaria n (%)		1 (1)	
Presión arterial sistólica (mmHg)		132 (18)	
Presión arterial diastólica (mmHg)		82 (11)	
Frecuencia cardíaca (lpm)		72 (13)	
Características ecocardiográficos (n=73)			
	Basal	**Post ejercicio**	**p**
Fracción de eyección del VI (%)	65 (5)	69 (4)	<0.001
Índice de volumen sistólico del VI (ml/m²)	39 (10)	46 (12)	<0.001
Índice de volumen de fin de diástole del VI (ml/m²)	59 (15)	65 (16)	0.004
Índice de volumen de fin de sístole del VI (ml/m²)	21 (7)	20 (5)	0.521
SLG del VI (%)	−26 (4)	−26 (5)	0.578
SLG del VD (%)	−28 (6)	−31 (7)	0.010
Strain de pared libre del VD (%)	−32 (8)	−35 (7)	0.011
Strain de reservorio de la AI (%)	37 (10)	34 (11)	0.057
Líneas B en ecografía pulmonar, n (%)	0	24 (37)	<0.001
Subanálisis pareado intraindividual (N = 18)			
	Post distancia corta/intermedia	**Post distancia larga**	**p**
Fracción de eyección del VI (%)	64 (3)	68 (4)	0.013
Índice de volumen sistólico del VI (ml/m²)	42 (11)	44 (12)	0.508
Índice de volumen de fin de diástole del VI (ml/m²)	67 (12)	63 (14)	0.209
Índice de volumen de fin de sístole del VI (ml/m²)	24 (5)	20 (4)	<0.001
SLG del VI (%)	−25 (2)	−28 (5)	0.064
SLG del VD (%)	−32 (6)	−32 (6)	0.948
Strain de pared libre del VD (%)	−35 (8)	−37 (5)	0.282
Strain de reservorio de la AI (%)	35 (11)	35 (10)	0.962
Líneas B pulmonares, n (%)	4 (22%)	9 (50%)	0.18

Abreviaturas: IAM= infarto de miocardio, ACV= accidente cerebrovascular VI = ventrículo izquierdo; VD = ventrículo derecho; SLG = strain longitudinal global; AI = aurícula izquierda.

Resultados: : La competencia se llevó a cabo en el Lago Argentino, adyacente a los Glaciares (temperatura del agua 2-3°C). La edad media fue de 42 ±12 años y el 58% de los participantes fueron mujeres. Los factores de riesgo y los antecedentes de enfermedad cardíaca o pulmonar fueron infrecuentes. La tabla muestra datos clínicos y ecocardiográficos. En el análisis de todos los participantes, la función del ventrículo izquierdo (VI) aumentó post ejercicio, reflejada por una mayor fracción de eyección, pero sin cambios del strain longitudinal global (SLG), lo cual ocurrió a expensas de un incremento del volumen de fin de diástole. La función del ventrículo derecho, evaluada por SLG y strain de pared libre, también mejoró post ejercicio. Se detectaron líneas B pulmonares en el 37% de los atletas, en su mayoría luego de pruebas de larga distancia. En el análisis pareado de 18 nadadores que completaron ambas distancias, 7 desarrollaron líneas B únicamente luego de la carrera de larga distancia. En 4 atletas, las líneas B estuvieron presentes luego de la carrera corta/intermedia, persistiendo tras la carrera larga en 2 y resolviéndose en los 2 restantes. Los 7 nadadores restantes no presentaron líneas B en ninguna de las carreras.

Conclusión: La natación competitiva en aguas heladas se asoció con cambios agudos de la función biventricular y frecuente desarrollo de líneas B pulmonares, sugestivas de congestión pulmonar, particularmente luego de las carreras de larga distancia. La versión 2026 (en agosto) de esta competencia nos permitirá entender en más detalle los cambios hemodinámicos, incluyendo distancias ultracortas (50 m) y recuperación post competición, focalizando en casos pareados. La presentación en el congreso incluirá estos nuevos resultados.

0113 - PRESENCIA DE CALCIO EN TAC DE TÓRAX INCIDENTAL: QUE NO SEA UNA OPORTUNIDAD PERDIDA

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

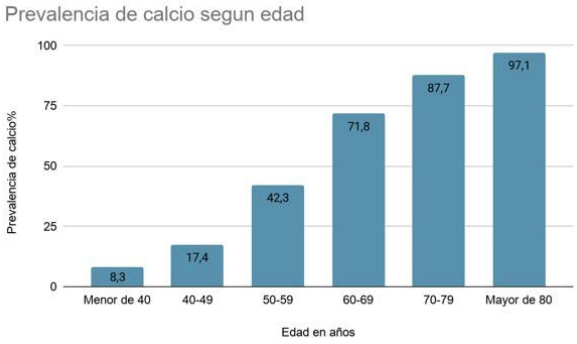
Yanina Beatriz CASTILLO COSTA[1] | Ramiro MALAGRINI[2] | **Juan Pablo GONZALEZ**[1] | Victoria Ayelén ARAGNO[1] | Nicole GOULD[1] | Christopher KRUTHOFF[1] | Víctor Miguel MAURO[1] | Carlos Manuel BARRERO[1]

CLINICA BAZTERRICA[1]; DIAGNÓSTICO MAIPÚ[2]

Introducción: Recientemente se ha descripto que podría utilizarse la presencia de calcio coronario hallado en las tomografías de tórax (TC) realizadas por otras razones como herramienta para mejorar la prevención cardiovascular, ya que su presencia tiene muy buena correlación con el score de calcio coronario. Sin embargo, este detalle (que además no implica costo extra) es subreportado en la práctica diaria, lo que conlleva una pérdida de oportunidad en la prevención primaria de una población con riesgo cardiovascular aumentado.

Objetivos: 1) Analizar el sub reporte de la prevalencia de calcio coronario en los informes de las TC realizadas en pacientes internados. 2) Evaluar si hay diferencias en la presencia de calcio de acuerdo a sexo y edad.

Materiales y Métodos: Se seleccionaron todas las TC realizadas a pacientes mayores de 18 años internados en nuestra institución durante un año y sus respectivos informes. Se extrajeron datos de edad, sexo, factores de riesgo coronario, y antecedentes de las Historias Clínicas Electrónicas. Se excluyeron los pacientes con antecedentes cardiovasculares (CV), infarto, cirugía cardíaca, angioplastia coronaria, ACV/AIT o diabetes (DBT) y se revisaron todas las imágenes en busca de calcio coronario. Se informó su presencia y distribución.



Resultados: Durante el período enero-diciembre 2025 se realizaron 1099 TC. Se excluyeron 551 (542 con antecedentes CV, 90 DBT, 6 menores de 18 años y 3 por imposibilidad técnica de evaluar las coronarias). Quedaron 548 pacientes para el análisis. Edad mediana 74 (RIC 55-84). 42,1% hombres. 37,7% con tabaquismo activo o ex tabaquismo, 41,7% con hipertensión arterial, 18,2% con dislipemia y 4,4% con enfermedad renal crónica. La prevalencia de calcio reportado espontáneamente en los informes fue del 44,5% (n: 244) mientras que fue del 70,1% (n: 384) luego de revisar en forma específica las imágenes ($p<0.001$). Los pacientes con calcio tenían mayor edad 80 (RIC 71-87) vs 46 (RIC 34-59) ($p<0.001$) y no hubo diferencia de acuerdo al sexo (hombres 69,4% vs mujeres 70,6%, p 0.84). Los pacientes con calcio coronario presentaron mayor carga de factores de riesgo cardiovascular que aquellos sin calcio, con mayor prevalencia de hipertensión arterial (54,4% vs 13,4%), tabaquismo activo o extabaquismo (44,3% vs 20,7%), dislipemia (24,0% vs 4,9%) y enfermedad renal crónica (5,7% vs 1,2%). En cambio, la ausencia de factores de riesgo registrados fue más frecuente en los pacientes sin calcio (67,7% vs 23,4%). Del total de pacientes con Calcio en las imágenes (n: 384), solo un 20% (n:77) tenía calcio en un vaso (en el 84,4% de los casos era la DA). La ausencia de sincronización electrocardiográfica, el movimiento cardíaco y la resolución espacial del estudio dificultaron la diferenciación entre calcificación del tronco coronario izquierdo y calcificación localizada en los ostium de la descendente anterior o la circunfleja, con esta salvedad, el 80% presentó lesión en más de un vaso/tronco. La prevalencia de calcio según edad se presenta en la figura 1.

Conclusión: Casi la mitad de las TC de pacientes en prevención primaria internados en nuestra institución tenían reportado calcio en las coronarias lo que aumentó a 7 de cada 10 pacientes cuando éste se buscó de manera sistemática. La presencia de calcio es independiente del sexo y aumenta considerablemente con la edad. Los menores de 40 años tienen una prevalencia muy baja mientras que es de casi el 90% en pacientes de más de 70 años.

0114 - ASOCIACIÓN ENTRE MICROALBUMINURIA, ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL EN PACIENTES HIPERTENSOS CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA

Hipertensión Arterial

Gustavo REYES QUEZADA

Actividad Clínica Privada

Introducción: La microalbuminuria y la obesidad se han relacionado con daño cardiovascular subclínico en pacientes hipertensos. El strain longitudinal global (SLG) permite detectar disfunción miocárdica precoz aun con fracción de eyección preservada. Sin embargo, existe limitada evidencia sobre el efecto conjunto de microalbuminuria, obesidad y control tensional sobre el deterioro del SLG.

Objetivos: Determinar la asociación entre microalbuminuria, obesidad y strain longitudinal global en pacientes hipertensos con fracción de eyección preservada.

Materiales y Métodos: Estudio observacional analítico realizado en 111 pacientes hipertensos con fracción de eyección preservada. Se registraron variables clínicas, antropométricas y ecocardiográficas, incluyendo índice de masa corporal (IMC), microalbuminuria y strain longitudinal global mediante speckle tracking. Se definió obesidad como strain disminuido como SLG <18%. Los pacientes fueron clasificados según control de presión arterial y presencia de microalbuminuria elevada. Se realizaron análisis comparativos, correlación y curva ROC.

Variable	Strain normal	Strain disminuido	p
Edad (años)	57.9 ± 11.8	60.1 ± 12.6	0.28
IMC (kg/m²)	26.9 ± 4.1	30.6 ± 4.3	0.002
FEVI (%)	62 ± 5	60 ± 4	0.07
SLG (%)	20.1 ± 1.5	15.9 ± 1.2	<0.001
HTA controlada (%)	71.2	44.1	0.006
HTA no controlada (%)	28.8	55.9	0.006
Diabetes mellitus (%)	9.8	28.6	0.01
Microalbuminuria elevada (%)	24.5	67.6	<0.001

Resultados: El 63.1% de los pacientes presentó hipertensión arterial controlada y el 36.9% hipertensión arterial no controlada. La diabetes mellitus estuvo presente en el 15.3% de la población. Los pacientes con hipertensión arterial no controlada presentaron peor strain longitudinal global respecto a aquellos con adecuado control tensional (17.2 ± 2.4% vs 19.5 ± 2.6%; p=0.004). Asimismo, los pacientes con strain disminuido presentaron mayores valores de IMC y microalbuminuria en comparación con aquellos con strain conservado (p<0.05). Los pacientes obesos con hipertensión arterial no controlada y microalbuminuria elevada mostraron los peores valores de strain longitudinal global. Se observaron diferencias significativas entre los grupos analizados según obesidad, control tensional y microalbuminuria (p global <0.001). Se observó asociación significativa entre microalbuminuria y deterioro del strain longitudinal global (r=-0.41; p<0.001). El modelo combinado entre obesidad, hipertensión arterial no controlada y microalbuminuria mostró mejor capacidad discriminativa para identificar strain disminuido en comparación con el modelo sin microalbuminuria (AUC 0.78 vs 0.61; p=0.003). El modelo combinado presentó sensibilidad de 76.4% y especificidad de 74.1%, mostrando capacidad diagnóstica aceptable.

Conclusión: En pacientes hipertensos con fracción de eyección preservada, la microalbuminuria, la obesidad y el mal control de la presión arterial se asociaron significativamente con deterioro del strain longitudinal global. La incorporación de microalbuminuria mejoró la capacidad diagnóstica para identificar disfunción miocárdica subclínica.

0115 - APLICACIÓN DE UN MODELO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA PREDICCIÓN DE ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA

Medicina Digital E Inteligencia Artificial / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Fernando Omar GONZALEZ PARDO | Vanina Gisela MARTINEZ | María Vanesa MATEU | Giselle LIVIO | Micaela María Del Valle REBULL CÓRDOBA | Daiana Judith ALZOGARAY | José BAVIO | Jorge María CASAS

CEDIC. Diagnóstico Cardiovascular del Adulto y Niño

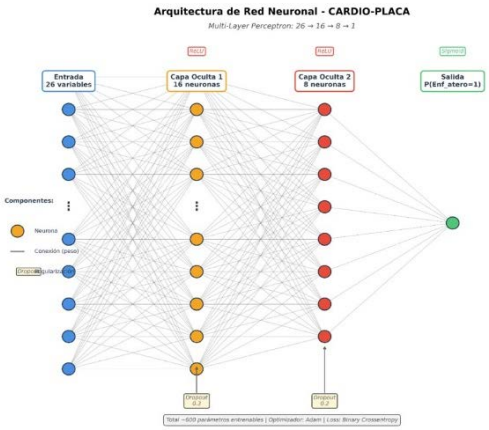
Introducción: La identificación de ateromatosis subclínica (AS) es un pilar fundamental en la estratificación del riesgo cardiovascular (RCV), permitiendo reclasificar a pacientes asintomáticos y optimizar la adherencia terapéutica. Si bien el ultrasonido y el score de calcio coronario (CAC)son herramientas validadas y de alto valor predictivo, su implementación

masiva enfrenta barreras logísticas, de costos y de capacitación técnica. En este escenario, la Inteligencia Artificial (IA) emerge como una herramienta disruptiva, capaz de complementar la labor médica mediante la optimización de métricas de valoración y el refinamiento de los modelos de predicción,

Objetivos: Entrenar una red neuronal para predecir la presencia de (AS) a través de biomarcadores y variables demográficas clínicas obtenidas en un consultorio y poder predecir la presencia de placas ateroscleróticas.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional y longitudinal. Se incluyeron 181 pacientes(p) de ambos sexos durante 17 meses consecutivos, >de 30 años y <= 65 que concurrieron a consultorio ambulatorio. Criterios de exclusión: antecedente enfermedad cardiovascular, o haber recibido tratamiento de radioterapia, quimioterapia o estar bajo tratamiento hipolipemiante. Se aplicó el Prevent AHA score(PVscore) para predecir aterosclerosis cardiovascular(ASCV) Se recolectaron datos clínicos y laboratorio tabla1.Se realizó Doppler carotideo, femoral y CAC con CT. Se exploró territorio carotídeo, femoral proximal hasta 5 cm más allá de la bifurcación. Se definió placa al espesor >=1.5mm o > 50% IMT circundante y CAC positivo >=1. Arquitectura :Red de clasificación (figtab2), feedforward (Multi-Layer Perceptron) con dos capas ocultas de arquitectura decreciente: Entrada 26 neuronas, capa 1:16 neuronas + ReLU +Dropout(0.3), capa 2:8 neuronas + ReLU + Dropout(0.2) ,salida: 1 neurona + Sigmoidea para generar probabilidades de 0 a 1. Función de activación: ReLU

Variable	Población total (n=181)	Sin enfermedad (n=68)	Con enfermedad (n=113)	Valor p
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS				
Edad (años)	52.1 ± 7.7	49.1 ± 7.9	53.9 ± 6.9	< 0.001
Sexo femenino, n (%)	85 (47.0%)	44 (64.7%)	41 (36.3%)	0.630
Sexo masculino, n (%)	96 (53.0%)	24 (35.3%)	72 (63.7%)	0.630
Tabaquismo, n (%)	28 (15.5%)	13 (19.1%)	15 (13.3%)	0.993
Hipertensión	69 (38.1%)	21 (30.9%)	48 (42.5%)	0.1622
Dislipemia	90 (49.7%)	30 (44.1%)	60 (53.1%)	0.3093
Obesidad	66 (34.5%)	27 (39.7%)	39 (34.5%)	0.5868
Diabetes tipo 1, n (%)	3 (1.7%)	1 (1.5%)	2 (1.8%)	0.451
Diabetes tipo 2, n (%)	6 (3.3%)	0 (0.0%)	6 (5.3%)	0.518
Altura (cm)	170.3 ± 9.5	168.0 ± 9.0	171.7 ± 9.6	0.009
Peso (kg)	81.6 ± 15.9	79.2 ± 15.8	83.1 ± 15.9	0.115
IMC (kg/m²)	28.0 ± 4.3	28.0 ± 4.7	28.0 ± 4.1	0.931
Perímetro cintura (cm)	91.1 ± 13.1	89.2 ± 14.0	92.8 ± 12.5	0.15
PAS (mmHg)	129.3 ± 12.8	125.9 ± 12.0	131.3 ± 13.0	0.005
PAD (mmHg)	82.9 ± 9.8	82.3 ± 9.7	83.3 ± 9.8	0.499
PVScore (ASCVD)	4.3 ± 3.6	3.2 ± 3.9	4.9 ± 3.4	0.002
BIOMARCADORES				
Glucemia (mg/dL)	92.3 ± 11.2	90.2 ± 11.0	93.6 ± 11.1	0.048
HbA1c (%)	5.3 ± 0.6	5.2 ± 0.6	5.4 ± 0.6	0.0372
Leucocitos (10^3/L)	6540.7 ± 1478.7	6625.0 ± 1581.1	6490.0 ± 1418.4	0.553
PCR (< 6,0 mg/L)	0.2 ± 1.0	0.3 ± 1.5	0.1 ± 0.7	0.469
Apo B (mg/dL)	106.6 ± 26.9	102.6 ± 23.3	109.0 ± 28.7	0.118
Lipoproteína A (nmol/L)	60.8 ± 85.4	63.6 ± 103.6	59.2 ± 72.7	0.736
Colesterol total (mg/dL)	217.4 ± 35.6	216.8 ± 35.7	217.8 ± 35.7	0.851
HDL (mg/dL)	56.3 ± 13.7	59.2 ± 13.8	54.5 ± 13.4	0.023
LDL (mg/dL)	137.3 ± 33.3	135.3 ± 36.8	138.5 ± 31.2	0.544
TAG (mg/dL)	127.2 ± 107.1	120.3 ± 112.7	131.3 ± 103.9	0.506
C-No HDL (mg/dL)	160.5 ± 36.2	156.3 ± 39.9	163.0 ± 33.6	0.231
Creatinina (mg/dL)	1.0 ± 0.2	0.9 ± 0.2	1.0 ± 0.2	0.002
eGFR (mL/min/1.73m²)	83.6 ± 14.7	88.0 ± 14.0	80.9 ± 14.6	0.002
RAC (mg/g Cr)	5.4 ± 6.1	4.9 ± 6.5	5.7 ± 5.9	0.378
ILeu/gluc (mg/dL/10^{-4}L)	602.1 ± 161.6	590.7 ± 171.7	608.9 ± 155.5	0.463



Resultados: Se evaluó el modelo de la red mediante validación cruzada estratificada con 10 folds sobre el conjunto completo de datos (n181). Demostró un buen desempeño en la tarea de clasificación. Accuracy(Ac) del 84.56% (±5.31%) y un ROC-AUC de 0.8655 (±0.0846). Sensibilidad(S) 92.88%, especificidad(E) 70.71%, (VPP) 84.14% (VPN) del 86.98% sugiere que el modelo es altamente confiable cuando predice la ausencia de enfermedad. El balance entre precisión(P)y sensibilidad, reflejado en el F1-Score de 0.8814, confirma que el modelo mantiene un equilibrio óptimo entre ambas métricas. La baja variabilidad entre folds (desviaciones estándar menores al 11%) indica estabilidad y robustez del modelo ante diferentes particiones de los datos. Especialmente en PVscore de bajo riesgo(85p) el rendimiento es excelente S:90% E:77.8% A: 83.5%, P78.3%. En este grupo el PVscore clasificò mal a 40 p como de bajo riesgo nuestro modelo solo 4 p. En el borderline(40p) S:89.3% E:66.7% P:86.2%,Ac:82.5% VPP:86.2% VPN72.7%, PVscore atribuyó borderline a 40 p nuestro modelo clasificó 25 con AS. PVscore moderado(44p)S:97.2% E:50% P:89.7% Ac: 88.6% VPP 89.7% VPN 80%

Conclusión: El uso de IA demostró ser una herramienta con alta capacidad predictiva para la detección de AS especialmente en población de bajo, borderline y moderado riesgo, donde los scores de estratificaciòn fallan, posicionándose en el consultorio como un método eficaz de ayuda. Optimiza la identificación de pacientes con enfermedad vascular asintomática, facilitando una intervención terapéutica precoz. La validación prospectiva de estos datos refuerza el potencial de esta tecnología para superar las barreras de accesibilidad y variabilidad del operador en la evaluación RCV convencional pudiendo disminuir costos en pacientes de bajo riesgo.

0116 - INCREMENTO DE LA CAPACIDAD PRONÓSTICA DEL SCORE WHO HEARTS MEDIANTE LA INTEGRACIÓN DE VARIABLES DE MONITOREO AMBULATORIO DE LA PRESIÓN ARTERIAL ANALIZADAS CON REDES NEURONALES ARTIFICIALES

Hipertensión Arterial

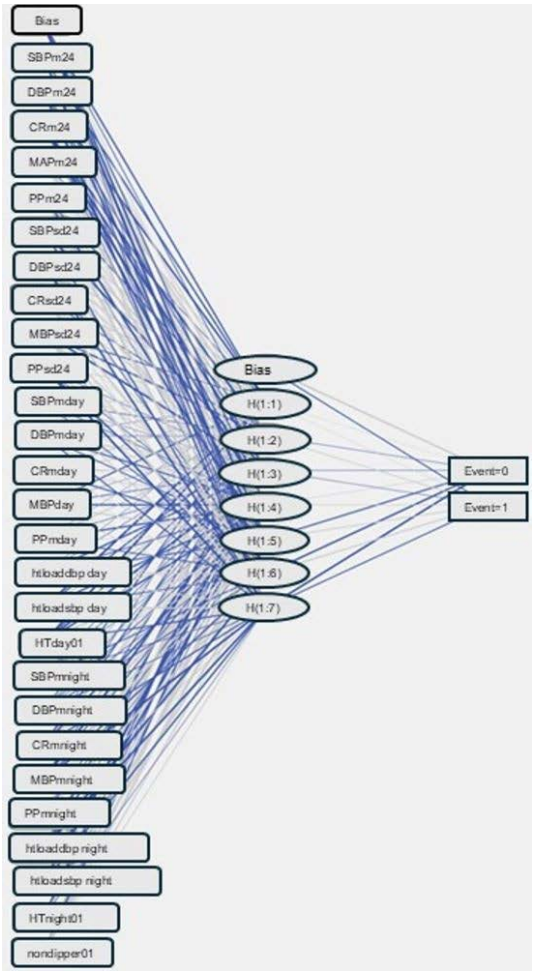
María Paula CATALANO | Federico DI GENNARO | Alejandro GARCIA AGUIRRE | Santiago PEREZ LLORET | María FERNANDEZ | Romina LLANOS | Claudio HIGA

Hospital Alemán

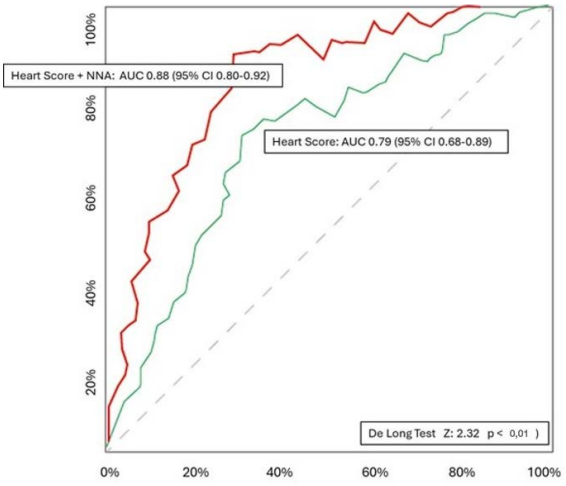
Introducción: El score WHO HEARTS es una de las herramientas más validadas para la estratificación del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. La aplicación de inteligencia artificial a variables derivadas del monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) podría aportar información pronóstica incremental y mejorar la identificación de pacientes con mayor riesgo de eventos cardiovasculares. Sin embargo, la integración de modelos de redes neuronales con scores clínicos tradicionales ha sido escasamente explorada.

Objetivos: Evaluar si la integración de un modelo de red neuronal artificial basado en variables derivadas del MAPA con el score WHO HEARTS mejora la predicción de eventos cardiovasculares mayores en comparación con el score WHO HEARTS por sí solo.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes hipertensos consecutivos sometidos a MAPA con seguimiento clínico a largo plazo. El score WHO HEARTS se calculó utilizando edad, sexo, presión arterial sistólica, tabaquismo, diabetes mellitus y presencia de enfermedad cardiovascular o renal establecida, estratificando a la población según el riesgo de eventos a 10 años como bajo: < 5%, moderado: 5% a < 10%, alto: 10% a < 20%, muy alto: 20% a < 30% y crítico: = 30%. Se desarrolló una red neuronal artificial utilizando variables derivadas del MAPA como capa de entrada y la ocurrencia del punto final compuesto como variable de salida. Posteriormente se construyó un modelo híbrido integrando la red neuronal con el score WHO HEARTS.



Resultados: Se incluyeron 170 pacientes hipertensos (edad media 68,1 ± 13,8 años; 53,3% mujeres). El seguimiento mediano fue de 11,9 años (RIC 11,5–12,4). Durante el seguimiento, 19 pacientes (11,1%) presentaron el punto final primario. El modelo de mejor desempeño fue un perceptrón multicapa con 27 variables de entrada, una capa oculta de 7 neuronas y dos neuronas de salida (Figura 1). El score WHO HEARTS alcanzó un AUC de 0,79 (IC95% 0,68–0,89), mientras que el modelo combinado WHO HEARTS + red neuronal basada en MAPA incrementó el AUC a 0,88 (IC95% 0,80–0,92), demostrando una mejora significativa en la discriminación (prueba de DeLong: Z = 2,32; p < 0,01) (Figura 2). Asimismo, el modelo combinado mejoró significativamente la reclasificación del riesgo, con un NRI total de 0,22 (IC95% 0,09–0,36) y un IDI de 0,022 (IC95% 0,012–0,044).



Conclusión: La integración del score WHO HEARTS con una red neuronal artificial basada en variables derivadas del MAPA mejora la capacidad discriminativa y la reclasificación del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos durante el seguimiento a largo plazo. Estos hallazgos sugieren que los modelos híbridos que combinan herramientas clínicas tradicionales con inteligencia artificial podrían optimizar la estratificación pronóstica en esta población.

0118 - EDAD CARDIOVASCULAR ACELERADA Y RIESGO CARDIOVASCULAR SUBESTIMADO EN PREVENCIÓN PRIMARIA

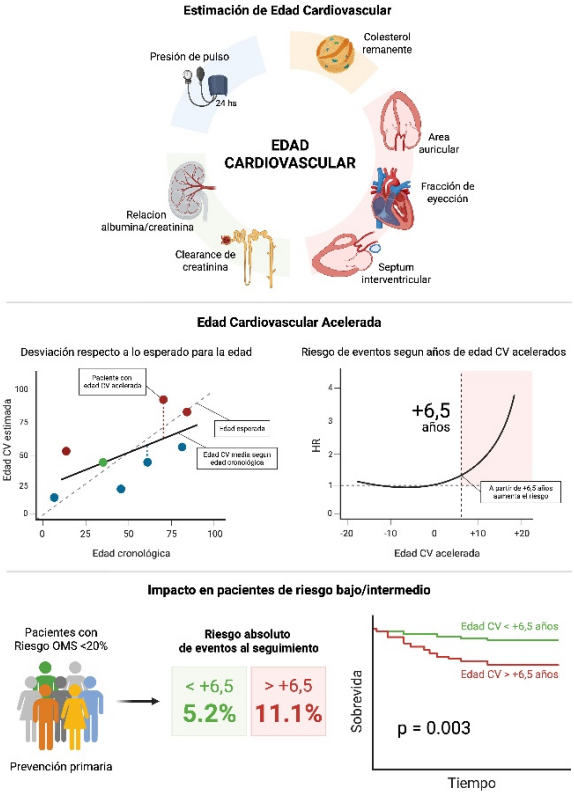
Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Julia JANCHES QUIÑONES | Ornella PACCE | Camila Yazmin MEZA | Brenda Gisela CHUEKE | Daniela Alejandra CARDOZO | Santiago SIMONE | Joaquín PEREA | Álvaro SOSA LIPRANDI

Sanatorio Güemes

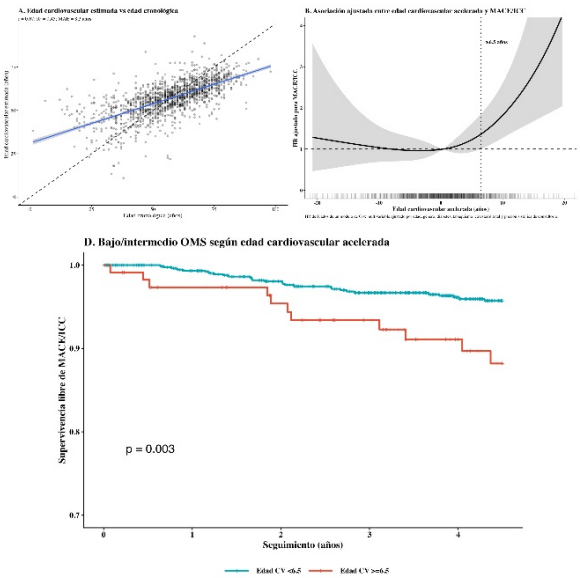
Introducción: Los scores tradicionales de riesgo cardiovascular, como el de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pueden subestimar el riesgo en pacientes en prevención primaria. La integración de marcadores subclínicos podría mejorar la identificación de individuos con riesgo cardiovascular subestimado.

Objetivos: Evaluar si la edad cardiovascular acelerada se asocia con eventos cardiovasculares y permite identificar subgrupos de mayor riesgo dentro de pacientes clasificados como bajo/intermedio riesgo según el score OMS.



Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en pacientes de prevención primaria evaluados en un centro de alta complejidad. Se desarrolló una edad cardiovascular estimada mediante un modelo de regresión lineal que integró marcadores de rigidez arterial (presión de pulso de 24 h), daño de órgano blanco cardíaco (septum interventricular, fracción de eyección, área auricular izquierda), renales (clearance de creatinina, relación albúmina/creatinina) y metabólicos (colesterol remanente). La edad cardiovascular acelerada representa cuánto se desvía la edad cardiovascular de un paciente respecto a la esperada para individuos de la misma edad cronológica dentro de la cohorte. El riesgo cardiovascular basal se estimó mediante el score OMS, definiendo bajo/intermedio riesgo como <20%. El desenlace fue un compuesto de eventos cardiovasculares mayores (MACE) e insuficiencia cardiaca (ICC). Se utilizaron modelos de Cox ajustados y splines cúbicos restringidos para evaluar la asociación. La supervivencia libre de eventos fue evaluada mediante curvas de Kaplan-Meier y comparada utilizando pruebas de log-rank.

Resultados: Se incluyeron 1186 pacientes (edad mediana 60 años), la incidencia global de MACE/ICC fue del 6.7% durante un seguimiento mediano de 4.9 años. La edad cardiovascular estimada mostró correlación moderada con la edad cronológica (r=0.67; R^2=0.45; MAE=8.3 años). La edad cardiovascular acelerada se asoció de manera independiente con mayor riesgo de MACE/ICC, con evidencia de no linealidad y aumento del riesgo a partir de +6.5 años. Fueron clasificados como bajo/intermedio riesgo OMS 911 pacientes (76.8%), de los cuales 117 (12.8%) presentaron alta edad cardiovascular acelerada (>+6.5 años). Este subgrupo presentó mayor incidencia de eventos en comparación con aquellos sin alta aceleración (11.1% vs 5.2%), así como peor supervivencia libre de eventos (log-rank p=0.003). En modelos ajustados por riesgo OMS continuo, la alta edad cardiovascular acelerada se asoció con aproximadamente el doble de riesgo de MACE/ICC. La mejora en discriminación fue modesta, aunque se observó reclasificación favorable y beneficio clínico neto en análisis exploratorios.



Conclusión: La edad cardiovascular acelerada se asocia con eventos cardiovasculares y permite identificar un subgrupo de mayor riesgo dentro de pacientes considerados de bajo/intermedio riesgo por el score OMS. Estos hallazgos sugieren que la integración de marcadores subclínicos podría complementar la estratificación tradicional del riesgo cardiovascular.

0121 - ASOCIACIÓN ENTRE INFECCIÓN POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO Y RIESGO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

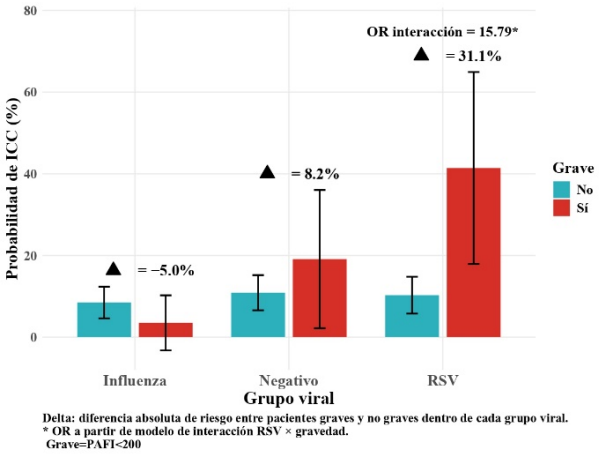
Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Camila Yazmin MEZA | Joaquín PEREA | Sebastián NUÑEZ | Julia JANCHES QUIÑONES | Ornella PACCE | Daniela Alejandra CARDOZO | Verónica LACAL | María Inés SOSA LIPRANDI

Sanatorio Güemes

Introducción: Las infecciones respiratorias virales se han asociado con eventos cardiovasculares en pacientes hospitalizados. Sin embargo, el impacto diferencial del virus sincicial respiratorio (VSR) sobre la insuficiencia cardíaca (IC), así como la posible modificación de este efecto por la gravedad del compromiso respiratorio, permanecen insuficientemente caracterizados en población adulta.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el tipo de infección viral respiratoria e insuficiencia cardiaca intrahospitalaria, explorando la modificación del efecto por la gravedad respiratoria.



Delta: diferencia absoluta de riesgo entre pacientes graves y no graves dentro de cada grupo viral.
* OR a partir de modelo de interacción RSV × gravedad.
Grave=PAFI<200

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva en pacientes adultos hospitalizados en un centro de alta complejidad. La exposición de interés fue el tipo de infección viral (sin detección viral, influenza o virus sincicial respiratorio) y el desenlace de insuficiencia cardíaca intrahospitalaria. Para abordar el desequilibrio de covariables, se utilizó ponderación por probabilidad inversa de tratamiento (IPTW) basada en propensity score, generando una pseudo-población balanceada. Se ajustaron modelos de regresión logística ponderados y se evaluó la interacción entre tipo viral y gravedad respiratoria (PaO2/FiO2 <200).

CARACTERISTICAS	TOTAL (N = 651)	SIN IC (N =579)	CON IC (N = 72)	P VALUE
SEXO MASCULINO	315 / 651 (48%)	280 / 579 (48%)	35 / 72 (49%)	>0.9
EDAD	72 (57, 81)	71 (56, 81)	76 (69, 86)	<0.001
GRUPO VIRAL				0.2
INFLUENZA	224 / 651 (34%)	206 / 579 (36%)	18 / 72 (25%)	
VSR	198 / 651 (30%)	172 / 579 (30%)	26 / 72 (36%)	
NEGATIVO	229 / 651 (35%)	201 / 579 (35%)	28 / 72 (39%)	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	267 / 651 (41%)	223 / 579 (39%)	44 / 72 (61%)	<0.001
DISLIPEMIA	71 / 651 (11%)	59 / 579 (10%)	12 / 72 (17%)	0.10
EX TABAQUISMO	154 / 651 (24%)	128 / 579 (22%)	26 / 72 (36%)	0.008
EPOC	106 / 651 (16%)	94 / 579 (16%)	12 / 72 (17%)	> 0.9
ENFERMEDAD CORONARIA, IAM, ATC, CRM	50 / 651 (7.7%)	41 / 579 (7.1%)	9 / 72 (13%)	0.10
FIBRILACIÓN AURICULAR	42 / 651 (6.5%)	35 / 579 (6.0%)	7 / 72 (9.7%)	0.2
DIABETES	113 / 651 (17%)	97 / 579 (17%)	16 / 72 (22%)	0.2
IAM	58 / 651 (8.9%)	49 / 579 (8.5%)	9 / 72 (13%)	0.042
INSUFICIENCIA CARDÍACA	89 / 651 (14%)	48 / 579 (8.3%)	41 / 72 (57%)	<0.001
VACUNA INFLUENZA CORRESPONDIENTE AL AÑO	143 / 637 (22%)	124 / 566 (22%)	19 / 71 (27%)	0.6
VACUNA COVID	600 / 639 (94%)	531 / 568 (93%)	69 / 71 (97%)	0.6
VACUNA ANTINEUMOCOCO	112 / 639 (18%)	99 / 568 (17%)	13 / 71 (18%)	>0.9
VACUNA VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	2 / 639 (0.3%)	2 / 568 (0.4%)	0 / 71 (0%)	>0.9
PaO2/FiO2				0.080
< 100 o VM	43 / 539 (8.0%)	34 / 480 (7.1%)	9 / 59 (15%)	
< 200	23 / 539 (4.3%)	20 / 480 (4.2%)	3 / 59 (5.1%)	
< 300	63 / 539 (12%)	56 / 480 (12%)	7 / 59 (12%)	
< 400	133 / 539 (25%)	115 / 480 (24%)	18 / 59 (31%)	
> 400	277 / 539 (51%)	255 / 480 (53%)	22 / 59 (37%)	
TIPO DE APORTE DE OXÍGENO				0.8
ARM	86 / 363 (24%)	72 / 310 (23%)	14 / 53 (26%)	
CANULA DE ALTO FLUJO	4 / 363 (1.1%)	4 / 310 (1.3%)	0 / 53 (0%)	
CANULA NASAL	235 / 363 (65%)	199 / 310 (64%)	36 / 53 (68%)	
MÁSCARA	1 / 363 (0.3%)	1 / 310 (0.3%)	0 / 53 (0%)	
MÁSCARA CON RESERVORIO	28 / 363 (7.7%)	25 / 310 (8.1%)	3 / 53 (5.7%)	
VNI	9 / 363 (2.5%)	9 / 310 (2.9%)	0 / 53 (0%)	
RESCATES BACTERIOLÓGICOS	151/651 (23%)	133 / 579 (23%)	18 / 72 (25%)	0.7
ÍNDICE DE CHARLSON	5.00 (3.00, 6.00)	4.00 (3.00, 6.00)	5.00 (4.00, 7.00)	0.004
RECIBIERON CORTICOIDES	269 / 648 (42%)	238 / 576 (41%)	31 /72 (43%)	0.8
RECIBIERON ANTIBIÓTICOS	518 / 646 (80%)	458 / 575 (80%)	60 / 71 (85%)	0.8
RECIBIERON OSELTAMIVIR	164 / 649 (25%)	150 / 577 (26%)	14 / 72 (19%)	0.3
MUERTE	158 / 604 (26%)	135 / 539 (25%)	23 / 65 (35%)	0.073

Resultados: Se incluyeron 651 pacientes hospitalizados: 229 (35%) sin infección viral, 224 (34%) con influenza y 198 (30%) con VSR. La población presentó elevada carga de comorbilidades cardiovasculares y respiratorias, destacándose antecedentes de insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular. La frecuencia de IC intrahospitalaria fue mayor en el grupo VSR respecto de influenza y pacientes sin infección viral. El compromiso respiratorio severo (PaO2/FiO2 <200) estuvo presente en el 10% de la cohorte.

Conclusión: La infección por virus sincicial respiratorio se asocia a mayor riesgo de insuficiencia cardíaca intrahospitalaria en presencia de compromiso respiratorio severo, evidenciando una interacción significativa entre ambas variables. Esto sugiere un rol modulador del virus sincicial respiratorio en la descompensación cardiovascular, y destaca su relevancia en la estratificación de riesgo de pacientes hospitalizados con infección respiratoria aguda.

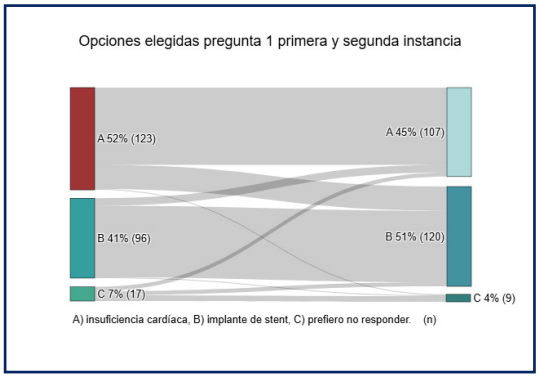
0128 - NO TODO ES LO MISMO: DECISIONES BASADAS EN DATOS VS. DECISIONES BASADAS EN INSTINTOS

Educación Médica y Políticas de Salud

Guillermo JAIMOVICH[1] | Lucas SAN MIGUEL[2] | Daniel COMTESSE[3] | María Jorgelina MEDUS[4] | Federico CINTORA[5] | Luciano DE STEFANO[3]

CONSULTORIOS MÉDICOS BYNNON[1]; TCba Salguero - Centro de Diagnóstico[2]; SANATORIO LAS LOMAS DE SAN ISIDRO[3]; Fundación Intecnus[4]; CENTRO MÉDICO FAMYL[5]

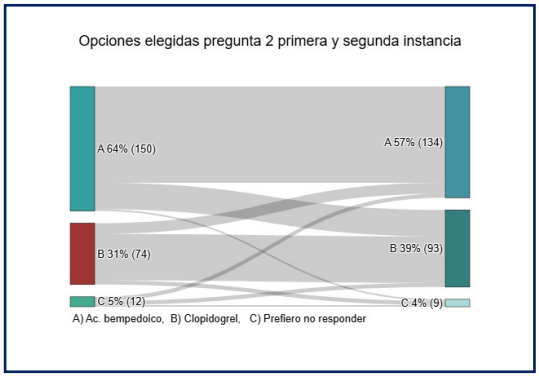
Introducción: La interpretación de la magnitud del efecto de las intervenciones cardiovasculares debería constituir un componente central del análisis de la medicina basada en evidencia. Sin embargo, en la práctica clínica, la priorización terapéutica suele estar influida por múltiples diferentes factores que la desvían de la plena racionalidad. Aunque muchas intervenciones presentan reducciones relativas de riesgo similares, su impacto clínico absoluto puede diferir de manera sustancial.



Objetivos: Evaluar la priorización terapéutica de cardiólogos frente a escenarios clínicos comparativos planteados para explorar el reconocimiento de la magnitud del efecto pronóstico de distintas intervenciones cardiovasculares.

Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta basada en escenarios clínicos donde se debió elegir una opción peor entre dos errores claros, pero donde la magnitud de ellos difería ampliamente según la evidencia disponible. Luego se expuso la evidencia en formato gráfico y se realizó nuevamente la pregunta para ratificar o rectificarla.

Resultados: Se realizaron 236 encuestas a cardiólogos (56% hombres), edad media 46 +/- 11 años, de diversas subespecialidades. En la primera pregunta el 52,1% consideró como peor error la omisión de tratamiento farmacológico para insuficiencia cardíaca (opción A), mientras que el 40,7% identificó como peor error la falta de adición de clopidogrel tras la implantación de un stent coronario (opción B). Luego de exponer un gráfico que muestra mayor beneficio en la primera, paradójicamente la opción A descendió al 45,3% y la B aumentó al 50,8%. En la segunda pregunta el 64,1% consideró peor error el reemplazo de estatinas por Ac. bempedoico (opción A), mientras que el 31,6%, la administración de clopidogrel en lugar de ticagrelor (opción B). Luego de exponer gráficos que muestran mayor beneficio en la primera, nuevamente la opción A descendió al 56,3% y la B aumentó al 39,8%. En ambas preguntas se observó un resultado parejo en la selección de las respuestas pese a existir una evidencia marcada en favor de la opción A. Si bien hubo migración de la respuesta en todas las direcciones, creció la selección de la opción incorrecta en detrimento de la correcta en ambas preguntas.



Conclusión: A pesar de que la mayoría de los cardiólogos otorgó un alto valor a la medicina basada en la evidencia, la priorización terapéutica observada no reflejó la magnitud objetiva del beneficio absoluto demostrado. Se evidenció una marcada dispersión en las respuestas, incluso frente a intervenciones con diferencias pronósticas claramente favorables hacia una de las opciones. La exposición posterior de la evidencia en términos absolutos no solo no homogeneizó las decisiones, sino que favoreció la migración hacia la opción de menor beneficio clínico absoluto. Estos hallazgos sugieren varias hipótesis: 1. Que la interpretación y jerarquización de las intervenciones cardiovasculares continúan influenciadas por factores personales, culturales y formativos que exceden y pesan más que la evidencia científica disponible. 2. Existen serias dificultades para interpretar los datos ofrecidos por la evidencia y jerarquizar de ese modo la magnitud del beneficio en cada caso. 3. La dispersión en las respuestas y la falta de unificación luego de la evidencia mostrada tiene implicancias que exceden en mucho los escenarios propuestos y pueden afectar innumerables decisiones que tomamos en forma cotidiana. 4. Debe encaminarse una franca mejora en la formación de los médicos para la interpretación crítica de los datos brindados por la evidencia.

0132 - MÁS ALLA DEL TROMBO: COMPLEJIDAD CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD DEL GRAN BUENOS AIRES

Enfermedad Vascular Pulmonar

Adrián Demetrio HRABAR | Alberto Alfredo FERNANDEZ | Lucrecia SICILIANO | Mario Antonio FERRARO | Franco FASANINI | Daniela Noel BECHELLI | Patricio Xavier ORELLANA QUEZADA | **Martina OROZ**

Sanatorio Modelo de Quilmes

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) continúa siendo una enfermedad de elevada morbimortalidad y la tercera causa de muerte cardiovascular. El diagnóstico precoz y la adecuada estratificación del riesgo son fundamentales, ya que el retraso diagnóstico -terapéutico se asocia con peor evolución clínica, recurrencia tromboembólica y mayor mortalidad.

Objetivos: Describir las características demográficas, epidemiológicas, ecocardiográficas, electrocardiográficas y terapéuticas de pacientes internados con TEP agudo en un centro de alta complejidad, evaluando factores predisponentes, presentación clínica, tratamiento instaurado y evolución durante el seguimiento.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo basado en el registro institucional de pacientes con TEP agudo confirmado por angiotomografía de tórax, internados entre 2020 y 2026. Se incluyeron 96 pacientes adultos. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar y las categóricas como frecuencia absoluta y porcentaje. La comparación entre grupos se realizó mediante test exacto de Fisher.

Variable	Pacientes totales (n)	Fallecidos (n)	Mortalidad (%)
TEP hemodinamicamente estables	85	18	21.2
TEP hemodinamicamente inestables	11	5	45.5
Total cohorte	96	23	24

Resultados: La cohorte presentó una edad media de 68,6 ± 15,9 años. El 61.5% correspondió al sexo femenino. Entre los factores de riesgo cardiovasculares predominó la hipertensión arterial (63.5%), obesidad (40.6%), dislipemia (31.3%), tabaquismo (15.6%) y diabetes mellitus (14.6%). Como factores predisponentes relevantes, el 34.4% presentó cáncer activo ó antecedentes oncológicos y el 31.3% reposo. La disnea fue la principal forma de presentación. El 11.5% ingresó con inestabilidad hemodinámica, el 42.7% requirió internación en Unidad Coronaria y el 8.3% en Unidad de terapia intensiva. El compromiso bilateral trombótico lo presentó el 33.3% y el trombo en silla de montar en el 8.3%. La trombosis venosa profunda se observó en el 57.3%. Los pacientes hemodinámicamente inestables presentaron una excursión de anillo tricuspídeo (TAPSE) promedio de 16.7 mm vs el 19.1mm y una presión sistólica de arteria pulmonar (PSAP) promedio de 53.5 mmHg vs 45.9mmHg, respecto a los estables. En el electrocardiograma, la taquicardia sinusal fue el hallazgo más frecuente (26%), seguida de bloqueo completo de rama derecha (20.8%) y fibrilación auricular (8.3%). Durante la internación, la heparina de bajo peso molecular fue utilizada en el 88.5% de los casos, la heparina no fraccionada en el 4.2%, el fibrinolítico sistémico con 5.2% y el implante de filtro de vena cava inferior en el 4.2%. Al alta, el anticoagulante más utilizado fue el rivaroxaban (32.3%), el acenocumarol (25%) y apixaban (21.9%). Durante el seguimiento, 16.7% presentó reinternaciones, el 8.3% desarrolló hipertensión pulmonar tromboembólica crónica y el 6.3% evolucionó a TEP crónico. La mortalidad intrahospitalaria fue del 24%, alcanzando el 45.5% pacientes hemodinámicamente inestables vs el 21.2% en estables.

Conclusión: El registro demuestra que el TEP agudo continúa siendo una enfermedad de elevada complejidad cardiovascular y origen multicausal, asociada principalmente a envejecimiento, inflamación, inmovilización y cáncer. Desde el punto de vista terapéutico, refleja una adecuada adopción de estrategias contemporáneas. La inestabilidad hemodinámica al ingreso se asoció con mayor mortalidad intrahospitalaria (45.5% vs 21.2%; OR 3.1, IC95% 0.85–11.33), aunque sin alcanzar significación estadística, probablemente debido al reducido tamaño muestral. Muchos eventos fatales ocurrieron en pacientes inicialmente estables, sugiriendo que el daño ventricular derecho subclínico, cáncer y comorbilidades cardiovasculares podrían tener un gran valor pronóstico, destacando así la necesidad de desarrollar modelos de estratificación más integrales para identificar pacientes de mayor riesgo evolutivo.

0133 - ESTIMACIÓN VISUAL DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA: CORRELACIÓN Y CONCORDANCIA CON LA CUANTIFICACIÓN VOLUMÉTRICA

Tomografía/resonancia Magnética Cardiovascular / Multimagen

Hassan CHABAN | Lucas SAN MIGUEL | Laura BRODSKY | Sodor ENRIQUE | Osvaldo MASOLI

TCba Salguero - Centro de Diagnóstico

Introducción: La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) constituye uno de los parámetros con mayor impacto pronóstico y en el manejo del paciente en la práctica cardiológica habitual. Si bien la resonancia magnética cardíaca (RMC) es considerada el método de referencia para su cuantificación, en la práctica cotidiana la interpretación inicial del estudio suele incluir una estimación visual de la función ventricular por parte del especialista. Sin embargo, existe limitada evidencia sobre la concordancia entre esta estimación visual, la cuantificación volumétrica por RMC y la obtenida mediante ecocardiografía.

Tabla 1. Características demográficas y funcionales de la muestra (n= 105).

Variable	Resultado
Edad, años (media ± DE)	54.4 ± 16.6
Sexo masculino, % (n)	71.4% (75)
IMC ≥30 kg/m², % (n)	31.4% (33)
HTA, % (n)	61.9% (65)
Diabetes mellitus, % (n)	14.3% (15)
Dislipidemia, % (n)	41.9% (44)
Tabaquismo actual o previo, % (n)	28.6% (30)
Quimioterapia previa, % (n)	7.6% (8)
BCRI, % (n)	17.1% (18)
IAM, ATC o CRM), % (n)	16.2% (17)
FEVI conservada (≥50%), % (n)	77.1% (81)
FEVI medida por RMC, % (media ± DE)	55.5 ± 12.0
FEVI visual media, % (media ± DE)	54.7 ± 10.5
FEVI por ecocardiograma, % (media ± DE)	55.2 ± 12.3

Tabla 2 Correlación entre FEVI visual y FEVI medida por RMC ordenada según coeficiente r

Patología	% (n)	R
Valvulopatías	6.7% (7)	0.98
MCPD	14.3% (15)	0.91
MCP infiltrativa	8.6% (9)	0.82
Arritmias	10.5% (11)	0.80
Congénitas	12.4% (13)	0.56
MCPH	24.8% (26)	0.49
VD/HTP	4.8% (5)	0.06

Objetivos: Evaluar la correlación y concordancia entre la estimación visual de la FEVI y la FEVI cuantificada por RMC. Como objetivos secundarios, comparar el desempeño de la FEVI visual frente a la FEVI obtenida por ecocardiografía y analizar las diferencias de correlación según el tipo de miocardiopatía o compromiso cardiológico de base.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional realizado en 105 pacientes consecutivos sometidos a RMC. Tres especialistas en cardio-RMC analizaron las imágenes de resonancia de manera independiente y ciega a los datos clínicos y al ecocardiograma previo, estimando visualmente la FEVI. Se calculó la media de las tres estimaciones visuales. La FEVI cuantitativa por RMC fue obtenida mediante método volumétrico. Se compararon la FEVI visual media, la FEVI medida por RMC y la FEVI ecocardiográfica. La correlación entre métodos fue evaluada mediante coeficiente de Pearson, mientras que la concordancia fue analizada mediante gráficos de Bland-Altman. Se realizó además un análisis según FEVI conservada (=50%) y deprimida (<50%).

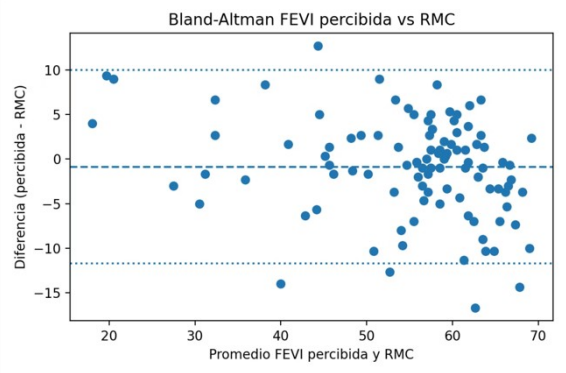


Figura 1 El análisis de Bland-Altman mostró **bajo sesgo y adecuada concordancia** entre la FEVI percibida visualmente y la FEVI cuantitativa por RMC, validando la estimación visual como herramienta clínica fiable.

Resultados: La edad media fue 54.4 ± 16.6 años y el 71.4% fueron hombres. La FEVI medida por RMC fue 55.5 ± 12.0%, la FEVI visual media 54.7 ± 10.5% y la FEVI ecocardiográfica 55.2 ± 12.3%. El 22.9% de los pacientes presentó FEVI <50% (Tabla1). La correlación entre FEVI visual y FEVI medida por RMC fue alta (r = 0.89; p < 0.001), mientras que la correlación entre ecocardiograma y RMC fue menor (r = 0.70; p < 0.001). El análisis de Bland-Altman mostró bajo sesgo y adecuada concordancia entre FEVI visual y FEVI medida por RMC (Figura1). Al analizar según función ventricular, la correlación fue mayor en pacientes con FEVI deprimida (r = 0.83) que en aquellos con FEVI conservada (r = 0.50). Según el diagnóstico de base, las mayores correlaciones se observaron en valvulopatías (r = 0.98), miocardiopatía dilatada (r = 0.91), miocardiopatía infiltrativa (r = 0.82) y arritmias (r = 0.80). En contraste, la correlación fue menor en miocardiopatía hipertrófica (r = 0.49) y cardiopatías congénitas (r = 0.56), mientras que en pacientes con compromiso predominante de ventrículo derecho/hipertensión pulmonar fue baja (r = 0.06), aunque en este último grupo el número de pacientes fue reducido (n = 5) (Tabla 2).

Conclusión: La estimación visual de la FEVI realizada por especialistas durante la interpretación de estudios de RMC mostró alta correlación y adecuada concordancia con la cuantificación volumétrica por resonancia, así como mayor correlación con la RMC que el ecocardiograma previo. La correlación fue particularmente elevada en pacientes con disfunción ventricular, sugiriendo que la FEVI visual podría representar una herramienta confiable y ágil en la práctica clínica cotidiana, especialmente en presencia de FEVI deprimida

0135 - PROTOCOLO ECOCARDIOGRÁFICO TRANSESOFÁGICO TRIDIMENSIONAL EN EL CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA: DESCRIPCIÓN Y APLICACIÓN COMPARATIVA EN DOS CASOS CON DISPOSITIVOS DIFERENTES

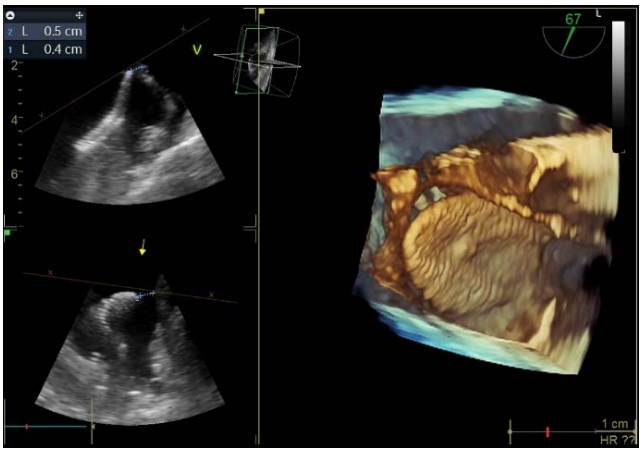
Multimagen / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Patricio FRANGI | Gabriel SCATTINI

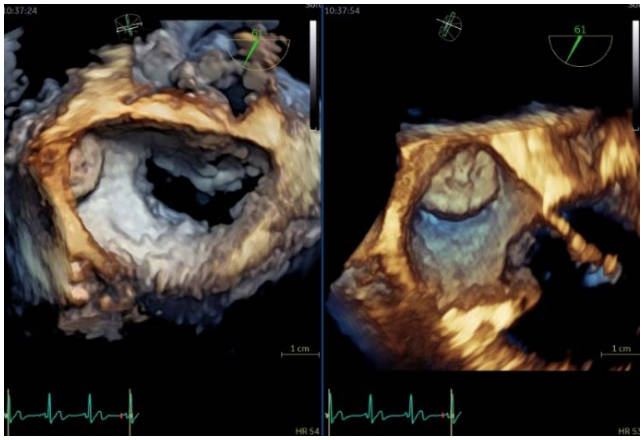
Consejos: Eco-Doppler Cardíaco y Vascular "Dr. Oscar Orías"

Introducción: El cierre percutáneo de orejuela izquierda (OAI) requiere guía ecocardiográfica precisa. El ecocardiograma transesofágico (ETE) tridimensional (3D) podría superar las limitaciones del bidimensional en la cuantificación del leak peridevice y en la caracterización de relaciones anatómicas críticas, con potencial impacto en el seguimiento del dispositivo.

Objetivos: Describir un protocolo sistemático de ETE en 3 fases aplicado prospectivamente en 2 casos con dispositivos distintos, comparar variables morfológicas, de medición, resultado inmediato y seguimiento imagenológico, y evaluar el aporte diferencial del ETE-3D respecto al biplanar en la detección del leak y su correlación con la endotelización del dispositivo.



Materiales y Métodos: Dos pacientes con fibrilación auricular (FA) e indicación de cierre percutáneo de OAI fueron evaluados con protocolo ETE en 3 fases: pre-implante (morfología, medición multiángulo, profundidad del lóbulo), intraprocedimiento (guía de punción transeptal, medición con 3D full volumen mediante herramienta de recorte volumétrico en dos pasos, verificación de posición, pull test, detección de leak por doppler color en bidimensional y 3D simultáneamente) y control post-implante (endotelización, leak residual, relaciones anatómicas con estructuras adyacentes). Equipo: GE Vivid E95. Caso 1: paciente de 86 años, FA, contraindicación absoluta a anticoagulación oral por hemorragias digestivas recurrentes e ictus isquémico previo con trombo en OAI. Morfología chicken wing, landing zone 23mm. Dispositivo: LAmbre SL® (Lifetech). Caso 2: paciente de 66 años, FA, procedimiento combinado de ablación por campo pulsado y cierre de OAI en sesión única. Morfología chicken wing, landing zone 24mm. Dispositivo: Watchman (Boston Scientific). Alta con anticoagulación oral con transición a ácido acetilsalicílico a los 2 meses.



Resultados: En ambos casos el protocolo ETE permitió caracterización morfológica completa, la medición precisa y guía intraprocedimiento sin incidentes relacionados al ETE. En el caso 1 el bidimensional subestimó el leak peridevice, cuantificado por ETE-3D en 5mm. En el caso 2 el leak estuvo ausente. El procedimiento del caso 1 se complicó en el post-implante inmediato con hemorragia alveolar difusa de mecanismo multifactorial (hipertensión pulmonar preexistente con PAPs 75mmHg, anticoagulación perioperatoria, manipulación intracavitaria), requiriendo manejo en unidad de cuidados intensivos con resolución completa. Por este antecedente hemorrágico el esquema antitrombótico post-implante fue ácido acetilsalicílico 100mg en monoterapia sin doble antiagregación. En el control a 33 días el caso 2 mostró endotelización completa del cap con ausencia de leak residual. En el control del caso 1 se evidenció endotelización parcial con persistencia del leak, en contexto de monoterapia antiagregante, antecedente hemorrágico reciente y mayor proximidad del dispositivo al anillo mitral. La distancia dispositivo-anillo mitral medida por ETE-3D post-deploy fue de 3mm en el caso 1 y 10mm en el caso 2. El ETE-3D permitió caracterizar con mayor precisión estas relaciones anatómicas.

Conclusión: El protocolo ETE-3D sistemático es reproducible y aporta información crítica en cada fase del procedimiento de cierre percutáneo de OAI. La cuantificación precisa del leak peridevice por ETE-3D, podría correlacionarse con el grado de endotelización en el seguimiento y constituir un predictor de complicaciones post-implante. La distancia del

dispositivo al anillo mitral y la estrategia antitrombótica post-implante emergen como variables relevantes en el proceso de endotelización. El número limitado de casos impone cautela en las conclusiones y fundamenta la necesidad de estudios prospectivos con mayor muestra.

0137 - LA CARA OCULTA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO: TRANSICIÓN HACIA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA

Enfermedad Vascular Pulmonar

Alberto Alfredo FERNANDEZ | Adrian Demetrio HRABAR | Lucrecia SICILIANO | Mario Antonio FERRARO | **Franco FASANINI** | Daniela Noel BECHELLI | Patricio Xavier ORELLANA QUEZADA | Agustín PINTO

Sanatorio Modelo de Quilmes

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) continúa representando la tercera causa de mortalidad cardiovascular y se asocia a elevada morbimortalidad. A pesar de los avances en el tratamiento anticoagulante, un subgrupo de pacientes evoluciona hacia la enfermedad tromboembólica crónica e hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HTPTEC), entidades subdiagnosticadas y asociadas a peor evolución clínica.

Objetivos: Analizar la evolución clínica de pacientes con diagnóstico de TEP agudo internados en un centro de alta complejidad, con especial énfasis en el desarrollo de TEP crónico e HTPTEC, identificando características clínicas, factores predisponentes, ecocardiograma, tratamiento y seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo utilizando la base institucional de pacientes (número 96) con diagnóstico de TEP agudo confirmado mediante angiotomografía computada de tórax, internados entre los años 2020 y 2026. Se consideró HTPTEC como hipertensión pulmonar persistente secundaria a obstrucción tromboembólica residual documentada por ecocardiografía, considerando la excursión de anillo tricuspídeo (TAPSE) menor a 17mm y presión sistólica de arteria pulmonar (PSAP) mayor a 35mmHg, con posterior evaluación en equipo especializado para determinar si eran candidatos a realizar cateterismo cardíaco derecho, según expectativa de vida y comorbilidades. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar y las categóricas como porcentaje y frecuencia absoluta.

Variable	Desarrollo TEP crónico e HTPTEC	OR	p
HTA	13/61 (21.3%)	9.21	0.015
Diebetes tipo II	3/12 (25%)	2.21	0.375
Obesidad	10/39 (25.6%)	4.57	0.017
Tabaquismo	5/32 (15.6%)	1.13	1.000
Cáncer	6/33 (18.2%)	1.53	0.547
Reposo	7/30 (23.3%)	2.57	0.124
Inestabilidad hemodinámica	5/8 (62.5%)	14.63	0.001

Resultados: La edad media fue de 68,6 ± 15,9 años, a predominio del sexo femenino (61.5%). Entre los factores predisponentes más frecuentes se destacaron la hipertensión arterial (63.5%), obesidad (40.6%), cáncer activo o previo (34.4%) y reposo (31.3%). El 33.3% presentó compromiso anatómico bilateral y el 8.3% en formato "silla de montar". Se documentó trombosis venosa profunda (TVP) en el 57.3%. Los pacientes con inestabilidad hemodinámica evidenciaron un peor perfil ecocardiográfico inicial, con menor TAPSE (16.7 vs 19.1 mm) y mayor PSAP (53.5 vs 45.9 mmHg) respecto a los pacientes estables. Durante el seguimiento, el 6.3% desarrolló TEP crónico y el 8.3% evolucionó hacia HTPTEC. Este presentó mayor compromiso trombótico bilateral, disfunción ventricular derecha inicial, aumento de las presiones pulmonares, comorbilidades (cáncer y obesidad) y mayor tasa de reinternaciones (16.7%), junto con persistencia de síntomas funcionales durante el seguimiento (disnea de esfuerzo y deterioro de la capacidad funcional). Respecto al tratamiento anticoagulante instaurado, la heparina de bajo peso molecular fue la estrategia más utilizada durante la internación (88.5%). El tratamiento fibrinolítico sistémico fue utilizado en el 5.2% de los casos. Al alta predominó el uso de rivaroxaban (32.3%), seguido de acenocumarol (25%) y apixaban (21.9%).

Conclusión: En este registro, una proporción no poco despreciable de pacientes con TEP agudo evolucionó hacia formas crónicas de enfermedad tromboembólica, incluyendo HTPTEC, pese a estrategias contemporáneas de tratamiento y seguimiento. La elevada prevalencia de cáncer, obesidad y TVP concomitante refuerza el carácter sistémico del TEP, más allá del evento agudo. La presencia inicial de compromiso ventricular derecho, mayor carga trombótica y aumento de presiones pulmonares al ingreso se asoció al desarrollo de HTPTEC, sugiriendo su valor como marcadores pronósticos tempranos, subestimados en la práctica clínica habitual.

0138 - ¿DEBERÍAMOS SEGUIR USANDO EL TIEMPO DE ACTIVACIÓN DEL VENTRICULO IZQUIERDO (Q-R), MEDIDO CON EL ECG PARA VALIDAR LA CAPTURA DEL HIS PURKINJE EN ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA?

Arritmias y Electrofisiología

Claudio DE ZULOAGA | Andrés Federico BIELECKI

Sanatorio de la Providencia

Introducción: En estimulación ventricular fisiológica, la estimulación de la Rama Izquierda (RI) busca capturar esta estructura para corregir la demora en la activación del ventrículo izquierdo (VI). El tiempo de activación de la pared lateral del VI, universalmente conocido por sus siglas en inglés LVAT, Left Ventricular Activation Time, se evalúa midiendo el intervalo Q-R máximo, en V5 o V6. En la estimulación de la RI, este intervalo entre 75 y 85 mseg, es considerado un signo de captura de la RI.

Objetivos: Evaluar la importancia del intervalo LVAT en la estimulación fisiológica de la RI y si este intervalo se correlaciona con la captura de la RI.

Materiales y Métodos: Fueron examinados 180 trazados ECG de pacientes normales y con distintas anomalías en la conducción y comparados con un grupo de estimulación ventricular en el ápex del ventrículo derecho. La edad fue 63 ± 20 y el 63% eran Varones. Fueron divididos en 4 grupos A) 30 con ECG normales; B) 70 con BCRI; C) 35 BCRD y D) 45 con estimulación de ápex. Todos los ECG fueron procesado digitalmente con el conocido sistema Synchromax ®, mediante la comparación cruzada de las varianzas de las derivaciones DII y V6, expresiones de la activación septal y lateral del VI respectivamente. Fue evaluado el tiempo y la velocidad de activación, dirección del flujo de corriente y volumen del mismo, con la generación de un índice de sincronía cuyo valor normal es < 0,40, considerándose una disincronía moderada entre 0,40 y 0,70 y severa mayor a 0,70. El tiempo de activación del VI, LVAT fue determinado midiendo el intervalo Q-R máxima en la derivación V6, considerando este intervalo normal entre 75 y 85 mseg y valores por encima de 90 o 100 mseg se acepta como ausencia de captura de la RI.

	Normal	BCRI	BCRD	Est. APEX	Significacion
Duración QRS	97±15 Ø	150±15 Ø	154±24	153±18	< 0,0001
QRS maximo	45±7 Ø	67±18 Ø	43±12	76±19	< 0,0001
% del QRS	54,5± 6 Ø	57,3±10 Ø	72 ± 7	50±17	P=0.31
Indice de Sincronia	0,16±0,08	1,23 ± 1,1	0,83 ± 0,9	053±0,15	

Resultados: Los resultados se ven en la Tabla. Q-Rmax= LVAT; el signo Ø expresa entre quienes es la comparación estadística. El LVAT fue más importantes en los ECG con BCRI y BCRD que en los normales, pero en todos fue aproximadamente el 50% de la duración total del QRS por lo cual es una cifra que depende de la longitud del QRS más que de la captura de la RI. La medición de LVAT en la estimulación, de ápex, (no fisiológica), este intervalo tiene una duración normal, 76±19, siendo asimismo el 50% del total del QRS estimulado como en todos los grupos. No existió correlación alguna entre la longitud del LVAT y el índice de sincronía eléctrica medido por Synchromax, (r = 0,14; p= 0,61)

Conclusión: 1) el intervalo LVAT no demuestra la captura de la RI. 2) El LVAT está directamente relacionado a la duración del QRS (55-57%) guardando la misma proporción en todos los trastornos de conducción y en la estimulación del ápex, demostrando que no es vinculable con la captura de la RI 3) La captura de la RI podría ser demostrada, tal vez, acortando el LVAT sin modificación paralela de la longitud del QRS 4) La duración del intervalo LVAT no guarda relación con el índice de sincronía eléctrica.

0142 - EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LA ESTIMULACIÓN DEL ÁREA DE LA RAMA IZQUIERDA VERSUS APICAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN AURICULOVENTRICULAR. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMUNITARIO

Arritmias y Electrofisiología / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Fabián Alejandro AZZARI | Leonardo KRSTICEVIC

Hôpital de Rimouski / CISSS de Bas St Laurent

Introducción: La estimulación del área de la rama izquierda (EARI) se asocia con una mejor preservación de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en pacientes que requieren estimulación ventricular frecuente. Sin embargo, la mayor parte de la evidencia disponible proviene de centros de alto volumen, y la información procedente de hospitales comunitarios es limitada.

Objetivos: Comparar la evolución de la FEVI y los resultados clínicos de pacientes con trastornos de la conducción auriculoventricular (TCAV) sometidos a EARI versus estimulación apical (EA) en un hospital comunitario.

FIGURA 1:

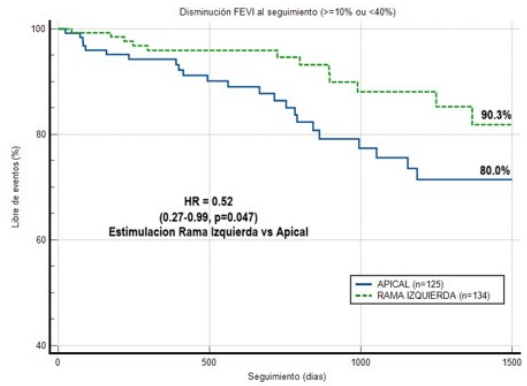


FIGURA 2:

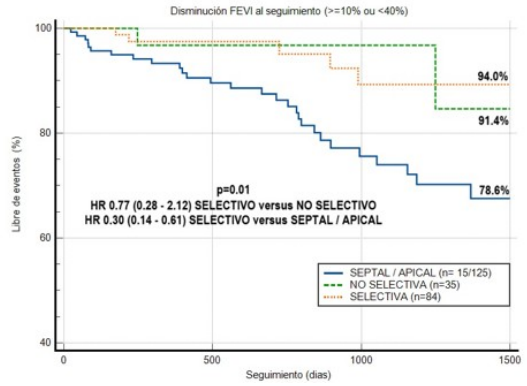


TABLA 1:

	APICAL (n=125)	RAMA IZQUIERDA (n=134)	p
Edad (años)	80	76	0.03
>80 años	44.8%	32.1%	0.04
Masculino	71.2%	64.2%	ns
FSVI pre (%)	63.0	63.0	ns
FSVI seguimiento (%)	56.5	59.5	0.006
QRS pre (msec)	132.0	129.5	ns
QRS estimulado (msec)	165	136	<0.0001
Eje QRS estimulado (º)	-62	6	<0.0001
PROCEDIMIENTO			
Duración cirugía (min)	35.0	60.0	<0.0001
Dosis total Rx (mGy)	21.0	55.4	<0.0001
Dosis piel Rx (mGy)	5.7	14.8	<0.0001
Tiempo radioscopia (min)	2.1	6.4	<0.0001
Reintervención	3.2%	6.0%	ns
PARÁMETROS ESTIMULACIÓN			
Onda R (mV)	10.8	15.0	<0.0001
Impedancia (Ω)	605	448	<0.0001
Umbral R (V)	0.8	0.7	0.006
% Estimulación ventricular	98	99	ns
Días seguimiento	817	814	ns

Materiales y Métodos: Se realizó un registro prospectivo y consecutivo de pacientes con trastornos de la conducción auriculoventricular (TCAV) sometidos al implante de un marcapasos bicameral (DDD) con estimulación del área de la rama izquierda (EARI) o estimulación apical (EA). Se incluyeron pacientes sin indicación de estimulación biventricular (EBV), con un seguimiento mínimo de 6 meses (excepto en caso de fallecimiento) y una tasa de estimulación ventricular >=40%. Se sugirió al médico tratante realizar una evaluación de la FEVI durante el seguimiento. El objetivo primario fue el deterioro de la FEVI, definido como una reducción >=10% respecto del valor basal o una FEVI final <40%. Como objetivos secundarios se evaluaron la mortalidad total y la necesidad de EBV. Las variables continuas se compararon mediante la prueba de Mann-Whitney y las variables categóricas mediante la prueba de chi-cuadrado.

Resultados: Entre enero de 2020 y noviembre de 2025 se incluyeron 259 pacientes: 125 en el grupo EA y 134 en el grupo EARI. Los procedimientos de EARI fueron realizados por dos de los cuatro operadores del centro. Se obtuvo una evaluación de la FEVI durante el seguimiento en el 60,4% y el 64,2% de los pacientes con EA y EARI, respectivamente. Las características clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas se presentan en la TABLA 1. La mortalidad total fue similar entre ambos grupos (15,2% vs. 14,2%; p = ns). En comparación con EA, los pacientes sometidos a EARI presentaron menor incidencia de deterioro de la FEVI >=10% (18,4% vs. 9,0%; p = 0,03), de FEVI <40% (11,2% vs. 3,0%; p = 0,001) y menor necesidad de EBV durante el seguimiento (4,8% vs. 1,5%; p = 0,13). La supervivencia libre del objetivo primario se analizó mediante curvas de Kaplan-Meier (FIGURA 1). Asimismo, en la FIGURA 2 se presenta dicho análisis según el grado de captura del sistema de conducción (SELECTIVA, NO SELECTIVA O SEPTAL/APICAL).

Conclusión: Nuestra experiencia en un hospital comunitario demuestra que la EARI, en comparación con la EA, permite una mejor preservación de la FEVI y reduce la necesidad de EBV durante el seguimiento. Estos hallazgos son consistentes con la evidencia previamente publicada por centros de referencia.

0145 - MÁS ALLÁ DE LA HEMODINAMIA: EVALUACIÓN BIOMECÁNICA Y FUNCIONAL DE LA MARCHA EN UN MODELO TRASLACIONAL DE ISQUEMIA PERIFÉRICA

Investigación Básica / Medicina Vascular

Cristian Nahuel NUÑEZ PEDROZO[1] | Francisco Raúl BORZONE[1] | Camila VOLPELLIER[1] | Pablo Daniel CUTINE[2] | Gabriel WILLIG[3] | Sergio DI YELSI[2] | Gustavo GIUNTA[2] | Luis CUNIBERTI[1]

IMETTYB - FAVALORO - CONICET[1]; HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN FAVALORO[2]; UNIVERSIDAD FAVALORO[3]

Introducción: La enfermedad arterial periférica presenta limitaciones en su abordaje traslacional debido a la escasez de herramientas metodológicas preclínicas que evalúen de manera cabal el deterioro motriz y funcional. Los modelos animales tradicionales suelen carecer de caracterizaciones biomecánicas e inerciales reproducibles y homólogas a los parámetros de marcha clínicos humanos, lo que genera una brecha crítica en la validación funcional de nuevas estrategias terapéuticas.

Objetivos: Validar una plataforma preclínica de evaluación funcional multimodal mediante el seguimiento de parámetros de movilidad voluntaria (open field) y de fuerza de marcha (treadmill forzado) en un modelo traslacional de isquemia periférica aguda.

Materiales y Métodos: Se empleó un modelo consolidado de isquemia que implica la exéresis completa de la arteria femoral superficial y ligadura de colaterales en la extremidad posterior de conejos New Zealand machos (n=9). A los 7 días post-cirugía se inició el seguimiento post-isquemia (definido como Día 0) en donde se administró solución salina (PBS) por inyección intramuscular como simulación de tratamiento. La inducción se validó mediante el ratio de presiones arteriales (isquémica/normal) por brazalete neumático periférico como homólogo al índice tobillo-brazo. La movilidad voluntaria se evaluó en open field (distancia recorrida). La capacidad funcional de la marcha se determinó en treadmill forzado (1 km/h) analizando la tasa de desarrollo de fuerza (RFD) y la entropía (Ent) del patrón de marcha mediante sensores inerciales triaxiales, empleando para este procesamiento biomecánico un software propio desarrollado en lenguaje R. Se aplicó ANOVA de medidas repetidas y test de Tukey ($p<0,05$) entre el estadio pre-cirugía (Pre-Cx), Día 0, y los días 15, 35 y 50 post-tratamiento.

Resultados: La inducción quirúrgica se validó hemodinámicamente mediante una caída inmediata del ratio de presión arterial sistólica (PAS; $p<0,001$), diastólica (PAD; $p<0,01$) y media (PAM; $p<0,001$), manteniéndose significativamente disminuida la PAS de forma crónica hasta el día 50 ($p<0,001$ vs. Pre-Cx). En el open field, la distancia recorrida disminuyó significativamente en el Día 0 respecto a la situación Pre-Cx ($p<0,05$) y persistió afectada a los 15 ($p<0,05$) y 35 días ($p<0,05$). En el treadmill, la RFD cayó severamente en el Día 0 ($p<0,05$) y Día 15 ($p<0,05$), mostrando un incremento hacia el día 50 ($p<0,05$ vs. Día 0). En contraste, la Ent antero-posterior y látero-lateral no varió (p=ns), pero la Ent dorso-ventral se modificó significativamente de forma tardía a los 50 días respecto al Día 0 ($p<0,05$).

Conclusión: Se logró validar una plataforma preclínica integral de alto valor traslacional utilizando herramientas de software propio. La disociación temporal entre la caída aguda de la RFD y la alteración tardía de la Ent dorso-ventral demuestra la sensibilidad del sistema para diferenciar fallas de potencia muscular de la desestructuración global de la marcha. Esta plataforma permite establecer ventanas temporales de análisis específicas y robustas, constituyendo una herramienta metodológica imprescindible para la futura evaluación rigurosa de nuevas estrategias terapéuticas.

0146 - INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO GUIADO POR GUÍAS EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA: EVALUACIÓN DE PRECISIÓN, SEGURIDAD Y UTILIDAD CLÍNICA DE CHATGPT

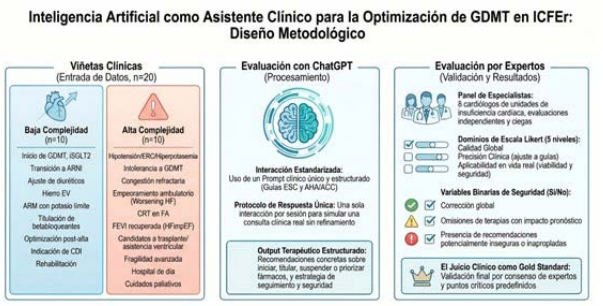
Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Lucrecia Maria BURGOS[1] | Roxana RATTO[2] | Lucrecia SECCO[3] | María Lujan TALAVERA[1] | Enrique FAIRMAN[4] | Patricia AVELLANA[5] | Jorge THIERER[6] | Mirta DIEZ[1]

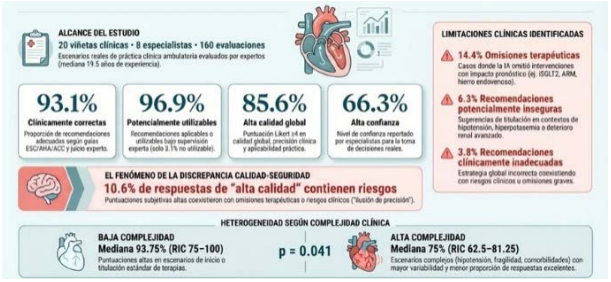
ICBA[1]; FUNDACIÓN FAVALORO[2]; Hospital Churruca - Visca[3]; Clínica Bazterrica[4]; Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich[5]; CEMIC[6]

Introducción: La optimización del tratamiento médico guiado por guías (GDMT) en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFEr) continúa siendo subóptima en la práctica clínica. La inteligencia artificial (IA),

particularmente los modelos de lenguaje como ChatGPT, ha emergido como una potencial herramienta de apoyo para la toma de decisiones clínicas. Sin embargo, su capacidad para generar recomendaciones terapéuticas seguras, precisas y aplicables en escenarios clínicos reales no ha sido suficientemente evaluada.



Objetivos: Evaluar la calidad, precisión clínica y seguridad de las recomendaciones terapéuticas generadas por ChatGPT para la optimización del tratamiento médico guiado por guías en pacientes con ICFEr.



Materiales y Métodos: Estudio observacional transversal basado en 20 viñetas clínicas representativas de pacientes ambulatorios con ICFEr. Las viñetas incluyeron variables relevantes y estructuradas para la toma de decisiones terapéuticas y representaron escenarios clínicos de baja y alta complejidad. Cada caso fue ingresado en ChatGPT mediante un prompt estructurado y estandarizado, diseñado para simular la toma de decisiones de un especialista en IC orientado a la optimización terapéutica según guías contemporáneas. Las respuestas fueron evaluadas de manera independiente por 8 especialistas mediante escala de Likert en 3 dominios (calidad global, precisión clínica y aplicabilidad práctica) y variables binarias relacionadas con corrección clínica, omisiones terapéuticas y seguridad. Se realizó un análisis exploratorio por viñeta para evaluar heterogeneidad del desempeño según complejidad clínica, y además se definió el consenso como un acuerdo >75% entre evaluadores para la variable de corrección global.

Resultados: Se analizaron 160 evaluaciones. La proporción de recomendaciones con alta calidad percibida global (Likert >= a 4 en los tres dominios evaluados) fue del 85.6% (137/160), sin diferencias significativas en el análisis global entre escenarios de baja y alta complejidad (87.5% vs 83.8%,p=0.65). Las recomendaciones fueron consideradas clínicamente correctas en el 93.1% de los casos y potencialmente utilizables en el 96.9%, sin diferencias según complejidad clínica. En el análisis del consenso del panel, 19/20 viñetas (95%) fueron consideradas clínicamente correctas. Se identificaron omisiones terapéuticas relevantes en el 14.4% de las evaluaciones y recomendaciones potencialmente inseguras en el 6.3%, mientras que el 3.8% fueron consideradas clínicamente inadecuadas. El análisis exploratorio por viñeta mostró un desempeño más heterogéneo en los escenarios complejos, con una menor mediana de viñetas con puntuaciones altas en comparación con los escenarios de baja complejidad (75% [RIC 62.5–81.25] vs 93.75% [RIC 75–100], p=0.041).

Conclusión: ChatGPT generó recomendaciones con alta calidad percibida y elevada utilidad clínica potencial en pacientes con ICFEr cuando fue utilizado mediante un prompt estructurado. Sin embargo, se identificaron omisiones terapéuticas e inconsistencias incluso en respuestas consideradas de alta calidad. Estos hallazgos sugieren que la IA podría constituir una herramienta complementaria para la toma de decisiones clínicas, particularmente en entornos con acceso limitado a especialistas en IC. Los hallazgos proporcionan la base conceptual para el desarrollo de sistemas estructurados de apoyo clínico en insuficiencia cardíaca.

0153 - PERFIL NUTRICIONAL Y RENDIMIENTO FÍSICO EN UNA POBLACIÓN ORIGINARIA DE LOS VALLES CALCHAQUÍES

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Ricardo Sebastián GALDEANO[1] | Mariel LEONE[2] | José Daniel ABREGÚ[1] | Damián HOLOWNIA[1] | Eloy RIVADEO[3] | Darío Omar PALAVECINO[4] | Laura Leonor ALFIE[5] | Claudio JOO TURONI[6]

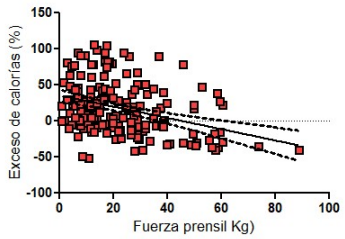
DISTRITO TUCUMAN SAC[1]; UNIVERSIDAD DE CONCEPCION DEL URUGUAY FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS (FCM)[2]; DEFENSA CIVIL - MUNICIPALIDAD DE MONTEROS - TUCUMÁN[3]; SIPROSA[4]; Sociedad Argentina de Cardiología[5]; Universidad Nacional de Tucumán[6]

Introducción: Mediante el programa Sonqo Calchaquí se detectó un proceso de occidentalización en las comunidades originarias del noroeste argentino, que aumentaría las tasas de enfermedades cardiovasculares en estas comunidades en un futuro próximo.

Objetivos: Categorizar el régimen alimentario de la población originaria Quilmes (Tucumán) y correlacionarlo con la tolerancia cardiovascular al ejercicio, y con la fuerza muscular esquelética.

Materiales y Métodos: En el marco del programa Sonqo Calchaquí II (2022), se evaluó el consumo alimentario de los pobladores (>=18 años, sin antecedentes cardiovasculares, renales ni diabetes) con recordatorio de 24 horas procesados en el software MAR24. La ingesta calórica y de micronutrientes se contrastó con las recomendaciones calóricas estimadas mediante Harris-Benedict y la ingesta diaria recomendada (IDR) del Código Alimentario Argentino. Se registró índice de masa corporal (IMC), circunferencias de cuello y cintura. Las variables estudiadas se correlacionaron con fuerza muscular (dinamometría de Jamar) y tolerancia cardiovascular al ejercicio (Índice de Ruffier-Dickson corregido por edad).

Correlación entre exceso de calorías según gasto energético Total estimado y Fuerza prensil



n=181; Pearson R: -0,3488; IC95%: -0,4708 a -0,2138; p<0,001

Resultados: Se estudiaron 181 pobladores (111 mujeres) de 45,5±1,3 años. La ingesta diaria fue 1847,1±43,1 Kcal (117,5±2,7% de las recomendaciones calóricas), con déficit crítico de calcio (38,3±2,1%) colina (43,3±2,8%), Vitamina E (47,6±3,0%) y Vitamina K (38,6±5,0%); déficit moderado de Magnesio (65,2±2,1%), Manganeso (75,5±4,6%), potasio (78,3±3,4%), Vitamina B5 (53,6±3,9) y Vitamina C (87,0±6,2%) e ingesta excesiva de sodio (200,4±8,5%) y azúcares (110,6±0,5%). El IMC fue 27,9±0,4 (37,0% presentaban sobrepeso y 33,7% obesidad). La circunferencia de cintura fue 95,7±0,9 cm (elevada en el 57,4%). La circunferencia de cuello fue 38,0±0,3 cm (elevada en el 59,7%). La fuerza muscular fue 22,8±1,2 Kg (estuvo disminuida en 53,6%). El Índice de Ruffier-Dickson fue 5,6±0,3 (excelente en 7,1%; muy bueno en 10,4%; bueno en 18,1%; promedio en 18,7%; aceptable en 18,1%; deficiente en 14,3% y muy deficiente en 13,2%). La fuerza muscular se correlacionó negativamente con exceso de calorías ingeridas (Figura 1) y positivamente con ingesta de hierro (Pearson R: 0,3035; p < 0,001) y circunferencia de cuello (Pearson R: 0,3281; p < 0,001). El Índice de Ruffier-Dickson se correlacionó positivamente con ingesta de vitamina K (Pearson R: 0,1919; p<0,01), con IMC (Pearson R: 0,2159; p<0,01) y circunferencia de cintura (Pearson R: 0,1551; p<0,05).

Conclusión: La población originaria de Quilmes presenta alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, acompañado de malnutrición (déficit de micronutrientes y exceso de calorías y sodio). Se constató una disminución de la fuerza muscular en la mitad de la muestra (asociada al exceso calórico; el hierro resultó protector), mientras que la tolerancia cardiovascular fue aceptable o superior en la mayoría (con rol protector del cobre y vitamina E). Esta disociación reflejaría el impacto de la transición nutricional, donde el aporte calórico excesivo deterioraría la fuerza muscular, mientras que la actividad cotidiana preservaría la aptitud cardiovascular. La correlación positiva de fuerza muscular con circunferencia de cuello, y de tolerancia cardiovascular con IMC y cintura, plantean la hipótesis de características antropométricas propias de la comunidad, sugiriendo profundizar su estudio antes de aplicar estándares diagnósticos internacionales.

0154 - RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE LA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA TOTAL ARTERIAL SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN UN CENTRO PÚBLICO PROVINCIAL DE REFERENCIA (2020-2025)

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Johana Marianela BOXLER | Guillermo GUTIÉRREZ | Néstor Manuel CLUSA | Omar Gabriel MARTIN

HOSPITAL JUSTO JOSÉ DE URQUIZA

Introducción: La enfermedad arterial coronaria (EAC) es una de las principales causas de morbimortalidad cardiovascular. En pacientes con enfermedad multivaso, la cirugía de revascularización miocárdica (CRM) es la estrategia de elección. La técnica sin circulación extracorpórea (CEC) -denominada OPCAB por su sigla en inglés- evita la respuesta inflamatoria sistémica asociada a la CEC. El uso de injertos arteriales, como la arteria mamaria interna izquierda (LIMA), la arteria mamaria interna derecha (RIMA) y la arteria radial (AR), ha demostrado mayor permeabilidad a largo plazo respecto a los injertos venosos.

Objetivos: Evaluar los resultados perioperatorios inmediatos de la CRM con estrategia predominantemente total arterial y sin CEC en un centro público de referencia provincial, describiendo características clínicas, tipo de injertos, mortalidad, complicaciones y estadía hospitalaria.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se incluyeron pacientes adultos sometidos a CRM entre enero de 2020 y diciembre de 2025 en el único centro público con capacidad quirúrgica cardiovascular de la jurisdicción. Los datos se obtuvieron de historias clínicas manuscritas. Se analizaron variables demográficas, factores de riesgo, función ventricular, características intraoperatorias y resultados postoperatorios mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 191 pacientes. La edad media fue de 57 años, con predominio masculino (78%). Los factores de riesgo más frecuentes fueron hipertensión arterial (76,7%), tabaquismo (56,5%) y diabetes mellitus (43,0%). El 44,1% presentó disfunción ventricular. El 97% de los procedimientos se realizó mediante OPCAB y el 96% utilizó injertos predominantemente arteriales: LIMA en 97,9%, AR en 62,7% y RIMA en 28,0%. El 37,2% de las cirugías fueron de urgencia. La complicación más frecuente fue la arritmia (7,3%), seguida de hemorragia (2,6%) y neumonía (2,1%). El requerimiento transfusional fue del 33,0% y la estadía postoperatoria promedio de 5,6 días (DE ± 3,5). La mortalidad postoperatoria global fue del 2,6% (n=5). El análisis discriminado por modalidad de presentación mostró diferencias clínicamente relevantes: la mortalidad en el grupo de cirugía programada fue del 0,8% (1 de 5), resultado comparable con los mejores centros internacionales de referencia en cirugía de revascularización miocárdica.

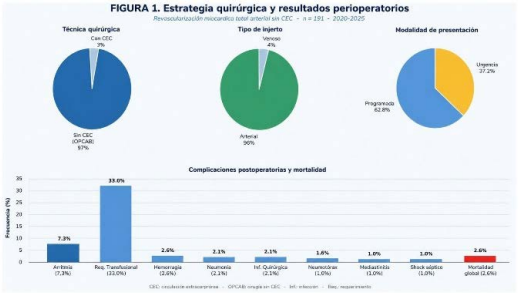
Conclusión: La implementación sistemática de revascularización miocárdica total arterial sin CEC en un centro público de referencia es factible y segura. La mortalidad global del 2,6% y del 0,8% en cirugía programada son comparables con estándares internacionales de excelencia, incluso en una cohorte con elevada proporción de urgencias y compromiso ventricular. La ausencia de diferencias significativas entre estrategias arteriales respalda la aplicación de ambas técnicas en este contexto.

TABLA 1. Características clínicas y resultados perioperatorios

Revascularización miocárdica total arterial sin CEC · n = 191 · 2020–2025

Variable	n / Media	% / DE
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS		
Edad (años)	57	± 9
Sexo masculino	149	78,0 %
Hipertensión arterial	147	76,7 %
Tabaquismo	108	56,5 %
Diabetes mellitus	82	43,0 %
Dislipemia	72	37,8 %
Obesidad	29	15,0 %
Insuficiencia renal crónica	10	5,2 %
Fibrilación auricular	8	4,1 %
Disfunción ventricular (FE < 50 %)	84	44,1 %
ESTRATEGIA QUIRÚRGICA		
Cirugía sin CEC (OPCAB)	188	97,0 %
Cirugía de urgencia	71	37,2 %
Injerto predominantemente arterial	185	96,0 %
· LIMA	187	97,9 %
· Arteria radial	120	62,7 %
· RIMA	54	28,0 %
· Injerto venoso	5	2,6 %
RESULTADOS PERIOPERATORIOS		
Mortalidad global	5	2,6 %
Arritmia postoperatoria	14	7,3 %
Hemorragia	5	2,6 %
Neumonía	4	2,1 %
Infección sitio quirúrgico	4	2,1 %
Mediastinitis	2	1,0 %
Requerimiento transfusional	63	33,0 %
Estadía postoperatoria (días)	5,6	± 3,5

CEC: circulación extracorpórea · OPCAB: cirugía sin CEC · LIMA: arteria mamaria interna izquierda · RIMA: arteria mamaria interna derecha · FE: fracción de eyección · DE: desvío estándar



0155 - REGISTRO DE INFARTO SIN LESIONES OBSTRUCTIVAS EN UNA CIUDAD DEL INTERIOR DE BUENOS AIRES 2023-2025

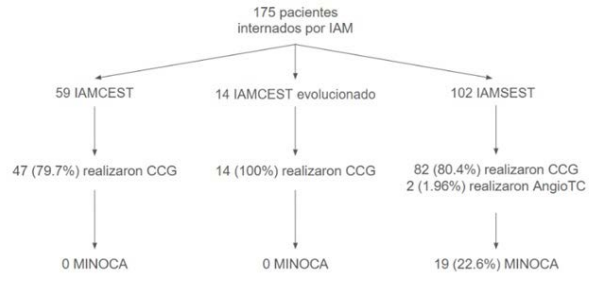
Cardiopatía Isquémica

Juan BENGER | **Vanina LEYENDECKER** | Alberto CACCAVO | María Florencia DUCKWEN | Mariano SEIN | Matías Ramiro SOLER | María Emilia RUIZ

Hospital Municipal "Dr. Raúl A. Caccavo"

Introducción: Los infartos de miocardio sin lesiones coronarias obstructivas (MINOCA) representan un subgrupo heterogéneo de pacientes que cumplen criterios diagnósticos de infarto agudo de miocardio (IAM) en ausencia de estenosis coronarias obstructivas significativas. Su frecuencia estimada varía entre 6-8% de todos los IAM y suelen presentar características clínicas diferentes respecto a los pacientes con enfermedad coronaria obstructiva. En nuestro medio existen escasos datos epidemiológicos sobre esta entidad. El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia y describir las características clínicas de los pacientes con MINOCA en una ciudad del interior de la provincia de Buenos Aires.

Figura 1: Flujograma.



Objetivos: Objetivo principal: conocer qué proporción de los pacientes hospitalizados por IAM corresponden a MINOCA.

Objetivo secundario: Describir las características clínicas (edad, sexo y tipo de infarto) de los pacientes hospitalizados por MINOCA.

Materiales y Métodos: Subestudio de un registro observacional de cohorte prospectiva, que incluyó a todos los pacientes hospitalizados por IAM en un hospital municipal de la provincia de Buenos Aires entre los años 2023 y 2025, único centro de internación para pacientes de estas características en la ciudad. Se analizaron los pacientes sometidos a evaluación anatómica coronaria mediante cinecoronariografía (CCG) o angiotomografía (AngioTC) coronaria. Para el diagnóstico de MINOCA debían cumplirse los siguientes criterios: presentar cuadro clínico compatible con IAM tipo 1 de la Cuarta Definición Universal de Infarto y ausencia de lesiones coronarias obstructivas significativas (<50% de la luz al menos un vaso epicárdico). Se registraron variables demográficas de los pacientes (edad y sexo) y relacionadas al tipo de infarto (con o sin supradesnivel del segmento ST). Se evaluó: - Proporción de pacientes con cuadro clínico compatible con MINOCA. - Características demográficas (edad y sexo) de los pacientes internados por MINOCA. - Frecuencia de presentación de MINOCA según tipo de IAM.

	Total población internada por IAM (n=175)	Con lesiones >50% (n=126)	MINOCA (n=19)
Edad media en años (DE)	66.5 (13.0)	65.8 (12.5)	64.6 (13.2)
Sexo (%)			
Masculino	127 (72.6%)	100 (79.4%)	9 (47.4%)
Femenino	48 (27.4%)	26 (20.6%)	10 (52.6%)
Tipo de IAM (%)			
IAMCEST	73 (41.7%)	61 (48.4%)	0 (0%)
IAMSEST	102 (58.3%)	65 (51.6%)	19 (19%)

Resultados: Entre 2023 y 2025 se internaron 175 pacientes por IAM (Figura 1). Se realizó estudio coronario anatómico en 145 (82.9%) pacientes. Entre ellos, 126 (86.9%) presentaron al menos una estenosis coronaria >50% y 19 (13.1%) cumplieron criterios diagnósticos de MINOCA. De los 30 pacientes en los que no se realizó estudio anatómico, las principales causas fueron edad y fragilidad (11 pacientes) y muerte antes del estudio (10 pacientes). La edad media de los pacientes internados por IAM fue de 66.5 ± 13.0 años (Tabla 1). 127 (72.6%) ocurrieron en hombres y 48 (27.4%) en mujeres. Los pacientes internados por MINOCA tuvieron una edad media de 64.6 ± 13.2 años, sin diferencias significativas respecto a los pacientes con lesiones coronarias significativas (p= 0.71). El sexo femenino fue significativamente más frecuente en pacientes con MINOCA respecto del grupo con lesiones coronarias significativas (52.6% vs. 20.6%; p= 0.008). Todos los pacientes con MINOCA presentaron IAMSEST, mientras que el 48.4% del grupo con lesiones coronarias >50% se presentó con diagnóstico de IAMCEST (p< 0.001). Limitaciones: - No contamos con troponinas de alta sensibilidad. - El número de eventos fue bajo. - En 17.1% de los pacientes no se realizó estudio anatómico. - La ausencia de estudios intracoronarios y resonancia magnética cardíaca limita la clasificación etiológica definitiva de los casos de MINOCA.

Conclusión: En este registro poblacional, el 13.1% de los pacientes con evaluación anatómica coronaria presentó criterios compatibles con MINOCA. Los pacientes con MINOCA mostraron una mayor proporción de mujeres y una presentación predominantemente como IAMSEST, sin diferencias en la edad respecto a pacientes con enfermedad coronaria obstructiva.

0156 - LA HIPERACTIVIDAD SIMPÁTICA BASAL ATENÚA LA PROTECCIÓN DEL NEUROEJE CARDÍACO INDUCIDA POR NEBIVOLOL EN LA ISQUEMIA CEREBRAL EXPERIMENTAL

Investigación Básica / Arritmias y Electrofisiología

Ignacio BARBIERI[1] | Verena Beatriz FRANCO RIVEROS[1] | Kim SUIN[1] | Sofía GIMÉNEZ[2] | Christian HÖCHT[3] | Bruno BUCHHOLZ[1]

Instituto de Fisiopatología Cardiovascular (INFICA), Facultad de Ciencias Médicas, UBA[1]; Facultad de Veterinaria - Universidad de Buenos Aires (UBA)[2]; UBA. FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA. CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA[3]

Introducción: Previamente demostramos que el tratamiento agudo con nebivolol (NBV) reduce el tamaño del infarto cerebral (TIC), mejora la recuperación neurológica y previene el daño cardíaco inducido por isquemia/reperfusión (I/R) cerebral en ratones normales. Sin embargo, se desconoce si esta protección persiste en un contexto de hiperactividad simpática basal, más representativo de pacientes con accidente cerebrovascular.

Objetivos: Evaluar si el NBV reduce el TIC, la disfunción ventricular izquierda y las alteraciones electrocardiográficas inducidas por I/R cerebral en ratones transgénicos con hiperactividad simpática basal (TG).

Materiales y Métodos: En ratones TG que sobreexpresan la proteína Gsα asociada al receptor β1-adrenérgico cardíaco, se indujo una I cerebral de 1 h seguida de 24 h de R. Se administró NBV (10 mg/kg, i.p.) 15 min antes de la I o mediante pretratamiento oral durante 14 días (NBV14d). Se evaluaron el TIC, el déficit motor, la supervivencia y parámetros ECG y ecocardiográficos. Los datos se analizaron mediante ANOVA seguido de prueba de Bonferroni y se expresan como media ± error estándar.

Resultados: El TIC se redujo en I/R-TG-NBV14d (14,6 ± 1,8 %) respecto de I/R-TG (31,0 ± 4,5 %; p=0,044) e I/R-TG-NBV (33,0 ± 5,1 %; p=0,019). Sólo I/R-TG-NBV14d mostró mejoría del puntaje motor a las 24 h de R. La supervivencia fue 33,3 % en I/R-TG, 53,3 % en I/R-TG-NBV y 77,8 % en I/R-TG-NBV14d (p=0,029 vs I/R-TG). No hubo diferencias significativas en la fracción de eyección entre grupos. Durante la I cerebral y a las 24 h de R, los grupos I/R-TG e I/R-TG-NBV presentaron prolongación del QTc y del intervalo Tp-Te, mientras que estas alteraciones fueron prevenidas en I/R-TG-NBV14d. A las 24 h de R, el QTc aumentó de 41,2 ± 1,5 a 55,7 ± 1,4 ms en I/R-TG (p<0,001) y de 46,6 ± 1,5 a 53,8 ± 2,3 ms en I/R-TG-NBV (p=0,050), sin cambios significativos en I/R-TG-NBV14d.

Conclusión: En ratones con hiperactividad simpática basal, el pretratamiento prolongado con NBV, a diferencia de la administración aguda, reduce el tamaño del infarto cerebral, mejora el déficit neurológico y la supervivencia, y previene las alteraciones de la repolarización ventricular inducidas por I/R cerebral, lo que sugiere que la hiperactividad simpática basal limita la eficacia del tratamiento agudo con NBV.

0157 - ANÁLISIS AUTOMATIZADO DE MAPAS POLARES DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA SPECT MEDIANTE DEEP LEARNING BAYESIANO

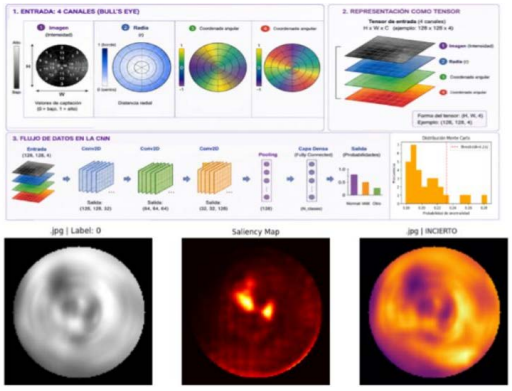
Medicina Digital E Inteligencia Artificial

Gabriel PONTI ULIANA | Osvaldo H. MASOLI | Daniel Omar ROSA | Magali GOBBO | María Victoria CARVELLI | Mariana CORNELI | Néstor PÉREZ BALIÑO | Alejandro Horacio MERETTA

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Los sistemas de deep learning aplicados a imágenes médicas habitualmente generan clasificaciones binarias forzadas sin cuantificar explícitamente la confiabilidad diagnóstica de sus predicciones. Este modelo convierte un fenómeno humano como la duda diagnóstica en una variable computacional operativa, integrable en la decisión clínica del modelo.

Objetivos: El objetivo fue generar una herramienta de soporte diagnóstico en cardiología nuclear, mediante el desarrollo un nuevo software nativo de deep learning bayesiano para el análisis automatizado de mapas polares de perfusión miocárdica SPECT, incorporando incertidumbre diagnóstica explícita para identificar estudios borderline y de alta complejidad diagnóstica.



Materiales y Métodos: El sistema fue desarrollado en Python utilizando bibliotecas como TensorFlow, Matplotlib, Seaborn, entre otras. Inicialmente se aplicó una máscara radial a las imágenes para excluir el fondo negro antes de incorporarlas a los tensores, asegurando que el modelo procesara únicamente las regiones de interés, incorporándose luego en una representación multicanal. La estructura geométrica se codificó mediante cuatro canales complementarios preservando la información de perfusión y la organización espacial del dominio bidimensional generando un modelo de aprendizaje probabilístico (Fig.1). Se analizaron 391 estudios de perfusión miocárdica SPECT diagnosticados por consenso de dos observadores expertos (251 normales y 140 anormales). Se establecieron de manera randomizada tres cohortes sin superposición de pacientes: a) entrenamiento (n=249), b) validación (n=63) para recalibración probabilística del modelo y cálculo del umbral óptimo de decisión según el mejor índice de Youden, c) prueba independiente (n=79) que tuvo como objetivo evaluar la reproducibilidad y fidelidad de modelo. Para el entrenamiento se utilizaron mapas polares bidimensionales de estrés, preservando artefactos frecuentes de la práctica clínica real, incluyendo atenuación, movimiento e interferencias extracardíacas. La incertidumbre diagnóstica fue estimada mediante Monte Carlo dropout, de modo que los estudios con predicciones periumbrales o elevada variabilidad entre sus inferencias fueron clasificados como "inciertos", incorporando así dos mecanismos de abstención diagnóstica, generando un sistema de clasificación ternario (Normal/Anormal/Incierto).

Resultados: Durante la validación se ajustó la calibración probabilística mediante Temperature scaling (T = 0.939), y se determinó el umbral de decisión óptimo según el índice de Youden, obteniéndose una sensibilidad de 95,6%, especificidad de 92,5% y J de Youden de 0.881. En la cohorte independiente de prueba (n=79), el sistema identificó automáticamente 10 estudios (12,7%) como inciertos, derivándolos a revisión experta en lugar de forzar una clasificación binaria volviendo al sistema conservador en la toma de decisión. En los 69 estudios restantes, el modelo alcanzó un área bajo la

curva (AUC) de 0.976 (IC 95% 0.939-1.00, p < 0.0001), sensibilidad del 100% (23/23), especificidad del 95,7% (44/46), accuracy global del 97.1% (67/69), precisión del 92%, F1-score de 95.83%, VPN del 100% y VPP del 92%.

Conclusión: El modelo mostró alto rendimiento diagnóstico y capacidad para identificar estudios inciertos, derivándolos a revisión experta en lugar de forzar clasificaciones binarias. Los mapas de activación generados en cada paciente de la cohorte de prueba mostraron coherencia con los territorios de hipoperfusión esperados, sugiriendo que el modelo basó sus decisiones en regiones clínicamente relevantes. La integración de interpretación visual, y manejo explícito de incertidumbre podría convertirlo en una herramienta de soporte diagnóstico en cardiología nuclear.

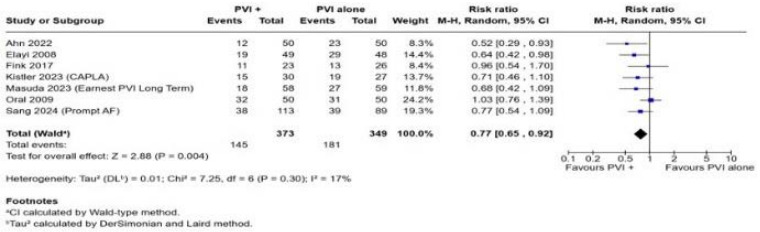
0158 - AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES CON TÉCNICAS DE ABLACIÓN ADICIONALES VERSUS AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES AISLADO EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR PERSISTENTE DE LARGA DURACIÓN: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS

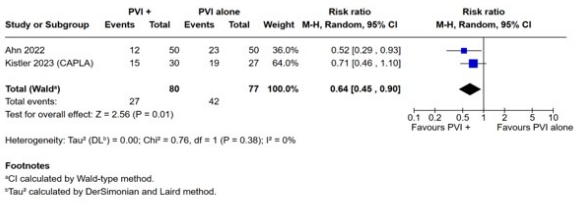
Arritmias y Electrofisiología

Mateo BIVORT HAIEK | Juan Pablo DONATTI | Lautaro MAGGIO | Juan Manuel ABOY | Luis Dante BARJA

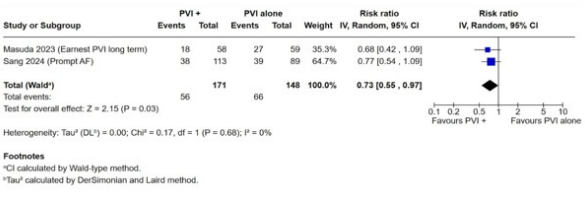
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Introducción: El aislamiento de venas pulmonares (AVP) constituye la piedra angular del tratamiento de la fibrilación auricular. Sin embargo, el AVP aislado frecuentemente no logra mantener el ritmo sinusal en pacientes con fibrilación auricular persistente de larga evolución (FALS). En los últimos años, se han desarrollado estrategias de ablación complementarias, como la ablación de electrogramas auriculares complejos fraccionados (CFEs), el aislamiento de la pared posterior (Box), las lesiones lineales o la infusión de etanol a través de la vena de Marshall. A pesar de ello, la estrategia de ablación óptima para los pacientes con FALS continúa siendo motivo de controversia.

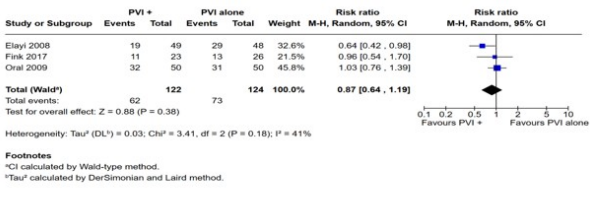




AVP vs AVP + Box



AVP vs AVP + líneas



AVP vs AVP + CFEs

Objetivos: Determinar si la ablación adicional al AVP reduce la recurrencia de arritmias y explorar las diferencias entre las distintas estrategias de ablación en pacientes con FALS. El objetivo primario fue la recurrencia de cualquier arritmia auricular. Se realizaron análisis por subgrupos según el tipo de estrategia complementaria de ablación Los desenlaces secundarios incluyeron la recurrencia de fibrilación auricular y de flutter auricular.

Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda en PubMed, Embase y Cochrane Central de ensayos clínicos aleatorizados que compararan el AVP aislado con AVP asociado a estrategias complementarias de ablación en pacientes con FALS. Los riesgos relativos (RR) se combinaron mediante un modelo de efectos aleatorios, junto con sus intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Se incluyeron siete estudios, que comprendieron 722 pacientes, de los cuales 349 recibieron AVP aislado y 373 fueron sometidos a AVP asociado a una estrategia adicional. La duración media del seguimiento fue de 15,7 meses. En el análisis global, las estrategias complementarias de ablación redujeron significativamente la recurrencia de arritmias en comparación con el AVP aislado (RR 0,77; IC 95%: 0,65–0,92; p = 0,004). El análisis por subgrupos mostró un beneficio significativo con el Box (RR 0,64; IC 95%: 0,45–0,90; p = 0,01) y con la ablación lineal (RR 0,73; IC 95%: 0,55–0,97; p = 0,03), mientras que no se observó beneficio con la ablación de CFEs (RR

0,87; IC 95%: 0,64–1,19; p = 0,38). En cuanto al tipo de arritmia, las estrategias complementarias no mostraron diferencias significativas en la recurrencia de fibrilación auricular (RR 0,54; IC 95%: 0,25–1,15; p = 0,11) ni de flutter auricular (RR 1,29; IC 95%: 0,58–2,86; p = 0,54). Del mismo modo, la conversión a ritmo sinusal durante la ablación no difirió significativamente entre los grupos (RR 4,07; IC 95%: 0,88–18,90; p = 0,07).

Conclusión: Este metanálisis demuestra que, en pacientes con FALS, el AVP combinado con estrategias complementarias de ablación reduciría significativamente la recurrencia de taquiarritmias auriculares en comparación con el AVP aislado. El beneficio observado parece estar impulsado principalmente por el Box y la ablación lineal. En contraste, la ablación de CFEs no demostró una ventaja significativa en esta población.

0160 - EL RIESGO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES ASOCIADO A LA HIPERTENSIÓN NOCTURNA DEPENDE DEL CONTEXTO CARDIO-RENAL: FENOGRUPOS BASADOS EN DAÑO DE ÓRGANO BLANCO

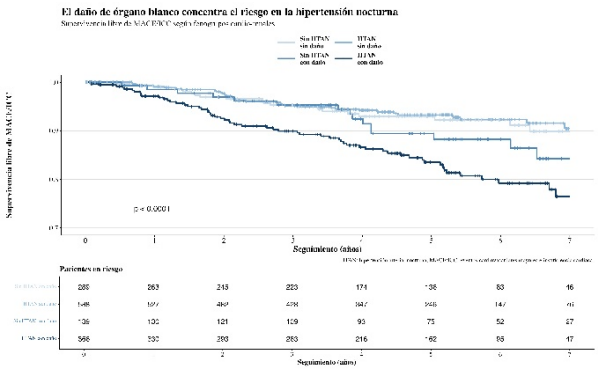
Hipertensión Arterial / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Joaquín PEREA | Julia JANCHES QUIÑONES | Oscar GOMEZ | Daniel MARTIN | Diego Martin ARLUNA | Ricardo VILLARREAL | María Inés SOSA LIPRANDI | Álvaro SOSA LIPRANDI

Sanatorio Güemes

Introducción: La hipertensión arterial nocturna se asocia con mayor riesgo cardiovascular; sin embargo, su valor pronóstico podría depender de la presencia concomitante de daño de órgano blanco.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar si la combinación de hipertensión nocturna y daño cardiorrenal identifica fenotipos de riesgo diferencial en pacientes hipertensos evaluados mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial.



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectiva en pacientes adultos con hipertensión arterial. La hipertensión nocturna se definió como presión arterial nocturna promedio >120/70 mmHg. El daño de órgano blanco se definió principalmente a través de dos dominios: daño cardíaco, determinado por hipertrofia ventricular según masa ventricular izquierda indexada, y daño renal, definido por clearance de creatinina <60 ml/min. A partir de ambas dimensiones se construyeron cuatro fenotipos: sin hipertensión nocturna ni daño, hipertensión nocturna sin daño, daño sin hipertensión nocturna, e hipertensión nocturna con daño. El desenlace principal fue el compuesto de accidente cerebrovascular o infarto no fatal, muerte e insuficiencia cardíaca. Para reducir diferencias basales entre pacientes con y sin hipertensión nocturna, se construyó un propensity score ajustado por edad, género, tratamiento antihipertensivo y presión arterial sistólica diurna, aplicando ponderación por probabilidad inversa de tratamiento. Los modelos principales de asociación con MACE/ICC se estimaron mediante regresión de Cox. La supervivencia libre de eventos se representó mediante curvas de Kaplan-Meier según los cuatro fenotipos clínicos. Se realizaron análisis de sensibilidad ajustando por hipertensión diurna y por presión arterial diurna continua, además de análisis exploratorios del eje renal mediante relación albúmina/creatinina elevada en pacientes con clearance conservado.

	Overall	Sin HTAN + sin daño	HTAN + sin daño	Sin HTAN + con daño	HTAN + con daño	p-value
Edad (mediana RIC)	61 [50, 70]	59 [49, 68]	55 [46, 64]	67 [61, 73]	67 [55, 76]	<0.001
Diabetes	241 (17%)	36 (11%)	109 (20%)	17 (11%)	79 (23%)	<0.001
Tabaquismo	308 (22%)	83 (26%)	104 (19%)	45 (29%)	76 (22%)	0.017
Tratamiento antihipertensivo	1,115 (81%)	271 (84%)	395 (71%)	147 (95%)	302 (86%)	<0.001
Promedio PAS diurna	138 [129, 150]	129 [122, 135]	145 [137, 155]	129 [121, 133]	143 [134, 154]	<0.001
Promedio PAS nocturna	125 [114, 136]	111 [104, 116]	131 [125, 142]	111 [105, 117]	133 [125, 146]	<0.001
LDL C, mg/dl	105 [83, 129]	106 [85, 126]	106 [84, 130]	105 [78, 127]	103 [79, 131]	0.6
Indice de masa VI, g/m²	93 [79, 109]	83 [72, 92]	85 [75, 95]	112 [99, 124]	114 [101, 126]	<0.001
Clearance Creatinina, ml/min	102 [79, 133]	102 [85, 126]	115 [94, 153]	78 [58, 101]	84 [58, 118]	<0.001
MACE/ICC (Ponderado post IPTW)	141 (10%)	26 (5.0%)	36 (6%)	23 (10%)	56 (17%)	<0.001

Resultados: Se incluyeron 1382 pacientes, con mediana de edad de 61 años, 52% mujeres y una mediana de seguimiento de 4.69 años, durante el cual se registraron 141 eventos (10%). La mediana de presión arterial nocturna fue 125/69 mmHg y la mediana del índice de masa ventricular izquierda y de clearance de creatinina fueron de 93 g/m² y 102 ml/min, respectivamente. A partir de la combinación de hipertensión nocturna y daño de órgano blanco se conformaron cuatro fenotipos: sin hipertensión nocturna ni daño (n=323; 23.4%), hipertensión nocturna sin daño (n=554; 40%), daño sin hipertensión nocturna (n=155; 11.2%) e hipertensión nocturna con daño (n=350; 25.3%). La incidencia de MACE/ICC mostró un gradiente progresivo entre los fenotipos: 5% en pacientes sin hipertensión nocturna ni daño de órgano blanco,

6% en aquellos con hipertensión nocturna sin daño, 13% en pacientes con daño sin hipertensión nocturna y 17% en aquellos con hipertensión nocturna y daño de órgano blanco. En el modelo de Cox ponderado, la hipertensión nocturna aislada no se asoció significativamente con eventos, mientras que el daño de órgano blanco sin hipertensión nocturna presentó mayor riesgo (HR 2,42; IC95% 1,27–4,59), con el máximo riesgo en el fenotipo hipertensión nocturna + daño de órgano blanco (HR 3,66; IC95% 2,11–6,34).

Conclusión: La hipertensión nocturna identificó mayor riesgo de eventos cardiovasculares principalmente cuando coexistió con daño de órgano blanco. Integrar la presión nocturna con marcadores cardiorrenales podría refinar la estratificación pronóstica en pacientes hipertensos.

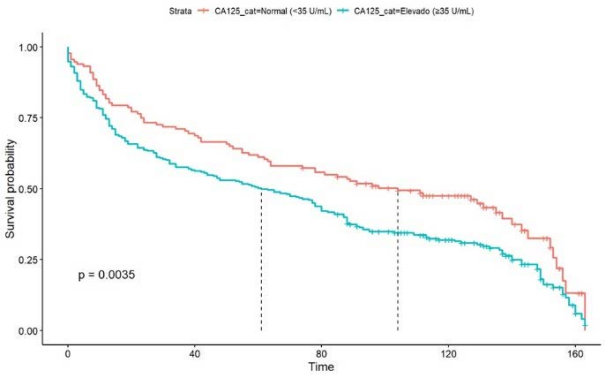
0162 - CA125: FACTOR PRONOSTICO DEL MEDIANO Y LARGO PLAZO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Silvana METTINI | Mauro Javier TOLEDO | Cecilia Natalia CEJAS | Cecilia Andrea BIGLIA | Guido DI FONZO | María Jimena SOUTELO | Francisco TOSCANO | Lucrecia SECCO

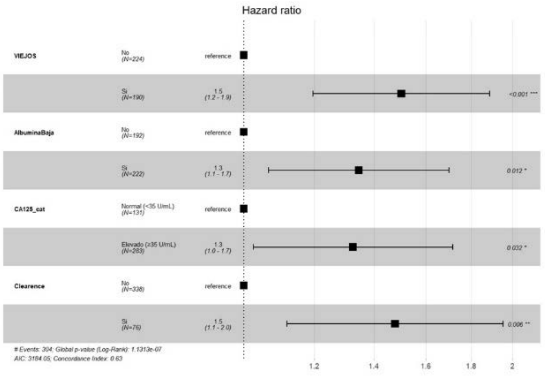
Hospital Churruca - Visca

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es una de las principales causas de internación en el mundo occidental, asociándose con alta morbi-mortalidad. Desde hace muchos años se buscan elementos que nos predigan que pacientes (p) evolucionaran peor, y dentro de estos, el CA-125 es uno de los más estudiados en los últimos años.



Objetivos: El objetivo de este trabajo es analizar la relación del CA-125 con la mortalidad a largo plazo en pacientes internados por primera vez por IC congestiva en nuestra población.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte, retrospectivo, con 646 pacientes hospitalizados consecutivamente por insuficiencia cardíaca (IC) agudamente descompensada y seguidos hasta su fallecimiento o la última visita médica. Durante la hospitalización, se recopilaron las características clínicas basales, los factores de riesgo cardiovascular, los parámetros ecocardiográficos y los biomarcadores. El criterio de valoración principal fue la mortalidad (MRT) por cualquier causa.



Resultados: De los 646 p, 51.9% eran menores de 75 años, 59.1% eran de sexo masculino, y había un 80.7% de HTA, 31.7% de DBT, 42.6% de TBQ, 35.1% de DLP. El seguimiento fue de hasta 163 meses, con una mediana de 77 meses. En relación con los valores de laboratorio, casi la mitad registraban albumina baja (menor a 3,32 mg/dL), y un 54.2% se presentaron con CA125 elevado al ingreso (>=35 U/mL). De los pacientes dados de alta, pudimos realizar el seguimiento de 414 con registro de su CA125 al ingreso. De ellos, 283 p (68.4%) presentaban CA-125 elevado (vs 131 p, 31.6%, con CA125 normal), de los cuales el 78.4% falleció en el seguimiento (vs el 62.6% de aquellos con CA125 normal). Sobre la mediana de seguimiento al evento, observamos que en p con CA125 normal, la mediana al evento es de 104 meses (IC 74-140 meses), mientras que, en el grupo con CA elevado, es de 61 meses (IC 43-78 meses), observando una DES en cuanto a la mediana del tiempo de seguimiento (p=0.0035). De esta manera, tenemos un HR de 1.3 (IC95% 1.0-1.7). Se identifica el riesgo independiente de CA125 en nuestro grupo de pacientes.

Conclusión: En nuestro registro, los pacientes que ingresan con CA125 elevado (>=35 U/mL), tienen un 30% más de riesgo de fallecer en un periodo de seguimiento de 163 meses, en relación con aquellos con CA de ingreso normal, observando que la mediana del tiempo de muerte es menor en este grupo de pacientes (61 meses vs 104), dato que concuerda con los últimos estudios internacionales.

0165 - MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN INTERNACIONES POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA: NUESTRA EXPERIENCIA EN UNA POBLACIÓN ESPECIAL

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Lucrecia SECCO | Mauro Javier TOLEDO | Guido DI FONZO | Jimena SOUTELO | Cecilia Natalia CEJAS | Cecilia Andrea BIGLIA | Francisco TOSCANO | Silvana METTINI

Hospital Churruca - Visca

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) constituye una de las principales causas de hospitalización y se asocia a una morbi-mortalidad significativa. La identificación de predictores clínicos y bioquímicos al ingreso podría mejorar la estratificación temprana del riesgo en pacientes (p) hospitalizados por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD).

Objetivos: El objetivo de este estudio fue determinar la tasa de mortalidad intrahospitalaria en pacientes internados por primera vez por ICD e identificar predictores independientes de mortalidad.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó 646 p consecutivos hospitalizados por primera descompensación de IC. Se recolectaron al ingreso las características clínicas basales, factores de riesgo cardiovascular, parámetros ecocardiográficos y biomarcadores.

Variables	Total[1] (N=644)	Supervivientes[1] (N=616)	Fallecidos[1] (N=29)	Valor p[2]
Edad, años	74 (65-83)	74 (64-82)	80 (74-86)	<0.001
Mayores de 75 años	310 (48%)	289 (47%)	21 (72%)	0.013
Sexo masculino	381 (59%)	363 (59%)	18 (62%)	0.9
HTA	519 (81%)	498 (81%)	21 (72%)	0.56
Diabetes	204 (32%)	194 (32%)	10 (35%)	0.8
Tabaquismo	274 (43%)	264 (43%)	10 (36%)	0.6
Dislipemia	226 (35%)	217 (35%)	9 (31%)	0.9
Glucemia ingreso, mg/dL	126 (104-170)	126 (104-170)	134 (103-172)	0.9
Albúmina, mg/dL	3.30 (2.9-3.6)	3.30 (2.94-3.60)	3.10 (2.88-3.33)	0.2
CA125	67 (26-138)	67 (26-137)	71 (37-155)	0.8
Fracción de eyección (%)	40 (28-55)	40 (28-55)	37 (25-51)	0.6
Clearence de egreso (ml/min/1.73m²)	55 (40-70)	556 (42-70)	32 (23-42)	<0.001
Clearence < 35 ml/min/1.73m²	107 (17%)	91 (15%)	16 (55%)	<0.001
Aumento de creatinina	152 (24%)	137 (23%)	15 (60%)	<0.001

[1] Mediana (25%-75%); n (%)

[2] Test de Wilcoxon rank sum; chi cuadrado.

Resultados: De los 646 p incluidos (edad media 72,8 ± 12,3 años; 59% varones), la MRT intrahospitalaria fue del 4,5% (n=29). Los p fallecidos eran significativamente mayores que los sobrevivientes (79,7 ± 9,7 vs 72,5 ± 12,3 años; p<0,001). Ningún factor de riesgo cardiovascular se asoció con MRT intrahospitalaria. La función renal fue significativamente peor en los p fallecidos, con menor clearence de creatinina (35,2 ± 22,1 vs 58,1 ± 25,6 ml/min/1,73m²; p<0,001). La presencia de clearence <35 ml/min/1,73m² fue significativamente más frecuente en el grupo de fallecido (55,2% vs 14,8%; p<0,001). La fracción de eyección (Fey) ventricular izquierda, tanto analizada como variable continua como categorizada (<50%), no se asoció con MRT. En el análisis multivariado, los predictores independientes de MRT intrahospitalaria fueron: • Edad (OR 1,06 por año; IC95% 1,01–1,13; p=0,037) • Clearence de creatinina <35 ml/min/1,73m² (OR 5,91; IC95% 2,01–18,54; p=0,001)

Muerte en paciente internados

Predictores	Odds Ratios	CI	p
(Intercept)	0.00	0.00 – 0.01	**<0.001**
Edad	1.06	1.01 – 1.13	**0.037**
Clearence [Si]	5.91	2.01 – 18.54	**0.001**
Observaciones	415		
R2 Tjur	0.069		

Conclusión: En pacientes hospitalizados por primera vez por insuficiencia cardíaca descompensada, la mortalidad intrahospitalaria fue baja (4,5%). La edad avanzada y la disfunción renal severa al ingreso fueron los únicos predictores independientes de mortalidad, mientras que la fracción de eyección no mostró asociación con el desenlace. Estos hallazgos sugieren que, en el contexto agudo, la función renal podría tener mayor peso pronóstico que la función sistólica ventricular.

0166 - DEL PRIMER CONTACTO AL IMPLANTE: EVOLUCIÓN DE LOS TIEMPOS PRE REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO TRAS UNA INTERVENCIÓN ORGANIZACIONAL EN CENTROS DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES

Valvulopatías / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Fernando G. CHIMINELA[1] | Betiana Gabriela MARTIN[1] | Guillermo Daniel JUBANY[1] | Segundo Antonio NAVARRETE FRANCO[1] | Gerson ARTUNDUAGA[1] | Claudia FERNÁNDEZ[1] | Adriano MALUSARDI[1] | Cristian Maximiliano GARMENDIA[2]

Clínica Modelo Lanús[1]; Hospital Italiano de Buenos Aires[2]

Introducción: La estenosis aórtica (EA) severa es una de las valvulopatías más prevalentes en el paciente añoso, y el reemplazo valvular aórtico percutáneo (TAVI) es una de las principales estrategias de abordaje terapéutico en la actualidad.

En un análisis multicéntrico previo realizado (n=71, enero 2022–agosto 2025), se documentaron demoras sustanciales en el proceso pre-TAVI, con una mediana de 165 días (RIC 118–258) entre el primer contacto con el Servicio de Hemodinamia y el TAVI. Tras la implementación de una reorganización institucional de los circuitos médico-administrativos a partir de noviembre de 2024, se observó una reducción significativa de los intervalos asistenciales (p<0,001). El presente trabajo amplía y actualiza esos hallazgos con datos del período post-reorganización. Describir los tiempos asistenciales entre etapas clave del proceso diagnóstico-terapéutico y el TAVI en el período post-reorganización institucional (agosto 2025–abril 2026), incorporando sub-intervalos no reportados previamente, con el fin de identificar los cuellos de botella remanentes en el proceso pre-TAVI.

Objetivos: Análisis multicéntrico observacional retrospectivo de una cohorte de 46 pacientes consecutivos con EA severa sintomática sometidos a TAVI entre agosto de 2025 y abril de 2026 en un centro del Área Metropolitana de Buenos Aires. Se evaluaron cinco intervalos asistenciales: primer contacto médico hemodinamista (PC)–implante, tomografía computarizada (TC)–implante, solicitud de válvula–implante, PC–TC y TC–solicitud de válvula. Los dos últimos constituyen sub-intervalos no incluidos en el análisis previo. Se analizaron los tiempos de los intervalos mencionados y su modificación en relación con la reorganización institucional implementadas. La edad promedio fue de 79,0 ± 3,8 años, con predominio femenino (65,2%). La cobertura sanitaria correspondió en su totalidad a PAMI. La mediana del intervalo PC–implante fue de 68 días (RIC 43–83), la de TC–implante de 53 días (RIC 36–65) y la de solicitud–implante de 7 días (RIC 6–15), representando reducciones del 80%, 83% y 95% respecto de las medianas históricas pre-reorganización (338, 320 y 131 días, respectivamente). El análisis de sub-intervalos incorporados en esta actualización reveló una mediana de 19 días (RIC 6–30) para el intervalo PC–TC y de 36 días (RIC 26–50) para el intervalo TC–solicitud de válvula, siendo este último el componente de mayor duración dentro del proceso actual, y representando más de la mitad del tiempo total PC–implante.

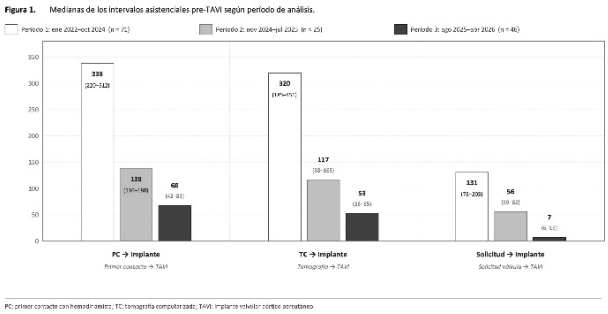


Figura 1. Medianas de los intervalos asistenciales pre-TAVI según período de análisis.

Materiales y Métodos: La reorganización institucional sostuvo su impacto positivo sobre la eficiencia asistencial, con reducciones de hasta el 95% en los tiempos pre-TAVI respecto del período histórico. El análisis de los sub-intervalos permitió identificar que el principal cuello de botella remanente se concentra en la etapa comprendida entre la obtención de la TC y la solicitud de la válvula al financiador, lo que orienta implementar estrategias de optimización dirigidas.

0167 - FENOTIPO DE RESIDENTES ORIGINARIOS DE ALTA MONTAÑA CON SOSPECHA ECOCARDIOGRÁFICA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Ricardo Sebastián GALDEANO[1] | **Federico IBAÑEZ**[2] | Gabriel PEREA[3] | Guillermina ELEIT[2] | Francisco Alberto PASTORE[4] | María Cecilia LOPEZ[5] | Claudio JOO TURONI[6]

DISTRITO TUCUMAN SAC[1]; DISTRITO JUJUY SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA[2]; ICBA[3]; Corporación médica de general San Martín[4]; Sociedad Argentina de Cardiología[5]; Universidad Nacional de Tucumán[6]

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) se caracteriza por aumento progresivo de la resistencia vascular pulmonar, desencadenando hipertrofia y remodelado del ventrículo derecho (VD). Si no es tratada puede ocurrir la muerte por falla cardiaca derecha. Actualmente el «gold standard» para diagnóstico de HP es el cateterismo cardíaco derecho. El ecocardiograma, si bien presenta menor especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de HP, y es más tardío que el cateterismo derecho, es fácil de implementar "in situ" en comunidades que habitan la alta montaña. La comunidad de Coranzulí (departamento de Susques, Provincia de Jujuy) está ubicada a 4100 metros sobre el nivel del mar en un hábitat en un entorno agreste y seco, y es una comunidad originaria cerrada y aislada. En el año 2024, mediante el Programa SONQO-CALCHAQUÍ Edición IV se evaluaron 268 pobladores de Coranzulí (82,1% nunca se había realizado un ecocardiograma).

Objetivos: Evaluar el fenotipo de los pobladores de Coranzulì con sospecha ecocardiográfica de HP.

Materiales y Métodos: Se evaluaron únicamente los pobladores de Coranzulí con al menos uno de los siguientes hallazgos en el ecocardiograma: TAPSE < 17 mm; Dilatación del ventrículo derecho y/o la aurícula derecha; Hipoquinesia de ventrículo

derecho (VD) ; Hipertrofia de VD; Velocidad pico del chorro de insuficiencia tricuspíde >3,4 m/s; comunicación interauricular (CIA); presencia de ductus; dilatación de seno venoso ó derrame pericárdico Las mediciones de las dimensiones (mm) y áreas (cm2) se realizaron con un ecocardiografo Esaote MyLab 30 Gold de acuerdo a las guías internacionales.

TABLA 1: Características de los pobladores con sospecha ecocardiográfica de hipertensión pulmonar

código del poblador	TAPSE < 17	Dilatación de AD o VD	Hipoquinesia VD	Hipertrofia VD	Insuf tricúspidea	CIA	Ductus	Seno venoso dilatado	Derrame	Hallazgos por poblador
8						x	x			2
17									x	1
24								x		1
46		x				x				2
73					x					1
105					x					1
117				x	x					2
128		x								1
141	x	x	x							3
149		x								1
150				x						1
151				x						1
152				x						1
158				x						1
164				x						1
178				x						1
187				x						1
192					x					1
214							x			1
240		x								1
299	x								x	2
304	x	x						x		3
312		x				x				2
319							x			1
323		x		x		x				3
337				x						1
TOTAL:	3	8	1	10	4	4	3	2	2	1,4±0,1

TAPSE: Excursión Sistólica del Plano Anular Tricúspide; AD: aurícula derecha, VD: ventrículo derecho; Insuf: Insuficiencia

Resultados: 26 pobladores (6,4%; 15 mujeres) presentó sospecha ecocardiográfica de HP (Tabla 1). Ninguno refirió disnea o patología respiratoria. 6 refirieron hipertensión arterial; 3 tabaquismo; 2 diabetes y 6 dislipemia. Se observó un adecuado bienestar físico y mental (cuestionario SF12: 60,7±2%) y una moderada calidad de sueño (cuestionario de Pittsburgh: 6,6±0,5). La fuerza muscular (dinamometría) estuvo disminuida en 26,9%. La presión arterial fue 117,3±3,4 / 77,8±2,0 mmHg. 7 pobladores presentaban valores elevados. La frecuencia cardíaca fue 71,1±2,3 lpm, la saturación de O2 85,6±0,9% y el IMC 29,4±1,2 (11 con sobrepeso y 9 con obesidad). En el laboratorio se destaca: Hematocrito: 45,1±2,8%; hemoglobina: 19,0±0,6 g/dL; glóbulos rojos: 6,6±0,2 millones/mcL y creatinina 0,7±0,0 mg/dL (MDRD4: 116,1±8,7 ml/min). En el ECG, predomino el ritmo sinusal, detectándose un caso de fibrilación auricular. El eje eléctrico estuvo desviado a la derecha en 8 sujetos, a la izquierda en 2 e indeterminado en 4. Se observó bloqueo completo (n=1) e incompleto (n=1) de rama derecha, extrasístoles ventriculares frecuentes (n=1) e inversión de la onda T en precordiales derechas (n=1).

Conclusión: El presente estudio demuestra proporción significativa de los residentes originarios de alta montaña con hallazgos ecocardiográficos sugerentes de HP, presentes incluso en individuos asintomáticos. se evidencia, así una disociación entre la percepción clínica y la sobrecarga hemodinámica real. Bajo estas condiciones, la ecocardiografía se posicionaría para el cribado de pacientes, permitiendo identificar signos de sobrecarga derecha de manera precoz y no invasiva en estas poblaciones de difícil acceso.

0168 - REGISTRO DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DEL GRAN BUENOS AIRES

Cardiopatía Isquémica

Adrián Demetrio HRABAR | Alberto Alfredo FERNANDEZ | **Mario Antonio FERRARO** | Lucrecia SICILIANO | Álvaro YÁNEZ | Julieta PARRAS GALLERO | Agustín Ezequiel NELSON | Nicolás SILVA CROOME

Sanatorio Modelo de Quilmes

Introducción: Pese a los avances en conocimiento, diagnóstico y tratamiento, y a que su prevalencia no ha disminuido por una serie de motivos que escapan al alcance de este trabajo, la cardiopatía isquémica continúa siendo la principal causa de muerte en el mundo (13% de mortalidad global según la organización mundial de la salud); siendo el infarto agudo de miocardio (IAM) y el accidente cerebrovascular (ACV) los responsables de más del 85% de la misma.

Variable Analizada	Resultado (n=248)
Edad (media ± desvío estándar)	66.8 ± 12.3
Sexo Masculino (%)	75.4%
Hipertensión Arterial (%)	65.3%
Dislipemia (%)	44.4%
Tabaquismo (%)	43.1%
Diabetes Mellitus (%)	26.6%
IAMCEST (%)	49.2%
IAMSEST (%)	50.8%

Objetivos: Describir las características clínicas, tratamiento y resultados intrahospitalarios con seguimiento a corto y mediano plazo de una cohorte de pacientes con IAM en un centro de alta complejidad del Gran Buenos aires durante 6 años; conocer la realidad y resultados institucionales.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo, empleando

medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar) para variables continuas, y el cálculo de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para las variables categóricas. Se incluyeron 248 pacientes con diagnóstico de IAM ingresados entre los años 2020 y 2026, de los cuales se registraron variables demográficas (edad y sexo), factores de riesgo cardiovascular, presentación clínica, tipos de IAM con o sin supradesnivel del segmento ST (IAMCEST/IAMSEST) definido según los criterios de las guías del Colegio Americano de Cardiología y la Sociedad Europea de Cardiología, estrategia de reperfusión utilizada y la evolución en internación, a los 3, 6 y 12 meses. El seguimiento se realizó mediante consulta presencial y en ciertos casos por vía telefónica.

Estrategia de Reperfusión	N° de Pacientes	Porcentaje (%)	Observaciones
Angioplastia primaria	76	62.3%	Estrategia de elección principal (pase directo a sala de hemodinamia).
Terapia farmacoinvasiva	30	24.6%	Incluye a los que recibieron trombolíticos iniciales (farmacoinvasiva/angioplastia de rescate).
Estrategia diferida	13	10.7%	Intervenciones programadas o diferidas durante la misma internación (incluye las cargas "electivas").
Tratamiento conservador	3	2.5%	No reperfundidos en etapa aguda (sin trombolíticos ni cinecoronariografía).

Resultados: La edad media fue de 66.8 ± 12.3 años, sexo masculino (75.4%). Los factores de riesgo cardiovascular identificados fueron hipertensión arterial (65.3%), la dislipemia (44.4%), tabaquismo (43.1%) y diabetes mellitus (26.6%). El 49.2% presentó IAMCEST y el 50.8% IAMSEST En los IAMCEST se realizó angioplastia primaria en 76 pacientes (62.3 %), trombolítico en 30 (24.6 %), estrategia diferida en el 10.7%, tratamiento conservador en 3 (2.5 %) y estrategia farmacoinvasiva/rescate en 30 pacientes (24.6%) La mortalidad global intrahospitalaria fue de del 10.9% (27 pacientes), en el grupo IAMSEST (12.7%) y en los pacientes con IAMCEST (9.0%). La mortalidad en el seguimiento fue baja, igualándose al año en los dos tipos de IAM con una mortalidad extrahospitalaria del 3.3 %. El 74.3% de la mortalidad global fue de origen cardiovascular.

Conclusión: Este registro demuestra la adherencia a las estrategias de reperfusión en nuestra institución, consolidando a la intervención invasiva temprana como el pilar terapéutico fundamental del infarto agudo de miocardio. Siguiendo las indicaciones y recomendaciones de las últimas guías consideramos que los análisis de registros institucionales constituyen una herramienta fundamental para conocer y evaluar los resultados de las estrategias terapéuticas implementadas en la práctica clínica cotidiana.

0169 - PERFIL METABOLICO PRE EVENTO Y SU ASOCIACIÓN CON ENFERMEDAD CORONARIA DE MULTIPLES VASOS Y COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

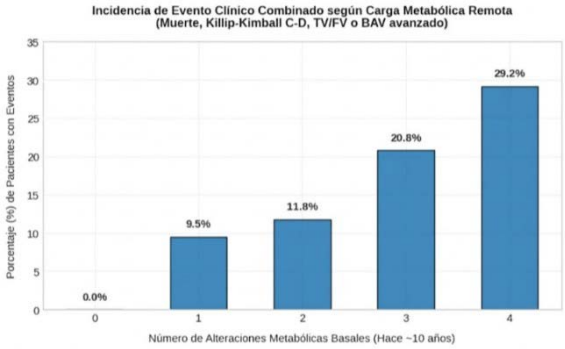
Cardiopatía Isquémica / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Lourdes Florencia BENITEZ | Georgina BOJORQUE | Lucas Ramón AGUILAR | Maicol Emiliano FERREIRA | Nerina GIMENEZ | Agustina TOME SCHABEHORN | Jorge Luis RIERA STIVAL

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

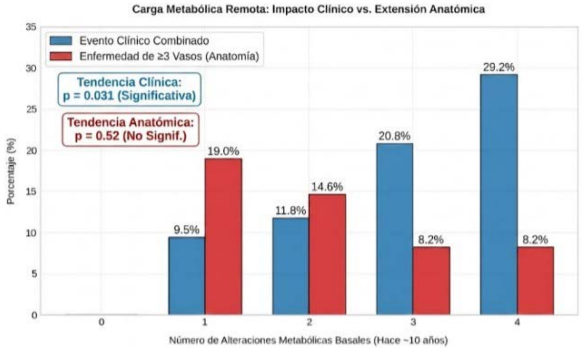
Introducción: Existe una creciente evidencia de que el pronóstico intrahospitalario en el infarto agudo de miocardio (IAM) no depende únicamente del manejo agudo, sino de la reserva biológica y el daño vascular acumulado previamente por el paciente. La relación entre alteraciones metabólicas registradas años antes del evento índice y la severidad anatómica o clínica del IAM permanece insuficientemente explorada.

Objetivos: Evaluar la asociación entre alteraciones metabólicas registradas 10 años antes del IAM y la presencia de enfermedad coronaria de múltiples vasos y complicaciones intrahospitalarias.



Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico, realizado en pacientes internados por IAM. Se definieron como alteraciones metabólicas: LDL >=116 mg/dL, HDL <= 40 mg/dL, colesterol no-HDL >=146 mg/dL y glucemia >=100 mg/dL. El evento clínico combinado incluyó muerte intrahospitalaria, Killip-Kimball C-D, taquicardia/fibrilación ventricular y bloqueo AV avanzado. La enfermedad coronaria de múltiples vasos se evaluó mediante la presencia de enfermedad coronaria >= 3 vasos. Se realizó análisis descriptivo, cálculo de odds ratio (OR) con intervalos de confianza del 95%, análisis de tendencia y regresión logística multivariada ajustada por edad, sexo, diabetes mellitus, tabaquismo e infarto anterior.

Resultados: Se incluyeron 109 pacientes. Los valores metabólicos basales mostraron una glucemia media de 125,8 ± 49,1 mg/dL, colesterol total de 212,8 ± 51,7 mg/dL, LDL de 135,3 ± 42,8 mg/dL, HDL de 47,5 ± 13,6 mg/dL y colesterol no-HDL de 165,3 ± 53,5 mg/dL. La incidencia del evento clínico combinado fue del 16,5%, mientras que la presencia de enfermedad coronaria de >= 3 vasos se observó en el 11,9% de los pacientes. Las alteraciones metabólicas más frecuentes fueron glucemia >=100 mg/dL (71,6%), LDL >=116 mg/dL (67,0%) y colesterol no-HDL >=146 mg/dL (60,6%), mientras que HDL <= 40 mg/dL estuvo presente en el 36,7%. La glucemia >=100 mg/dL se asoció significativamente con el evento clínico combinado (20,5% vs 6,5%; OR 3,72; IC95% 1,01–13,7; p = 0,049). Asimismo, los pacientes con HDL <=40 mg/dL presentaron una mayor incidencia de eventos clínicos intrahospitalarios respecto de aquellos con HDL >=40 mg/dL (25,0% vs 11,6%) (OR 2,54; IC95% 0,89–7,20; p = 0,086). Al analizar la carga metabólica acumulativa, la incidencia del evento clínico combinado aumentó progresivamente según el número de alteraciones presentes: 0% con ninguna alteración, 9,5% con una, 11,8% con dos, 20,8% con tres y 29,2% con las cuatro alteraciones metabólicas presentes. Cada alteración metabólica adicional se asoció con un incremento del 48% en el riesgo del evento combinado (OR 1,48; IC95% 1,03–2,12; p = 0,031). En el análisis multivariado, ajustado por edad, sexo, diabetes mellitus, tabaquismo e infarto anterior, el número de alteraciones metabólicas se mantuvo asociado de forma independiente con el evento clínico combinado (OR 1,52 por cada alteración adicional; IC95% 1,04–2,23; p = 0,029). No se observó asociación significativa entre la carga metabólica individual y acumulativa y la presencia de enfermedad coronaria de >=3 vasos.



Conclusión: Las alteraciones metabólicas registradas 10 años antes del IAM no mostraron asociación con la enfermedad coronaria de múltiples vasos, pero sí de compromiso hemodinámico, arritmias graves y mortalidad intrahospitalaria. La carga metabólica acumulativa se asoció con peor evolución clínica intrahospitalaria, sugiriendo que el perfil metabólico basal podría reflejar vulnerabilidad fisiológica frente al IAM más que complejidad anatómica coronaria.

0171 - INCIDENCIA Y FACTORES PREDICTORES DEL BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA LUEGO DE UN REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO PERCÚTANEO: DATOS DEL MUNDO REAL

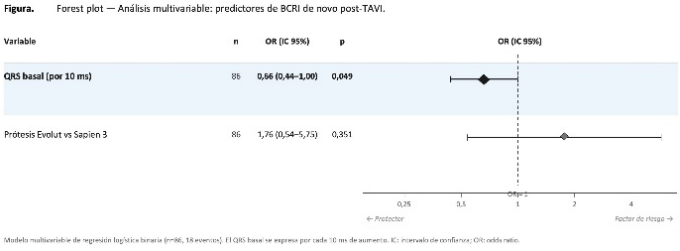
Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Ramiro BARRETO MANCERA[1] | Betiana Gabriela MARTIN[1] | Guillermo Daniel JUBANY[1] | Gerson ARTUNDUAGA[1] | Adriano MALUSARDI[1] | Claudia FERNÁNDEZ[1] | Cristian Maximiliano GARMENDIA[2] | Fernando G. CHIMINELA[1]

Clínica Modelo Lanús[1]; Hospital Italiano de Buenos Aires[2]

Introducción: Los trastornos de conducción intraventricular representan una de las complicaciones más frecuentes del reemplazo valvular aórtico percutáneo (TAVI), con incidencias de bloqueo de rama izquierda (BCRI) de novo del 10 al 40% de acuerdo a registros internacionales. Su fisiopatología involucra la compresión mecánica del sistema His-Purkinje por la prótesis en el tracto de salida del ventrículo izquierdo. Sin embargo, la evidencia cientifica sobre factores predictores del desarrollo de un nuevo BCRI post TAVI en nuestra población es escasa.

Objetivos: Determinar la incidencia de BCRI de novo post TAVI e identificar variables clínicas, electrocardiográficas y factores vinculados al procedimiento asociados a su ocurrencia en una cohorte multicéntrica de pacientes portadores de una estenosis aórtica (EA) severa.



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico observacional de cohorte retrospectivo incluyendo para el análisis pacientes con EA severa sometidos a un TAVI durante el periodo comprendido entre 2022 a 2025. Se incluyeron en el análisis de trastornos de conducción los pacientes con electrocardiograma (ECG) documentado pre y post-procedimiento, sin BCRI preexistente ni marcapasos definitivo previo. Se definió BCRI de novo como su aparición en el ECG post-TAVI en ausencia del hallazgo en el ECG basal. El análisis univariable fue realizado mediante el test de Mann-Whitney y el test de Chi², y el multivariable

mediante regresión logística binaria, seleccionando las variables con p<0,20 en el análisis univariable y plausibilidad biológica. Se consideró significativo p<0,05.

Resultados: Se incluyeron para el análisis un total de 86 pacientes. La edad promedio de la población muestral fue de 79,1 ± 5,9 años, con predominio femenino (57,0%) y riesgo quirúrgico intermedio (EuroSCORE II mediana 5,8% [RIC 4,5–7,1]). El acceso transfemoral fue utilizado en el 99,2% de los casos. Los dispositivos de prótesis valvular empleados fueron Evolut (58,1%) y Sapien 3 (39,5%). A su vez, la mortalidad hospitalaria a un año de seguimiento fue del 2,8%. Se registró un BCRI de novo en 18 de 86 pacientes (20,9%). La duración media del QRS aumentó de 94,3 ± 25,9 ms a 105,1 ± 32,9 ms post-procedimiento. En el análisis univariable, la duración del QRS basal fue la única variable asociada significativamente al desarrollo de BCRI de novo (80 ms [RIC 80–88] vs. 80 ms [RIC 80–110] en pacientes sin BCRI; p=0,045), con un patrón paradójico en el que un QRS basal más corto se asoció a mayor riesgo. En el análisis multivariable ajustado por tipo de prótesis, la duración del QRS basal se mantuvo como predictor independiente (OR 0,66 por cada 10 ms [IC95% 0,44–1,00]; p=0,049), siendo el modelo globalmente significativo (p=0,014). A su vez, el tipo de prótesis autoexpandible Evolut no alcanzó significación independiente (OR 1,76 [IC95% 0,54–5,75]; p=0,351).

Conclusión: De acuerdo a este estudio multicentrico de pacientes portadores de una EA severa sometidos a un TAVI, se observó una incidencia de BCRI de novo del 20,9%, consistente con los registros internacionales contemporáneos. El QRS basal más corto fue el único predictor independiente identificado, sugiriendo que la integridad del sistema de conducción confiere paradójicamente mayor vulnerabilidad al trauma mecánico del implante ("paradoja del QRS").

0172 - UNA NUEVA PROPUESTA PARA DEMOSTRAR LA CAPTURA DEL HIS PURKINJE EN LA ESTIMULACIÓN FISIOLOGICA MEDIANTE ELECTROCARDIOGRAFIA

Arritmias y Electrofisiología

Claudio DE ZULOAGA | Andrés Federico BIELECKI

Sanatorio de la Providencia

Introducción: Se considera al intervalo Q-R medido en V6 como el tiempo de activación del ventrículo izquierdo (VI), conocido internacionalmente por las siglas en inglés LVAT, sin embargo, el pico R significa la llegada del impulso al VI, pero no expresa la activación total de la masa VI. Varios trabajos demuestran que la captura del His-Purkinje (HP) puede aseverarse cuando la segunda mitad del QRS, intervalo pico de R fin del QRS (Rmx-finQRS) es de una longitud igual a la de un QRS normal, ya que todos los trastornos de conducción o las estimulaciones no fisiológicas, tienen este intervalo prolongado, y se normalizan con estimulación fisiológica.

Objetivos: Demostrar que el intervalo Rmx-finQRS, es de gran utilidad para asegurar la captura del HP en estimulación fisiológica para hisiana y es correlacionable con un adecuado índice de sincronía eléctrica.

Materiales y Métodos: Fueron incorporados 38 pacientes con ECG normales (grupo A) que recibieron el implante de un dispositivo para estimulación fisiológica DDD por disfunción sinusal. La estimulación para hisiana fue realizada cerca de la bifurcación del sistema de conducción, en el SIV derecho, posterior, por debajo de la válvula pulmonar, lo que asegurara un ECG con DII, DIII, F, V6 (+) AVL (-) y transición en V3-V4. En todos ellos se midió la longitud del QRS, el intervalo Rmx-finQRS, y el índice de sincronía eléctrica, en el ECG nativo normal y durante la estimulación ventricular acortando progresivamente el intervalo AV estimulado generando fusiones progresivas hasta un intervalo AV de 100mseg, que asegurara la estimulación V pura, posteriormente se estimuló en VVI a 90 lpm. descartando cualquier fusión posible. Para las mediciones fue utilizado el ECG digitalizado sistema Synchromax®, con comparación cruzada de la varianza de DII y V6 generando un índice de sincronía eléctrica (ISE) el cuan se considera normal menos de 0,40, disincronía moderada entre 0,40 y 0,70 y severa por encima de 0,70. El intervalo Rmx-finQRS normal de 55±10 mseg. Esta población fue comparada con un grupo de 54 pacientes (Grupo B) con QRS nativo normal, pero con estimulación no fisiológica del APEX del ventrículo derecho. Fue determinada la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de la variable Rmx-finQRS

Est. para hisiana	Nativo	Fusion parcial	sin fusión (AV=100)	estimulación VVI	p
Duración QRS	97,7±19	128±20	144±22	145±18	<0.0001
Rmx-finQRS	49,7±11	50,4±15	52,7±15	51±12	0,4351
Sincronía ISE	0,18±14	0,16±19	0,19±8	0,19±11	0,4382
Estimulación ápex		Estimulación ápex		Estimulación ápex	
Duracion QRS	101 ±14	140±12	155±16	158±16	
Rmx-finQRS	49,3±10	72±11	84±12	85±13	
sincronía ISE	0,20± 12	0,46±14	0,51±16	0,51±16	

Resultados: En la población del grupo A, con QRS angosto y estimulación para hisiana el intervalo Rmx-finQRS y el ISE fue casi idéntico en los QRS nativos como en los estimulados, aunque el QRS se prolongó en forma significativa por la captura muscular previa al HP. La estimulación de ápex mostró índices Rmx-finQRS y de ISE más del doble de lo normal. El índice Rmx-finQRS mostró una S de 92%, E de 77%, VPP=86% y VPN= 80%. Ver tabla

Conclusión: 1) El intervalo Rmx-finQRS mostró una muy buena sensibilidad y VPP 2) el Rmx-finQRS asociado al ISE es de una gran potencia para asegurar la captura del HP con estimulación fisiológica. 3) Puede ser usada durante el implante del dispositivo para elegir la zona más adecuada 4) la estimulación para hisiana demostró capturar el HP con excelentes ISE 3) La duración del QRS no tiene vinculación alguna con la captura del HP y el índice ISE.

0173 - HOSPITALES DE DÍA PARA EL MANEJO AMBULATORIO DEL EMPEORAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ARGENTINA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Lucrecia Maria BURGOS[1] | Guillermina ESPERON[2] | Josefina Belén PARODI[3] | Cristhian Emmanuel SCATULARO[4] | Analía Laura GUAZZONE[4] | Elián Facundo GIORDANINO[5] | Nicolás CARUSO[6] | Guillermina SORASIO[7]

ICBA[1]; Sanatorio Sagrado Corazón[2]; Sanatorio Anchorena San Martin[3]; Sanatorio de la Trinidad Palermo[4]; FUNDACIÓN FAVALORO[5]; Sanatorio de la Trinidad Mitre[6]; Hospital Rivadavia[7]

Introducción: El empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (IC) representa una de las principales causas de hospitalización y reingreso. El manejo ambulatorio mediante diuréticos intravenosos en hospitales de día (HDD) ha demostrado ser una estrategia eficaz para reducir internaciones; sin embargo, su implementación es heterogénea y escasamente caracterizada en Latinoamérica. En Argentina, no existen datos sobre su disponibilidad, organización ni prácticas clínicas.



Objetivos: Evaluar la disponibilidad, organización, prácticas clínicas, barreras sobre el uso de HDD para el tratamiento ambulatorio del empeoramiento de la IC en Argentina.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, transversal, basado en una encuesta anónima y autoadministrada dirigida a médicos involucrados en el manejo de pacientes con IC en Argentina durante abril-mayo 2026. El cuestionario incluyó: características del centro, disponibilidad y nivel de complejidad del HDD, prácticas clínicas (diuréticos, estrategias de descongestión), herramientas de evaluación de congestión, estrategias de seguimiento y barreras para la implementación.



Resultados: Se incluyeron 120 médicos que representaron 107 centros de atención, con adecuada representatividad del sistema de salud (53% obra social/prepaga, 33% público, 14% mixto) y amplia distribución geográfica (32% Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 25% Provincia de Buenos Aires y 43% distribuido en múltiples provincias, con representación de diversas regiones del país, incluyendo centro, norte y Patagonia. Todos los centros reportaron atender pacientes con IC. El 43% contaba con una unidad o programa específico. La mediana de internaciones mensuales por empeoramiento de IC fue de 10 (RIC 5–20). Veinticuatro centros (22%) disponían de HDD. En centros sin HDD (n=83), las barreras predominantes fueron: falta de recursos humanos, financiamiento y apoyo institucional (51% cada una), seguidas por limitaciones de infraestructura (46%) y dificultades logísticas (31%). En los centros con HDD, el 54% correspondió a unidades de alta complejidad. El 67% contaba con protocolos definidos y el 67% utilizaba herramientas sistematizadas para la toma de decisiones terapéuticas. El volumen de pacientes tratados fue de una mediana de

50 pacientes por año (RIC 25–100). Los criterios de selección incluyeron congestión leve a moderada (79%) y estabilidad hemodinámica (63%) (Figura 1). La evaluación de la congestión se basó principalmente en la valoración clínica (96%), seguida de NT-proBNP/BNP (75%) y ecografía de VCI (75%), con menor uso de ecografía pulmonar (46%) e índice VEXUS (36%). El 63% refirió tasas de rehospitalización a 30 días inferiores al 10%; el 92% consideró que el tratamiento en HDD es seguro en pacientes seleccionados y el 100% consideró que su implementación podría reducir hospitalizaciones.

Conclusión: La implementación de hospitales de día para el manejo ambulatorio del empeoramiento de la insuficiencia cardíaca en Argentina es limitada en relación con la alta carga asistencial, evidenciando una brecha entre la demanda clínica y la disponibilidad de estructuras especializadas. Las barreras identificadas son predominantemente estructurales y organizativas. Se observa heterogeneidad en los criterios de selección y en las herramientas de evaluación de la congestión. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias que promuevan la implementación y estandarización de este modelo de atención.

0175 - USO DE POCUS PARA RECATEGORIZACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES EVALUADOS POR HEARTS CON RIESGO BAJO A MODERADO

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Multimagen

Alejo Andrés PÉREZ DE LA HOZ | **Matías Sebastián BUSTOS** | Ana DEL PUERTO MORGAN | Felipe Enrique BALLESTAS TEJADA | Gonzalo Manuel MEDINA | Ariel Karim SAAD | Claudia BUCAY | Verónica Inés VOLBERG

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

Introducción: La prevención del desarrollo de enfermedad cardiovascular es una estrategia para alivianar la carga de morbi mortalidad asociadas y debería ser un objetivo global. Las estrategias de estratificación de riesgo se estandarizan a través de distintas calculadoras que integran los principales factores de riesgo que predisponen a desarrollar enfermedad cardiovascular.

Objetivos: En este estudio nos propusimos realizar la evaluación con ecógrafos de mano en una situación de consultorio de atención primaria para detectar presencia de ateromatosis subclínica carotidea luego de la valoración de riesgo cardiovascular utilizando la calculadora de riesgo de la organización panamericana de la salud, HEARTS, cuando el riesgo calculado fuese bajo o moderado con presencia de factores moduladores como indican las guías nacionales.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional de corte transversal. Se incluyeron a todos los pacientes que concurrieron a las jornadas de detección de obesidad mayores de 40 años que dieron su consentimiento. Se les calculó el riesgo cardiovascular a través de la calculadora de riesgo HEARTS de la OPS y a aquellos que presentaban riesgo cardiovascular bajo o moderado y presentaban factores moduladores de riesgo se les realizaba una ecografía carotidea con un ecógrafo de mano.

	Bajo Riesgo	Moderado Riesgo	Alto Riesgo	Muy alto Riesgo
Edad	49 (+-5SD)	61 (+-8SD)	65 (+-10)	68 (+-9)
Femenino	90%	78%	80%	0%
Diabetes	3%	3%	46%	50%
Tabaquista	22,50%	30%	42%	50%
Presión sistólica elevada	26%	43%	56%	100%
Enfermedad coronaria	0%	3%	4%	50%
ACV	0%	0	4%	0%
Enfermedad renal crónica	3%	0	0	50%
Enfermedad vascular per	6%	0	11%	0%
IMC	31 (+-9 SD)	34 (+-7 SD)	35.7 (+-7)	30 (+-9)
Obesidad	77,50%	67%	83%	50%
Ecografia positiva	13%	54%	No	No
n	31	37	55	2

Resultados: Se incluyeron un total de 125 pacientes. La edad promedio fue de 60 años (SD 10.8), el 80 % fueron mujeres. De las variables que componen la calculadora HEARTS el 3% tenía antecedentes de enfermedad coronaria, el 1,5% de accidente cerebrovascular, el 6% de enfermedad vascular periférica, el 2% de enfermedad renal y el 22 % de diabetes. El 70% de los pacientes desconocía sus valores de colesterol. El 34 % tenía historia de tabaquismo. El 45 % se encontraba hipertenso al momento de medir la presión siguiendo la guía de la PAHO sobre el uso de la calculadora HEARTS. El 21 % de los pacientes tenía sobrepeso basado en su IMC, el 33 % obesidad grado I, el 20 % grado II y el 23% grado III. De acuerdo con la estratificación de riesgo realizada con la calculadora el 24% de los pacientes era de riesgo bajo, el 30% moderado, el 44% alto y el 2 % muy alto. A los 68 pacientes con riesgo bajo a moderado se les realizo una ecografía carotidea en el momento observándose un 35% de pacientes con presencia de placas carotídeas. La positividad de la ecografía fue significativamente mayor en el grupo de riesgo moderado que el de riesgo bajo. Luego de realizadas las ecografías el porcentaje de pacientes de riesgo alto y muy alto pasó a ser de 64,8 % representando un aumento absoluto del 18,8%.

Conclusión: La evaluación de riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular en pacientes que concurren a una consulta médica permite actuar en aquellos con riesgo aumentado e iniciar en consecuencia medidas preventivas

para reducir la morbimortalidad asociada. Las medidas higiénico-dietéticas deben ser implementadas en todos los pacientes independientemente de su riesgo, mientras que los tratamientos farmacológicos específicos y los objetivos a alcanzar varían de acuerdo con el riesgo estimado. La detección de ateromatosis subclínica en la consulta inicial permitió re estratificar a los pacientes en la primera consulta sin perder tiempo ni recursos en la realización de estudios complementarios de mayor complejidad o excesivas visitas a la consulta. Este trabajo demuestra la prometedora utilidad de la ecografía en el punto de atención con ecógrafos portátiles de mano de bajo costo para detección de ateromatosis subclínica.

0179 - ATRESIA DEL ARCO AÓRTICO: EXPERIENCIA INICIAL CON REPERMEABILIZACIÓN PERCUTANEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Germán GIMÉNEZ MOLINILLO[1] | Marcelo Sebastián CABRERA[2] | Alejandro CONTRERAS[1] | Antonio GUEVARA[1] | Lucrecia María DE ANQUIN[2] | Rodrigo MOLINAS FERNÁNDEZ[1] | Ignacio JUANEDA[1] | Alejandro Román PEIRONE[1]

Hospital Privado Universitario de Córdoba[1]; Hospital de Niños de Córdoba[2]

Introducción: La atresia del arco aórtico (AAA) es una cardiopatía congénita infrecuente donde el arco aórtico y la aorta descendente están conectados por un cordón fibroso con obliteración completa de la luz. Existen reportes aislados de casos con abordaje percutáneo.

Objetivos: Describir nuestra experiencia, estrategias de abordaje y tratamiento, así como resultados a corto y mediano plazo de la repermeabilización percutánea de AAA en pacientes pediátricos.

Materiales y Métodos: Serie de casos que incluye 3 pacientes pediátricos desde enero 2024 a abril 2026 con AAA, que cumplieron los criterios de inclusión: pacientes con sospecha tomografíca y/o confirmación angiográfica de AAA, definida por evidencia de interrupción luminal aórtica con continuidad fibrosa de los cabos. El éxito técnico se definió como la recanalización luminal satisfactoria sin complicaciones mayores como la disección/ruptura aórtica, embolización de stent, accidente cerebro vascular o muerte.

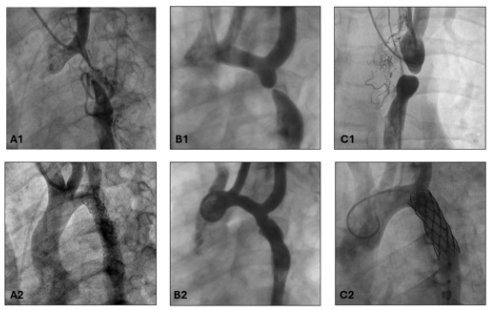


Figura 1: A1 B1 C1. Caso 1, 2 y 3 pre-repermeabilización. A2 B2 C2. Caso 1, 2 y 3 post-repermeabilización.

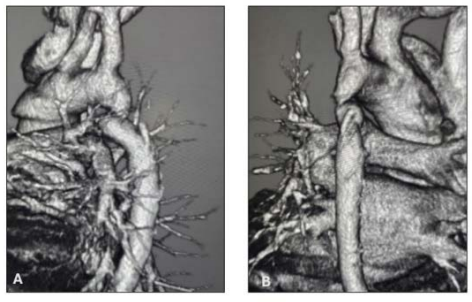


Figura 2: Caso 3. A. Angiotomografía con reconstrucción 3D: vista lateral. B. Angiotomografía con reconstrucción 3D: vista posterior.

Resultados: Se incluyeron 3 pacientes con una mediana de edad de 3 años (2-11) y 25 kg (13-49) de peso. En todos los casos, bajo anestesia general y monitorización hemodinámica invasiva, se utilizó un acceso vascular mixto combinando el abordaje carotídeo con accesos arteriales femorales para evaluación angiográfica. Se consideraron candidatos a punción carotidea ecoguiada aquellos pacientes mayores de 5 años o con una arteria carótida mayor a 4 mm por angio-TAC, de lo contrario se realizó abordaje híbrido por disección quirúrgica. El cruce anterógrado del segmento atrético se guió por fluoroscopia y se realizó con guías de obstrucciones crónicas. La anticoagulación se realizó con heparina sódica. El éxito técnico se alcanzó en todos los pacientes sin registrarse complicaciones. La distancia de separación entre cabos aórticos (1 a 9 mm) determinó la estrategia. Caso 1: Varón de 3 años con diagnóstico clínico de coartación severa. El cateterismo confirmó AAA con brecha de 9 mm. Mediante abordaje híbrido (exposición carotídea y punción arterial femoral) se realizó repermeabilización mecánica anterógrada con guía de obstrucciones crónicas, angioplastia con balón coronario e implante de stent Visi-Pro (8x27 mm). Al año se realizó redilatación programada del stent por crecimiento somático. Actualmente está asintomático, con adecuado progreso ponderal y gradiente no invasivo brazo-pierna de 10 mmHg. Caso 2: Varón de 2 años con sospecha de coartación severa y válvula mitral en parachute. La angio-TAC sugirió AAA (brecha: 1 mm) y diámetro de arteria carótida común derecha (ACCD) de 4 mm. Se abordó mediante punción

ecoguiada de ACCD y arteria femoral. Tras el cruce anterógrado con guía de obstrucciones crónicas se conformó un loop carotídeo-femoral, realizándose angioplastias con balones de 4x15 mm y 8x20 mm. No se implantó stent debido a la corta distancia y falta de disponibilidad inmediata. Evoluciona asintomático y normotenso bajo tratamiento con propranolol. Caso 3: Varón de 11 años derivado por urgencia hipertensiva durante un examen predeportivo. La angio-TAC evidenció AAA con marcada circulación colateral (brecha: 3 mm). Se realizó punción carotídea ecoguiada y femoral, logrando establecer un loop carotídeo-femoral. Se implantó un stent CP recubierto de 45 mm sobre balón de 14 mm con recanalización satisfactoria, abolición total del gradiente y normalización tensional sin fármacos.

Conclusión: La repermeabilización percutánea de la AAA mediante guías de obstrucciones crónicas y accesos vasculares poco frecuentes es una alternativa terapéutica factible y segura en centros experimentados. Un mayor número de casos junto a un seguimiento a largo plazo serán necesarios para respaldar estos resultados.

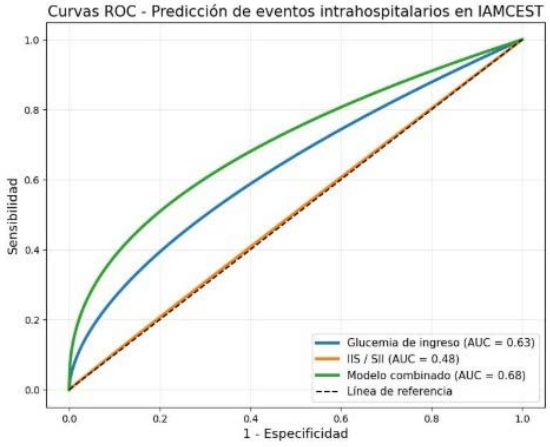
0181 - UMBRAL PRONÓSTICO DE GLUCEMIA DE INGRESO EN ASOCIACIÓN CON EL ÍNDICE INMUNO-INFLAMATORIO SISTÉMICO PARA PREDECIR EVENTOS INTRAHOSPITALARIOS EN PACIENTES CON IAMCEST

Cardiopatía Isquémica

Georgina BOJORQUE | Lourdes Florencia BENITEZ | Lucas Ramón AGUILAR | Maicol Emiliano FERREIRA | Agustina TOME SCHABEHORN | Nerina GIMENEZ

INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE CORRIENTES JUANA FRANCISCA CABRAL

Introducción: El infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) presenta una morbimortalidad estrechamente ligada a la respuesta metabólica e inflamatoria inicial. En este contexto, la hiperglucemia de ingreso se ha consolidado como un biomarcador de estrés agudo que predice desenlaces adversos, independientemente del diagnóstico previo de diabetes, al reflejar una activación neurohormonal exacerbada que compromete la microcirculación. Paralelamente, el Índice de Inmuno-Inflamación Sistémica (SII) surge como una herramienta accesible para cuantificar la respuesta inflamatoria, demostrando una alta correlación con el desarrollo de falla de bomba y eventos isquémicos mayores en pacientes tratados con angioplastia primaria (Yang et al.; Elsayed et al.). Si bien ambos parámetros poseen valor pronóstico individual, la interacción entre el estrés metabólico y la carga inflamatoria sistémica sugiere una sinergia fisiopatológica. Sin embargo, no se ha definido con precisión un umbral de glucemia que, en combinación con un SII elevado, optimice la estratificación de riesgo intrahospitalario. El presente estudio busca determinar dicho valor crítico para identificar tempranamente a los pacientes con mayor vulnerabilidad clínica en nuestro centro.



Variable	OR	IC95%	Valor P
Glucemia alta + IIS alto	2,98	1,41–6,29	0,004

Objetivos: Establecer un umbral de glucemia de ingreso útil para la estratificación de riesgo clínico en pacientes con IAMCEST, considerando la respuesta inflamatoria sistémica.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, realizado en pacientes adultos internados por IAMCEST en un centro cardiovascular de alta complejidad durante el año 2024. El evento compuesto intrahospitalario incluyó edema agudo de pulmón, shock cardiogénico, reinfarto, taquicardia ventricular sostenida, fibrilación ventricular y muerte.

Resultados: Se incluyeron 200 pacientes, con edad media de 61 años; el 82,5% fueron hombres y el 36% presentaban antecedente de diabetes mellitus. La incidencia global de eventos intrahospitalarios fue del 17,5%.

Conclusión: En pacientes con IAMCEST, la glucemia de ingreso se asoció de forma independiente con la ocurrencia de eventos cardiovasculares intrahospitalarios. Un umbral de 144 mg/dL permitió identificar pacientes con mayor riesgo

clínico, con elevado valor predictivo negativo. Aunque el IIS/SII no mostró valor pronóstico independiente, la combinación de hiperglucemia e inflamación sistémica definió un perfil de mayor vulnerabilidad clínica y mejoró modestamente la discriminación del riesgo. Estos hallazgos sugieren que la glucemia de ingreso representa una herramienta simple, rápida y ampliamente disponible para la estratificación temprana del riesgo en IAMCEST.

0184 - ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS/GLUCOSA Y ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA: COMPARACIÓN CON SÍNDROME METABÓLICO Y SUS COMPONENTES INDIVIDUALES

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Medicina Vascular

Sergio Ariel GONZÁLEZ | **María Noelia BRENZONI** | Renzo Eduardo MELCHIORI | Cecilia SPARNOCHIA | Guido Manuel GARCÍA JUÁREZ | Pamela Andrea ALARCON | Fabián Edie FERRONI | Carlos CASTELLARO

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Introducción: El índice triglicéridos/glucosa (ITG) ha sido propuesto como un marcador de insulino-resistencia (IR) que podría ser útil para estimar riesgo aterosclerótico en prevención primaria cardiovascular. Su capacidad predictiva frente a definiciones más complejas como el síndrome metabólico (SMTB) permanece insuficientemente caracterizada.

Objetivos: Comparar la capacidad predictiva del ITG respecto al SMTB categórico y a sus componentes individuales para detectar aterosclerosis subclínica (ATS) mediante ultrasonografía carotídeo-femoral

Materiales y Métodos: Se analizó una cohorte prospectiva de 6954 pacientes. Se evaluaron antecedentes clínicos, factores de riesgo cardiovascular (FR), presión arterial, antropometría y laboratorio: glucemia, triglicéridos, HDL y conteo absoluto de neutrófilos (NEU). Se excluyeron pacientes con evento cardiovascular, diabetes, enfermedades crónicas, e insuficiencia renal avanzada. Se definió ATS como >=1 placa carotído/femoral mediante ecografía (Mannheim). Se calcularon tres modelos de regresión logística para predicción de ATS: ITG (modelo 1), SMTB categórico (modelo 2), y componentes individuales del SMTB (modelo 3), ajustados por covariables con plausibilidad biológica (edad, sexo masculino, tabaquismo, sedentarismo y NEU). La capacidad predictiva y discriminativa de cada modelo se evaluó mediante pseudo-R^2 de Nagelkerke y AUC-ROC, respectivamente.

Modelo	Variable Incluida	AUC ROC (IC95%)	p vs ITG (DeLong)	Pseudo-R^2	Hosmer-Lemeshow p
1	ITG	0.824 (0.814–0.834)	----	0.4026	>0.05
2	SMTB	0.824 (0.814–0.833)	0.980	0.4012	>0.05
3	Componentes individuales: SMTB (PA, GLUC,TG, IMC,HDL)	0.829 (0.819–0.839)	0.501	0.4134	>0.05

Resultados: Ingresaron 5908 pacientes (51.8±11.3 años; 56,1% varones). Tanto el ITG como el SMTB categórico se asociaron independientemente con ATS [OR 1.32 (1.16–1.49) y OR 1.35 (1.15–1.58), respectivamente]. En el modelo por componentes individuales, únicamente la PA elevada y el HDL bajo mantuvieron asociación independiente con ATS. Los tres modelos mostraron desempeño similar: tanto para su poder predictivo como su capacidad discriminativa (tabla1)

Conclusión: El ITG mostró capacidad predictiva para ATS subclínica comparable al SMTB y a sus componentes individuales, sugiriendo que aproximaciones metabólicas continuas podrían resumir eficientemente el riesgo aterogénico asociado a IR en estrategias simplificadas de prevención cardiovascular.

0185 - PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA EN PACIENTES CARDIOLÓGICOS INTERNADOS: UN ANÁLISIS BASADO EN CONSENSOS VIGENTES

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Franco BOTTINI | Alesis RAFFAELI | Nicolás LALOR

Sanatorio Anchorena

Introducción: Actualmente diversas sociedades científicas recomiendan el tamizaje de síntomas de depresión y ansiedad en pacientes cardiovasculares para mejorar la detección precoz de trastornos vinculados a la salud mental en esta población. Se han propuesto como instrumentos de medición los cuestionarios Patient Health Questionnaire (PHQ) y Generalized Anxiety Disorder (GAD) en sus versiones cortas (PHQ-2 y GAD-2) y extendidas (PHQ-9 y GAD-7) por su

alta sensibilidad y facilidad de implementación. Estas recomendaciones permitieron detectar una elevada prevalencia de esta sintomatología en otros países y contextos, sin embargo la literatura local es aún escasa.

Objetivos: Describir las características basales y determinar la prevalencia y gravedad de síntomas de depresión y ansiedad en una población de pacientes adultos internados por enfermedades cardiovasculares en unidad cerrada de un sanatorio de alta complejidad.

Materiales y Métodos: Estudio observacional y transversal que incluyó 112 pacientes, realizado entre octubre de 2025 y abril de 2026. Se realizó un tamizaje escalonado mediante PHQ-2 y GAD-2. Los pacientes con resultados positivos en las versiones cortas (>= 3 puntos) completaron las escalas extendidas (PHQ-9 y GAD-7). La gravedad de la sintomatología se clasificó según estos últimos dos instrumentos en: leve (5-9 puntos), moderada (10-14) y severa (>=15).

Resultados: La edad media fue 64,88 ± 11,74 años. La prevalencia de factores de riesgo fue: hipertensión arterial 63,4% (n=71), enfermedad vascular significativa 50,9% (n=57), dislipidemia 47,3% (n=53), diabetes 24,1% (n=27) y tabaquismo 17,9% (n=20). La media de Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo fue de 54,03 ± 12,86%. La estrategia de tamizaje inicial mostró una especificidad del 100%: ningún paciente con screening positivo obtuvo menos de 5 puntos en las escalas extendidas. Un 49,1% (n=55) de la muestra presentó al menos un test positivo (PHQ-9 o GAD-7). Mediante PHQ-9, se hallaron síntomas de depresión: leve 4,5% (n=5), moderada 7,1% (n=8) y severa 8,9% (n=10). Según GAD-7, la sintomatología ansiosa fue: leve 9,8% (n=11), moderada 18,8% (n=21) y severa 12,5% (n=14). Un total de 11 pacientes (9,8%) presentaban tanto síntomas ansiosos como depresivos en forma moderada a severa.

Conclusión: Utilizando los instrumentos recomendados por consensos actuales, se logró detectar que casi la mitad de la población (49,1%) presenta distrés emocional al menos leve y un 37% (n= 42) padece síntomas moderados a severos. Estas cifras se encuentran dentro de lo esperado para esta población según literatura internacional. La elevada sensibilidad y la fácil implementación de este método del tamizaje permitió identificar eficientemente pacientes en riesgo de presentar trastornos de salud mental para su oportuna derivación.

0187 - REGISTRO DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: DIFERENCIAS CLÍNICAS, TERAPÉUTICAS Y PRONÓSTICAS ENTRE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN Y SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: ANÁLISIS DE UN REGISTRO DE MÁS DE 5 AÑOS, DE UN CENTRO DE GRAN BUENOS AIRES

Cardiopatía Isquémica

Adrián Demetrio HRABAR | Alberto Alfredo FERNANDEZ | Mario Antonio FERRARO | Lucrecia SICILIANO | Julieta PARRAS GALLERO | Álvaro YÁNEZ | Michael Rafael BARBERAN FLORES DE VALGAS | **Agustín Ezequiel NELSON**

Sanatorio Modelo de Quilmes

Introducción: El síndrome coronario agudo (SCA) constituye una de las principales causas de mortalidad cardiovascular en Argentina, ocupando la tercera causa de mortalidad global. El infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) y sin elevación del ST (IAMSEST) presentan diferencias fisiopatológicas, evolutivas y terapéuticas, lo que impacta de manera directa en el pronóstico del paciente a corto y mediano plazo

Objetivos: Comparar las características clínicas basales, las estrategias de tratamiento, la evolución clínica y la mortalidad intrahospitalaria entre pacientes con IAMCEST e IAMSEST incluidos en un registro unicéntrico de 6 años.

Materiales y Métodos: Análisis comparativo de un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y unicéntrico, de un registro desde el año 2020 al 2026, donde se incluyeron consecutivamente un total de 248 pacientes internados con diagnóstico de IAM, entre ellos, IAMCEST 122 pacientes e IAMSEST 126 pacientes. Las variables analizadas incluyeron características demográficas, factores de riesgo cardiovascular, presentación clínica, puntajes de estratificación de riesgo,

Variable Analizada	IAMCEST (n=122)	IAMSEST (n=126)	Valor p
Edad (años ± DE)	65.7 ± 11.6	67.9 ± 12.9	0.149
Diabetes Mellitus (%)	19.7%	**33.3%**	**0.015**
Hipertensión Arterial (%)	59.0%	**71.4%**	**0.040**
Mortalidad Intrahospitalaria (%)	9.0%	12.7%	0.352
Shock Cardiogénico (%)	**9.01%**	1.58%	**0.006**
Insuficiencia Cardíaca (%)	**19.7%**	6.3%	**0.002**

estrategias de reperfusión/revascularización, tratamiento farmacológico, complicaciones y mortalidad intrahospitalaria. El análisis estadístico se realizó con prueba de Chi-cuadrado o Test Exacto de Fisher para variables categóricas, y prueba de T de Student o U de Mann-Whitney para variables continuas, según corresponda.

Resultados: Los pacientes con IAMCEST fueron de menor edad sin diferencia estadísticamente significativa (65.7 ± 11.6 años vs 67.9 ± 12.9; p = 0.149), con menor prevalencia de diabetes (19.7% vs 33.3%; p = 0.015) e hipertensión arterial (59.0% vs 71.4%; p = 0.040), en contraste con el grupo con IAMSEST. La estrategia de reperfusión/revascularización se utilizó en el 97.5% de los IAMCEST (angioplastia primaria 63.9%, terapia farmacoinvasiva/trombolisis 24.6%, angioplastia diferida 10.7%), y estrategia conservadora en el 2.5%, mientras que la estrategia invasiva precoz se realizó en el 94.4% de los IAMSEST. El uso al alta de doble antiagregación, anticoagulación, betabloqueantes, IECA/ARA II y estatinas fue similar en ambos grupos (sin diferencia estadísticamente significativa). La mortalidad intrahospitalaria fue 9.0% en IAMCEST vs. 12.7% en IAMSEST (p = 0.352). Las complicaciones intrahospitalarias más frecuentes fueron shock cardiogénico (9.01% vs. 1.58%; p = 0.006), insuficiencia cardíaca (19.7% vs. 6.3%; p = 0.002) y arritmias (18.9% vs. 12.7%; p = 0.183).

Conclusión: Los pacientes con IAMCEST e IAMSEST presentaron diferencias significativas en cuanto a la distribución de los factores de riesgo cardiovascular y metabólicos, a favor de hipertensión arterial y diabetes en la rama de IAMSEST en contraposición con el grupo de IAMCEST que mostró mayor tasa de complicaciones hemodinámicas, como insuficiencia cardíaca y shock cardiogénico. El IAMSEST presentó mayor mortalidad intrahospitalaria (12.7% vs 9%), en nuestro registro, contrariamente a los esperado, posiblemente vinculada a que los pacientes con desenlace fatal exhibían una mayor carga de comorbilidades, mayor complejidad clínica y un perfil basal de riesgo más elevado en comparación con el grupo de IAMCEST. Esto sugiere que el pronóstico y evolución del paciente se encuentra fuertemente condicionado por las características clínicas subyacentes, reforzando la importancia de una estrategia terapéutica individualizada.

0193 - IMPACTO DE LA EXTUBACIÓN ULTRA FAST-TRACK VERSUS FAST TRACK SOBRE LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Luciano COPELLO | María Victoria TRUCCO | Mauro Leandro GARCÍA | Florencia Magali RIVERO | Oscar BIROLLO | Aldana FERNÁNDEZ | Leonel PERELLO

HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN

Introducción: Las estrategias fast track y ultra fast-track en cirugía cardiovascular buscan optimizar la recuperación postoperatoria, reducir la exposición a ventilación mecánica y mejorar la utilización de recursos hospitalarios. Mientras el fast track propone la extubación temprana en la unidad de cuidados críticos, la estrategia ultra fast-track plantea la extubación inmediata en quirófano. Sin embargo, su impacto clínico real en contextos asistenciales locales continúa siendo motivo de evaluación.

Objetivos: Comparar la evolución postoperatoria de pacientes sometidos a cirugía cardiovascular según estrategia de extubación ultra fast-track o fast track.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular entre 2023 y 2025. Los pacientes se agruparon según estrategia de extubación: ultra fast-track, definida como extubación inmediata en quirófano, y fast track, definida como extubación temprana durante el postoperatorio. Se compararon características basales, estancia en unidad coronaria, días postoperatorios, complicaciones respiratorias, reintubación y mortalidad intrahospitalaria. Las variables continuas se expresaron como media ± desvío estándar o mediana y rango intercuartílico, según distribución. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes. Se utilizaron pruebas de comparación entre grupos, considerando significativo un valor de p < 0,05.

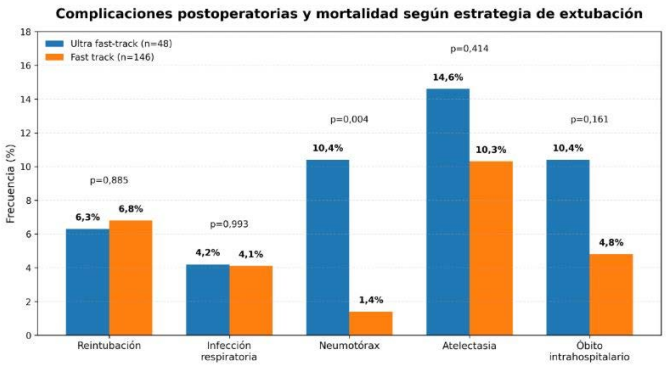


Figura 1. Complicaciones postoperatorias y mortalidad según estrategia de extubación

Resultados: Se incluyeron 194 pacientes, 48 en el grupo ultra fast-track (24,7%) y 146 en fast track (75,3%). No se observaron diferencias significativas en edad (53,69 ± 8,12 vs 54,30 ± 7,94 años; p=0,645), sexo masculino (81,3% vs 80,8%; p=0,948), fracción de eyección (49,19 ± 12,22% vs 48,53 ± 12,52%; p=0,751) ni comorbilidades principales. No hubo diferencias significativas en días de internación en unidad coronaria (5,00 [3,00–7,75] vs 4,00 [3,00–6,00]; p=0,194) ni en días postoperatorios (7,00 [5,25–11,75] vs 7,00 [6,00–10,25]; p=0,945). La reintubación fue similar entre grupos (6,3% vs 6,8%; p=0,885), al igual que la infección respiratoria (4,2% vs 4,1%; p=0,993), atelectasia (14,6% vs 10,3%; p=0,414) y mortalidad intrahospitalaria (10,4% vs 4,8%; p=0,161). El neumotórax fue más frecuente en ultra fast-track (10,4% vs 1,4%; p=0,004).

Conclusión: En nuestro centro, la estrategia de extubación ultra fast-track no demostró beneficios significativos sobre el protocolo fast-track en términos de estancia en unidad de cuidados críticos, tasa de reintubación, infección respiratoria ni mortalidad intrahospitalaria, aunque sí evidenció ser una alternativa segura en pacientes cuidadosamente seleccionados. La diferencia de frecuencia de neumotórax observada requiere interpretación cautelosa. Estos hallazgos refuerzan que el éxito de los protocolos de recuperación acelerada no depende únicamente del momento de la extubación, sino también de una adecuada selección preoperatoria, optimización hemodinámica intraoperatoria y manejo estandarizado del postoperatorio.

0201 - EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS: EXPERIENCIA DE UN REGISTRO CONTEMOPORÁNEO

Arritmias y Electrofisiología / Cardio Geriatría

Agustín VIGNATTI

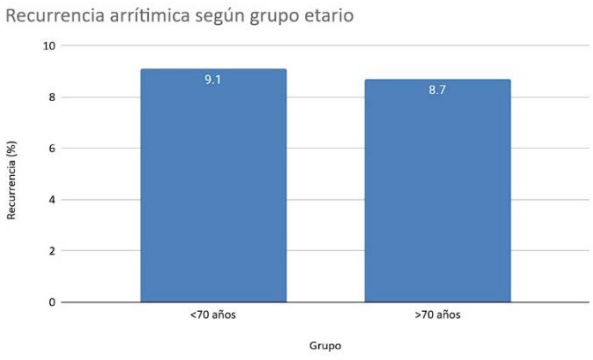
SERVICIO DE ELECTROFISIOLOGÍA Y ARRITMIAS GRUPO 4F

Introducción: La fibrilación auricular (FA) presenta una prevalencia creciente en pacientes añosos, aunque estos han sido históricamente subrepresentados en los estudios sobre ablación por catéter. Existe incertidumbre respecto a la eficacia y seguridad del procedimiento en esta población debido a la mayor carga de comorbilidades y fragilidad clínica.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la ablación de FA en pacientes >=70 años comparados con pacientes <70 años en un registro contemporáneo de práctica real.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, multicéntrico y retrospectivo, incluyendo 200 pacientes sometidos a una primera ablación de FA mediante radiofrecuencia o crioablación. Los pacientes fueron estratificados según edad: >=70 años (n=46) y <70 años (n=154). La estrategia de ablación incluyó aislamiento de venas pulmonares mediante WACA. El endpoint principal de eficacia fue la recurrencia arrítmica tardía y el de seguridad la incidencia de complicaciones relacionadas al procedimiento. Se analizaron además recurrencia temprana y variables clínicas basales.

Resultados: Los pacientes >=70 años presentaron mayor riesgo basal, con valores significativamente más elevados de CHADVA y HAS-BLED (p<0,001 en ambos casos), sin diferencias significativas en proporción de FA persistente ni parámetros ecocardiográficos. La recurrencia temprana fue similar entre grupos (8,7% vs 7,1%; p=0,72), al igual que la recurrencia arrítmica tardía (8,7% vs 9,1%; p=0,94). Las complicaciones relacionadas al procedimiento fueron numéricamente más frecuentes en pacientes >=70 años (13% vs 5,2%), aunque sin alcanzar significación estadística (p=0,08).



Conclusión: En este registro contemporáneo, la ablación de FA en pacientes >= 70 años mostró una eficacia comparable a la observada en pacientes más jóvenes, pese a un perfil clínico basal de mayor riesgo. La mayor frecuencia numérica de complicaciones observada en pacientes añosos refuerza la necesidad de una cuidadosa selección de candidatos y optimización del manejo periprocedimiento. La edad avanzada, por sí sola, no debería considerarse una contraindicación aislada para la ablación de FA.

0203 - PREVALENCIA E IMPACTO PRONÓSTICO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR AL DIAGNÓSTICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRETINA

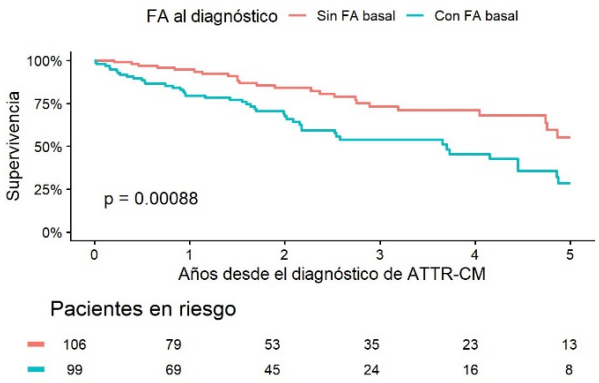
Arritmias y Electrofisiología / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Pedro TOUZAS | Santiago DECOTTO | Florencia CANTORA | María Adela AGUIRRE | María Lourdes POSADAS MARTINEZ | Elsa NUCIFORA | Gustavo MAID | Diego PÉREZ DE ARENAZA

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es una arritmia frecuente en la amiloidosis cardíaca por transtiretina (ATTR-CM), aunque su impacto pronóstico independiente al momento del diagnóstico no ha sido completamente esclarecido.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de FA basal en una cohorte de pacientes con ATTR-CM y analizar su asociación con mortalidad en el seguimiento.



	ATTR con FA al diagnostico (n=99)	ATTR sin FA al diagnóstico (n=106)	p valor
Años al diagnóstico (media, DE)	82.2 ± 7.7	78.7 ± 8.1	**0.002**
Masculino, % (n)	85.9 (85)	80.2% (85)	0.281
Hipertensión, % (n)	82.8 (82)	71.7 (76)	0.058
NYHA III–IV , % (n)	50,5 (50)	15,1 (16)	**<0.001**
Diabetes, % (n)	23.2 (23)	13.2 (14)	0.062
Clearance de creatinina, ml/min [mediana, RIC]	45.1 [34.9–62.8]	54.7 [44.5–70.7]	**<0.001**
ClCr <30 ml/min o diálisis, % (n)	15.8 (15)	3 (3)	**0.002**
IC al diagnóstico, % (n)	80.8 (80)	44.3 (47)	**<0.001**
NT-ProBnp, pg/ml [mediana, RIC]	4111 [2136–6232]	1636 [668–3096]	**<0.001**
HS-Tnt, pg/ml [mediana, RIC]	56 [41–84]	40 [29–61]	**<0.001**
Ecocardiograma transtorácico			
Espesor septal, mm (media, DE)	16.8 ± 3.7	16.2 ± 3.5	0.273
FEVI, % (media, DE)	50.4 ± 9.8	56.5 ± 10.2	**<0.001**
Volumen AI, ml/m2 (media, DE)	63.8 ± 17.5	54.4 ± 13.8	**<0.001**
Disfunción VD, % (n)	36.4 (36)	19.4 (20)	**0.007**
PSAP, mmHg (media, DE)	43.1 ± 12.2	37.6 ± 12.6	**0.003**
Resonancia magnética (n=115)			
FEVI, % [mediana, RIC]	47.0 [41.0–51.0]	57.0 [47.0–63.8]	**<0.001**
Máximo espesor, mm (media, DE)	18.8 ± 3.1	18.3 ± 3.3	0.427
FEVD, % [mediana, RIC]	41.3 [34.5–49.5]	52.0 [46.0–60.0]	**<0.001**
T1 mapping nativo, mseg (n=76), [mediana, RIC]	1119.5 [1100.0–1163.8]	1122.0 [1105.8–1150.5]	0.763
VEC, % (n=68) [mediana, RIC]	49.0 [41.0–57.0]	49.0 [40.5–57.6]	0.868

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte unicéntrico, observacional y retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de ATTR-CM, tanto wild-type como variante, establecido según los algoritmos diagnósticos convencionales en el periodo de 2011 a 2025. Los pacientes fueron clasificados según la presencia o ausencia de FA (paroxística, persistente y permanente) al momento del diagnóstico de ATTR-CM. Se compararon variables clínicas, de imágenes y de laboratorio entre ambos grupos. El punto final primario fue mortalidad por cualquier causa. Se realizaron modelos de regresión de Cox para evaluar la asociación entre FA basal y mortalidad durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 205 pacientes, con una edad media de 80 (+/-8) años, 83% (n=170) hombres. Al momento del diagnóstico, 48% (n=99) presentaban el antecedente de FA. En comparación con los pacientes sin FA al diagnóstico, aquellos con FA fueron más añosos, más sintomáticos, presentaron mayor prevalencia de insuficiencia cardíaca, peor función renal, niveles más elevados de NT-proBNP y troponina, y peores parámetros imagenológicos (TABLA 1). Durante una mediana de seguimiento de 1.9 años [RIC 0.9 - 3.3], la mortalidad por cualquier causa fue de 36% (N=74). Los pacientes con FA basal presentaron mayor mortalidad comparado con los pacientes sin antecedentes de FA (48.5% vs 24.5%, Log-Rank p<0.001; FIGURA 1). En el modelo de Cox multivariado que incluyó edad al diagnóstico, Log-NT-ProBnp, tasa de filtrado glomerular y FA basal, la única variable asociada en forma independiente con mortalidad fue el log-NT-proBNP (HR 1,7; IC95% 1,26–2,37; p<0,001).

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes con ATTR-CM casi la mitad de los pacientes se presentó con FA al momento del diagnóstico. La FA se comportó como marcador de enfermedad avanzada, sin asociación independiente con mortalidad luego del ajuste con variables clínicamente relevantes.

0204 - CARACTERÍSTICAS ELECTROCARDIOGRÁFICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS ELÉCTRICOS EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRETINA

Arritmias y Electrofisiología / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Pedro TOUZAS | Santiago DECOTTO | Pilar DOMENECH | María Adela AGUIRRE | María Lourdes POSADAS MARTINEZ | Elsa NUCIFORA | Gustavo MAID | Diego PÉREZ DE ARENAZA

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La amiloidosis cardíaca por transtiretina (ATTR-CM) se asocia con una elevada carga de alteraciones eléctricas, incluyendo trastornos de conducción, fibrilación auricular y necesidad de estimulación cardíaca. Sin embargo, la frecuencia de estos hallazgos al diagnóstico y su evolución durante el seguimiento no se encuentra completamente caracterizada en cohortes locales.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir los hallazgos electrocardiográficos al diagnóstico y evaluar la incidencia de fibrilación auricular y requerimiento de marcapasos en pacientes con ATTR-CM.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte unicéntrico, observacional y retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de ATTR-CM, tanto wild-type como variante, establecido según los algoritmos diagnósticos convencionales en el periodo de 2011 a 2025. Se analizaron hallazgos del electrocardiograma basal, incluyendo microvoltaje, patrón de pseudoinfarto y bloqueo de rama derecha. Se describió la prevalencia de fibrilación auricular y de marcapasos al momento del diagnóstico. Los eventos incidentes se definieron como aquellos ocurridos con posterioridad al diagnóstico de ATTR-CM. Se calcularon incidencias acumuladas y tasas de incidencia por 100 personas-año para nueva fibrilación auricular y nuevo implante de marcapasos.

	Amiloidosis TTR (n=205)
Años al diagnóstico (media, DE)	80.4 ± 8.1
Masculino, % (n)	82.9 (170)
ATTRwt, % (n)	91.2 (187)
Insuficiencia cardíaca al diagnóstico, % (n)	62 (127)
NT-proBNP/proBNP, pg/ml [mediana, RIC]	2499 [1099–5297]
Electrocardiograma basal (n=202)	
Microvoltaje, % (n)	40.1 (81)
Pseudoinfarto, % (n)	66.3 (134)
Bloqueo completo de rama derecha, % (n)	35,6 (72)
FA previo al diagnóstico, % (n)	48,3 (99)
Marcapasos previo al diagnóstico, % (n)	6,8 (14)
Ecocardiograma transtorácico	
Espesor septal, mm (media, DE)	16,5 ± 3,6
FEVI, % (media, DE)	53,5 ± 10,4
Volumen AI, ml/m2 (media, DE)	59,0 ± 16,4
Resonancia magnética (n=115)	
FEVI, % [mediana, RIC]	57.0 [47.0–63.8]
Máximo espesor, mm (media, DE)	18.3 ± 3.3
T1 mapping nativo, mseg (n=76), [mediana, RIC]	1122.0 [1105.8–1150.5]
VEC, % (n=68) [mediana, RIC]	49.0 [40.5–57.6]

Resultados: Se incluyeron 205 pacientes con ATTR-CM, de los cuales 187 correspondieron a ATTR wild-type y 18 a ATTR variante (TABLA). La edad media al diagnóstico fue de 80,4 ± 8,1 años y el 82,9% (n=170) fueron hombres. En el electrocardiograma basal, el 66,3% (n=134) presentó patrón de pseudoinfarto, 40,1% (n=81) microvoltaje y 35.6% (n=72) bloqueo de rama derecha. La prevalencia de marcapasos previo al diagnóstico fue de 6.8% (n=14) y de fibrilación auricular al diagnóstico de 48,3% (n=99) . Durante una mediana de seguimiento fue de 1,9 años [RIC 0,9–3,3], hubo una incidencia acumulada de fibrilación auricular de 20,8% (n=22, FIGURA) y una tasa de incidencia de 9,42 eventos por 100 personas-año (IC95% 5,91–14,27). Asimismo, la incidencia acumulada de colocación de marcapasos fue de 5,8% (n=11, FIGURA), con una tasa de 2,60 eventos por 100 personas-año (IC95% 1,30–4,64).

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con ATTR-CM, las alteraciones electrocardiográficas basales fueron altamente prevalentes, destacándose el patrón de pseudoinfarto, el microvoltaje y la prevalencia de fibrilación auricular. Además, durante el seguimiento se observó una incidencia relevante de nueva fibrilación auricular y de requerimiento de marcapasos, lo que resalta la carga progresiva de trastornos eléctricos en esta población.

0205 - "RECONSTRUCCIÓN VD-AP CON CONDUCTO VALVULADO DE PERICARDIO AUTÓLOGO Y NEOCUSPIDIZACIÓN PULMONAR MEDIANTE TÉCNICA AVATAR EN UN LACTANTE CON ATRESIA PULMONAR Y COMUNICACION INTERVWNTRICULAR"

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto

Manuel Andrés CASTRO GARCÍA | María Sol DE LOS SANTOS | Natalia Lorena TRONCOSO | Marisol RODRIGUEZ | Inés Ana MARTÍNEZ | Ignacio LUGONES

Hospital General de Niños "Pedro Elizalde"

Introducción: La reconstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho en pacientes pediátricos con cardiopatías congénitas complejas continúa siendo un desafío quirúrgico, especialmente en neonatos y lactantes de bajo peso. La limitada disponibilidad de homoinjertos y la degeneración progresiva de los conductos protésicos impulsan el desarrollo de alternativas biológicas autólogas. La utilización de pericardio autólogo fresco asociado a técnicas de neocuspidización valvular podría ofrecer ventajas hemodinámicas y biológicas, evitando material protésico y potencialmente reduciendo fenómenos degenerativos, infecciosos y trombóticos.

Objetivos: Objetivo Describir la factibilidad y los resultados iniciales de la reconstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho mediante confección de un tubo ventrículo derecho–arteria pulmonar (VD-AP) valvulado con pericardio autólogo fresco y neocuspidización pulmonar utilizando la técnica AVaTAR en un lactante con atresia pulmonar y comunicación interventricular (CIV).

Materiales y Métodos: Se presenta el caso de un lactante de 2 meses de vida, con peso de 2,89 kg, nacido pretérmino, con diagnóstico de atresia pulmonar con CIV y circulación pulmonar dependiente de ductus arterioso. Como paliación inicial se realizó angioplastia ductal con implante de stent de 3,5 mm. Posteriormente se efectuó corrección quirúrgica completa mediante cierre de CIV y reconstrucción VD-AP con un conducto valvulado confeccionado íntegramente con pericardio autólogo fresco. El conducto de 14 mm incorporó tres neovalvas de pericardio autólogo implantadas según técnica AVaTAR.

Resultados: La cirugía se realizó bajo circulación extracorpórea y cardioplejía. Se efectuó cierre del ductus arterioso permeable, cierre de la CIV con parche de Gore-Tex®, resección de bandas musculares del tracto de salida derecho, ampliación de la bifurcación pulmonar y extracción parcial de stent alojado en la rama pulmonar izquierda. El tubo valvulado de pericardio autólogo fue anastomosado distalmente a la bifurcación pulmonar y proximalmente al ventrículo derecho mediante técnica con "hood" de ampliación. El ecocardiograma transesofágico intraoperatorio mostró adecuada conexión VD-AP, ausencia de gradientes significativos y mínima insuficiencia valvular. Los controles ecocardiográficos posteriores evidenciaron tubo vd-ap con insuficiencia trivial, ausencia de obstrucción significativa del tracto de salida del ventrículo derecho, CIV cerrada sin cortocircuito residual, con adecuada función biventricular. Al momento de este trabajo el paciente se encuentra libre de reintervenciones.

Conclusión: La confección de un conducto VD-AP valvulado utilizando pericardio autólogo fresco y neocuspidización pulmonar mediante técnica AVaTAR demuestra ser una alternativa factible y efectiva en lactantes con atresia pulmonar y CIV. Esta estrategia representa una alternativa quirúrgica innovadora y reproducible para la reconstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho en pacientes pediátricos complejos, particularmente en contextos con disponibilidad limitada de homoinjertos.

0208 - RESULTADOS DEL REGISTRO DE FACTORES PSICOSOCIALES EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

María Cecilia LOPEZ[1] | Gustavo GIUNTA[2] | Leonardo Luis CÁCERES[2] | Sandra Isabel DÍAZ[1] | Héctor Damián HERNANDEZ RUBIO[1] | Karina PALACIOS[1] | Marcelo Mario CARDONA[1] | Bibiana María DE LA VEGA[1]

Consejos: Aspectos Psicosociales en Cardiología[1]; Áreas SAC: Área de Investigación[2]

Introducción: La ansiedad, la depresión, los trastornos del sueño y el estrés han sido reconocidos como factores psicosociales asociados al desarrollo del síndrome coronario agudo (SCA). En Argentina existe escasa evidencia acerca de la prevalencia de estos factores mediante instrumentos psicométricos validados en pacientes con SCA.

Objetivos: Determinar la prevalencia de ansiedad, depresión, estrés percibido y trastornos del sueño en pacientes con diagnóstico de SCA internados en instituciones de la República Argentina.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en pacientes mayores de 18 años, internados con diagnóstico de SCA en unidades de cuidados intensivos de instituciones de la República Argentina, entre diciembre de 2024 y marzo de 2026. Se recolectaron variables sociodemográficas, antropométricas, factores de riesgo cardiovascular y factores de riesgo psicosociales mediante un cuestionario auto administrado con formato digital. La recolección de datos se realizó mediante la plataforma REDCap de la Sociedad Argentina de Cardiología. El estrés percibido se evaluó mediante el Perceived Stress Questionnaire (PSQ), la sintomatologia depresiva con el inventario de Beck, los trastornos del sueño mediante la escala de Atenas y la ansiedad mediante el inventario State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

Resultados: Se incluyeron 273 participantes (N=273), con una edad media de 62,0 ± 11,3 años; el 76,9% (n=210) fueron hombres, frente a un 23,1% (n=63) mujeres. La prevalencia de hipertensión arterial fue del 45,5%, el 44,7% presentó colesterol >200 mg/dl, el 27,5% se encontraba bajo tratamiento por diabetes y el 76,6% presentó sedentarismo (<150 minutos de actividad física semanal). En la evaluación del estrés percibido (PSQ), la mediana fue de 67 puntos tanto para la escala anual (RIC 60-75) como mensual (RIC 59-76). El estrés alto se observó en el 73,8% de los participantes durante el último año y en el 70,4% durante el último mes. Respecto a la sintomatología depresiva, el 49,8% presentó puntajes dentro del rango normal, mientras que el 23,6% evidenció disturbios leves y el 26,6% mostró distintos grados de depresión (fronteriza, moderada, severa o extrema). En relación con el sueño, el 44,0% no presentó insomnio, mientras que el 36,6% mostró insomnio leve, el 16,5% moderado y el 2,9% grave. La ansiedad mostró una elevada prevalencia. En la subescala ansiedad-estado del STAI (mediana 25; RIC 22-27), el 78,4% presentó ansiedad moderada-grave y el 13,2% ansiedad grave. De forma similar, la ansiedad-rasgo (mediana 25; RIC 22-29) mostró ansiedad moderada-grave en el 68,9% y grave en el 20,1% de los pacientes.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con SCA se observó una elevada prevalencia de estrés percibido, ansiedad, alteraciones del sueño y síntomas depresivos. Estos hallazgos sugieren la necesidad de incorporar la evaluación de factores psicosociales como parte integral del abordaje del paciente con enfermedad coronaria, junto con el control de los factores de riesgo cardiovascular tradicionales.

0210 - RENDIMIENTO DEL MODELO MULTIMODAL VERSIÓN GRATUITA (CHATGPT 5.3) EN EL DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST A PARTIR DE IMÁGENES DE ELECTROCARDIOGRAMAS DE 12 DERIVACIONES

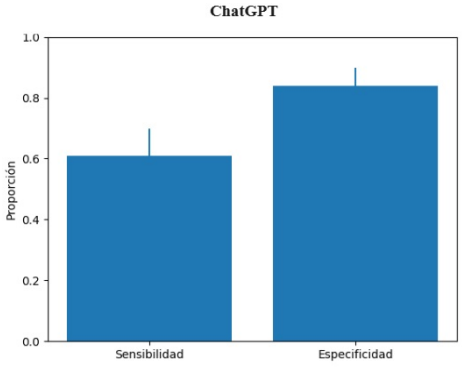
Cardiopatía Isquémica / Investigación Básica

Erick MEJÍA FERNÁNDEZ | Pablo PINI | Rodrigo Ignacio BLANCO | Federico Luis BLANCO | Miguel Federico ALBORNOZ | Carolina GALVEZ GIL | Federico Iván WECKESSER | Gerardo Esteban GIGENA

HOSPITAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

Introducción: El diagnóstico electrocardiográfico oportuno del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), es fundamental para el manejo clínico e intervenciones rápidas en el paciente. Actualmente se desconoce el rendimiento diagnóstico electrocardiográfico del IAMCEST con las versiones gratuitas de modelos de lenguaje grande multimodales (LLM) como ChatGPT 5.3 (OpenAI).

Objetivos: Evaluar la sensibilidad y especificidad de ChatGPT 5.3 (versión gratuita), en el diagnóstico de IAMCEST a partir de imágenes fotográficas de un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones, comparándolos con el diagnóstico realizado por médicos especialistas en cardiología (con confirmación angiográfica) y su concordancia en cuanto al territorio del infarto y vaso culpable.



	IAMCEST (+)	IAMCEST (−)	Total
ChatGPT (+)	61	16	77
ChatGPT (−)	39	84	123
Total	100	100	200

Materiales y Métodos: En un estudio observacional, analítico y retrospectivo de pacientes del hospital Argerich desde enero 2024 hasta marzo 2026, muestreo no probabilístico. Se realizó una base de datos en Excel, incluimos 100 casos con IAMCEST confirmados por angiografía y 100 casos controles sin IAMCEST que acudieron al servicio de cardiología. Se presentaron imágenes fotográficas de ECG de 12 derivaciones de calidad variable, entre 1137 x 299 píxeles y 4032 x 3024 píxeles (Alto x Ancho), tomadas por un dispositivo telefónico móvil y se consultó a ChatGPT 5.3: 1.- Informe este electrocardiograma de 12 derivaciones como si fueras un médico cardiólogo. 2.- ¿Presenta este electrocardiograma de 12 derivaciones Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST? responder si o no. 3.- ¿Definir qué derivaciones de este electrocardiograma de 12 derivaciones presenta elevación del segmento ST y a que territorio corresponde? 4.- ¿Cuál es la arteria responsable del infarto? Se realizó un análisis cuantitativo del rendimiento utilizando sensibilidad, especificidad, valores predictivos e intervalos de confianza (IC) del 95% (método de Wilson). La concordancia se evaluó mediante el coeficiente Kappa de Cohen.

ChatGPT	Valor	p-valor	Interpretación
Sensibilidad	61.00%	p = 0.035	Significativa
Especificidad	84.00%	p < 0.000001	Altamente significativa
VPP	79.20%	p < 0.000001	Altamente significativa
VPN	68.30%	p = 0.00006	Muy significativa
Falsos positivos	16%	p < 0.000001	Significativamente bajos
Falsos negativos	39%	p = 0.035	Significativamente altos

Resultados: En 200 casos, ChatGPT mostró una sensibilidad del 61% (IC 95%: 51.2–69.9) (p = 0.035) y una especificidad del 84% (IC 95%: 75.6–89.9) (p < 0.000001) para el diagnóstico de IAMCEST. El valor predictivo positivo 79.2% (p < 0.000001) y el valor predictivo negativo 68.3% (p = 0.00006). La tasa de falsos negativos fue del 39%. En el análisis de concordancia, la identificación del territorio del infarto mostró (K = 0.03; p < 0.001) y de la arteria culpable (K = 0.39; p < 0.001).

Conclusión: ChatGPT presenta una especificidad moderada pero una sensibilidad insuficiente para el diagnóstico de IAMCEST, con pobre concordancia en la localización del infarto y limitada identificación del vaso culpable. Su uso debe restringirse a un rol complementario y no como herramienta diagnóstica primaria.

0212 - EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN POSOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR: ¿GARANTIA DE EVENTOS ADVERSOS MAYORES?

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Nicolás Arturo TORRES | **Julieta ARCE** | Jesús LODEIRO | María Agustina SCHEGGIA | Fabricio COLUSSI | German BUSCH | Néstor Manuel CLUSA | Jorge BILBAO

Hospital Austral

Introducción: El sobrepeso y la obesidad (SOOB) constituyen y contribuyen al desarrollo de factores de riesgo cardiovascular frecuentes y se han asociado a mayor morbimortalidad en numerosos escenarios clínicos. Sin embargo, su impacto sobre la evolución posoperatoria intrahospitalaria en cirugía cardiovascular (CCV) continúa siendo controversial.

Objetivos: Analizar la relación entre variables clínicas preoperatorias y complicaciones posoperatorias -incluidos eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) - en una población de pacientes que se realizaron una CCV con circulación extracorpórea (CEC) de acuerdo a la presencia o ausencia de sobrepeso y obesidad.

Variable	No SOOB n=52	SOOB n=133	p
Edad (años)	53,7 ± 19,0	59,8 ± 13,4	0,039
HTA	18 (34,6%)	76 (57,1%)	0,006
Femenino	25 (48,1%)	34 (25,6%)	0,003
DLP	17 (32,7%)	68 (51,1%)	0,024
DBT	3 (5,8%)	26 (19,5%)	0,021
TBQ	23 (44,2%)	55 (41,4%)	0,86
FEY reducida	5 (9,6%)	13 (9,8%)	0,74
ArgenScore (mort)	4,79 ± 10,75	5,55 ± 8,12	0,65
EuroSCORE (mort)	4,30 ± 11,65	2,85 ± 5,24	0,39
STS score (mort)	2,90 ± 9,83	2,32 ± 3,38	0,68

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de una cohorte prospectiva unicéntrica, efectuado en un hospital argentino, en pacientes hospitalizados por CCV con CEC y sin bajo peso entre octubre 2021 y agosto 2025. Se analizaron variables preoperatorias, scores de riesgo y complicaciones posoperatorias considerándose MACE: muerte intrahospitalaria (MIH), accidente cerebrovascular (ACV) e infarto agudo de miocardio (IAM).

Resultados: Se incluyeron 185 pacientes con edad promedio 58 años, sexo femenino 32%. La población de pacientes con SOOB fue del 72 %. Los pacientes con SOOB fueron de mayor edad (59,8 ± 13,4 vs 53,7 ± 19,0 años; p=0,039)

Variable	No SOOB n= 52	SOOB n=133	p
Mortalidad IH	2(3,8%)	7 (5,3%)	0,69
SBVM	8(15,4%)	21(16,2%)	0,9
FA	11 (21,2%)	32 (24,4%)	0,64
IRA	2 (3,8%)	21 (16,0%)	0,025
Infección	5 (9,6%)	16 (12,1%)	0,63
ARM prolongada	5 (9,6%)	13 (9,8%)	0,97
MACE	4 (7,7%)	9 (6,8%)	0,82
Estadia hospitalaria	13,0 ± 9,5	11,8 ± 11,0	0,46

y presentaron mayor prevalencia de hipertensión arterial (57,1% vs 34,6%; p=0,006), dislipidemia (51,1% vs 32,7%; p=0,024) y diabetes mellitus (19,5% vs 5,8%; p=0,021). El sexo femenino se asoció con menor prevalencia de SOOB (25,6% vs 48,1%; p=0,003). No se observaron diferencias significativas en tabaquismo, fracción de eyección ni scores preoperatorios (ArgScore, EuroSCORE y STS). En cuanto a la evolución intrahospitalaria, la insuficiencia renal aguda postoperatoria fue más frecuente en pacientes con SOOB (16,0% vs 3,8%; p=0,025). No se hallaron diferencias significativas en mortalidad intrahospitalaria, síndrome de bajo volumen minuto, fibrilación auricular postoperatoria, infección postoperatoria, ARM prolongada, eventos mayores ni días de internación.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes sometidos a CCV, el SOOB se asoció con mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos y con una mayor incidencia de insuficiencia renal postoperatoria. Sin embargo, paradójicamente a su asociación con mayor morbimortalidad en múltiples patologías, no se observaron diferencias significativas en mortalidad intrahospitalaria ni en otros eventos mayores en esta cohorte.

0213 - PREDICTORES DE ESTADIA HOSPITALARIA PROLONGADA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: ANÁLISIS UNIVARIADO Y MULTIVARIADO EN UNA COHORTE CONTEMPORANEA

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Nicolás Arturo TORRES | **Jesús LODEIRO** | María Agustina SCHEGGIA | Fabricio COLUSSI | Lautaro MAGGIO | Jorge BILBAO | Guillermo GUTIERREZ | José BONORINO

Hospital Austral

Variable	LOS ≤10 días (n=184)	LOS >10 días (n=99)	OR	p
Ingreso con ICC	13/184 (7,1%)	25/99 (25,3%)	4,44	<0,001
Antecedente ICC	10/184 (5,4%)	16/99 (16,2%)	3,35	0,004
FA previa	19/184 (10,3%)	23/99 (23,2%)	2,63	0,005
Endocarditis	1/184 (0,5%)	15/99 (15,2%)	32,7	<0,001
Infeccion posoperatoria	2/184 (1,1%)	28/99 (28,3%)	35,9	<0,001
ARM mas de 48 hs	5/184 (2,7%)	18/99 (18,2%)	7,96	<0,001
Vasoplejía severa	11/184 (6,0%)	23/99 (23,2%)	4,76	<0,001
FA POP	29/183 (15,8%)	38/99 (38,4%)	3,31	<0,001

Introducción: La prolongación de la estadía hospitalaria en pacientes que se someten a cirugía cardiovascular (CCV) constituye un indicador de evolución clínica desfavorable y se asocia a un incremento en la utilización de recursos sanitarios. La identificación de factores asociados a una internación prolongada podría contribuir a optimizar la estratificación de riesgo y la planificación pre, peri y posoperatoria.

Objetivos: Identificar variables clínicas preoperatorias y situaciones posoperatorias asociadas a una estadía hospitalaria prolongada en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular.

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de una cohorte prospectiva unicéntrica realizado en un hospital argentino. Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía cardiovascular entre octubre de 2021 y agosto de 2025. Se excluyeron los pacientes que recibieron un trasplante cardiaco. Se definió internación prolongada como una duración de la estadía hospitalaria mayor a 10 días (LOS >10). Se definió vasoplejía severa de la siguiente manera: • Con monitoreo hemodinámico: hipotensión sistólica menor a 90 mmHg, presión venosa central y/o presión wedge bajas sin respuesta a la expansión con cristaloides (30 ml/kg) en ausencia de sangrado más índice cardíaco > 2,2 l/min y resistencias sistémicas vasculares menores a 800 dyn, que requiere el agregado de vasopresina y/o azul de metileno a noradrenalina > 0.3 mcg/kg/min. • Sin monitoreo hemodinámico: hipotensión sistólica menor a 90 mmHg sin respuesta a la expansión con cristaloides (30 ml/kg) en ausencia de sangrado y buena función biventricular evaluado por ecocardiograma, con necesidad del agregado de vasopresina y/o azul de metileno a noradrenalina > 0.3 mcg/kg/min. Se analizaron variables preoperatorias,

Variable	OR ajustado (IC 95%)	p
Infección posoperatoria	71,67	<0,001
Endocarditis	29,19	0,003
FA POP	2,9	0,005

scores de riesgo y complicaciones posoperatorias mediante análisis univariado y regresión logística multivariada.

Resultados: Se incluyeron 283 pacientes, de los cuales 99 (35%) presentaron una estadía hospitalaria mayor a 10 días. En el análisis univariado, el antecedente de insuficiencia cardíaca congestiva, fibrilación auricular previa, el ingreso con insuficiencia cardíaca congestiva, la presencia de endocarditis, infección postoperatoria, asistencia respiratoria mecánica mayor a 48 hs, vasoplejía severa, fibrilación auricular postoperatoria, se asociaron significativamente con internación prolongada. Sin embargo en el análisis multivariado, los predictores independientes de LOS >10 días fueron infección postoperatoria (OR ajustado 71,67; p<0,001), endocarditis (OR ajustado 29,19; p=0,003) y fibrilación auricular postoperatoria (OR ajustado 2,90; p=0,005).

Conclusión: La prolongación de la estadía hospitalaria luego de cirugía cardiovascular se asoció principalmente con complicaciones posoperatorias, especialmente infección postoperatoria, endocarditis y fibrilación auricular postoperatoria. Estos hallazgos podrían contribuir a identificar pacientes con mayor riesgo de utilización prolongada de recursos hospitalarios y orientar estrategias de prevención perioperatoria.

0215 - ACOPLAMIENTO VENTRICULO-ARTERIAL (TAPSE/PSAP) Y DILATACIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Mariano LEMOS | Francisco ALVARADO | Ignacio MOGLIE | Patricio GARCES | Ignacio MELEM | Nicolás Arturo TORRES | Jorge BILBAO | José BONORINO

Hospital Austral

Introducción: El acoplamiento entre el ventrículo derecho (VD) y la arteria pulmonar (AP) puede valorarse mediante el cociente TAPSE/PSAP (excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo / presión sistólica en arteria pulmonar). Un índice TAPSE/PSAP ≤0,295 mm/mmHg se ha asociado con peor pronóstico en diversas condiciones clínicas, aunque su utilidad en el tromboembolismo de pulmón (TEP), no ha sido suficientemente validada. Asimismo, la dilatación del VD es el marcador ecocardiográfico de disfunción ventricular derecha más utilizado en los ensayos clínicos para escorificar el riesgo de pacientes con TEP.

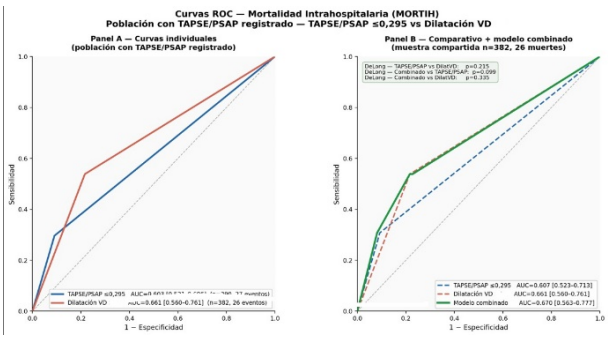
Características según TAPSE/PSAP y dilatación de VD — TEP (n=390)

Variable	≤0,295 (n=41)	>0,295 (n=349)	p	Sin dilatación (n=291)	Con dilatación (n=91)	p
Variables continuas — Mediana [RIC]						
Edad (años)	71.0 [63.2–81.0]	61.0 [47.0–71.0]	0.0001	61.0 [45.0–70.8]	69.0 [58.0–78.0]	0.0000
Variables categóricas — n (%)						
Sexo femenino	19 (46%)	176 (50.4%)	0.7631	146 (50.2%)	48 (52.7%)	0.7262
DBT (Diabetes)	9 (21.9%)	40 (11.4%)	0.0860	30 (10.3%)	18 (19.8%)	0.0285
HTA (Hpertensión arterial)	27 (65.8%)	154 (44.1%)	0.0134	121 (41.5%)	57 (62.6%)	0.0020
DLP (dislipidemia)	17 (41.4%)	114 (32.6%)	0.3529	94 (32.3%)	34 (37.4%)	0.4125
Neoplasia	1 (2.4%)	6 (1.7%)	1.0000	6 (2.1%)	1 (1.1%)	0.6766

Mortalidad intrahospitalaria según TAPSE/PSAP y dilatación de VD — TEP (n=390)

Variable	≤0,295 (n=41)	>0,295 (n=349)	p	Sin dilatación (n=291)	Con dilatación (n=91)	p
Outcomes intrahospitalarios — n (%)						
Mortalidad IH	8 (19.5%)	19 (5.4%)	0.0037	12 (4.1%)	14 (15.4%)	0.0005
Comparación de AUC — Mortalidad Intrahospitalaria (MORTIH) | TEP (n=390)						
AUC base	0.603 [0.521-0.696]			0.661 [0.560-0.761]		

Objetivos: Evaluar la asociación entre un acoplamiento ventriculoarterial bajo (TAPSE/PSAP ≤0,295), la presencia de dilatación del VD y la sumatoria de ambos con las características basales y la mortalidad intrahospitalaria (MIH) en pacientes hospitalizados con diagnóstico de TEP agudo.



Materiales y Métodos: Análisis descriptivo de una cohorte prospectiva unicéntrica de pacientes internados con diagnóstico de TEP restringido a los 390 pacientes con valor registrado de TAPSE/PSAP y MIH y 382 pacientes con dilatación de VD y MIH. Los pacientes fueron dicotomizados según TAPSE/PSAP ≤0,295 vs. >0,295, y según ausencia vs. presencia de dilatación VD medida por ecocardiografía o angiotomografía de tórax y definida como la relación VD/ventrículo izquierdo >1. Se compararon variables basales tales como edad, sexo, hipertensión arterial (HTA), diabetes (DBT), dislipemia y neoplasia y su asociación con MIH entre grupos. Además, se analizó la capacidad discriminativa de cada predictor y la sumatoria de ambos para MIH mediante área bajo

la curva (AUC-ROC) con intervalos de confianza del 95% por método de bootstrap (2000 iteraciones). La comparación entre curvas se realizó mediante el test de DeLong.

Resultados: Entre los 390 pacientes, 41 (10,5%) presentaron un índice TAPSE/PSAP, ≤0,295 (acoplamiento bajo). Asimismo, de los 382 pacientes, con dilatación de VD, 91 (23,3%) presentaron TAPSE/PSAP, ≤0,295. En ambos grupos la mediana de edad y la HTA fueron significativamente mayores y en el grupo con VD dilatado también hubo mayor prevalencia de DBT de forma significativa. La MIH fue sustancialmente mayor tanto en aquellos con acoplamiento bajo (19,5% vs. 5,4%; p=0,004) como en quienes presentaron dilatación del VD (15,4% vs. 4,1%; p=0,001) (Tabla 1). A su vez se calcularon las curvas ROC mediante AUC-ROC para acoplamiento bajo y dilatación de VD como para la combinación de ambas. Acoplamiento bajo presento AUC (0.603, IC 95% [0.521-0.696]), mientras que dilatación de VD (0.66, IC 95% [0.560-0.761]) y el modelo combinado (0.670, IC 95% [0.563-0.777]) (Imagen 2).

Conclusión: Tanto el acoplamiento ventrículo-arterial bajo (TAPSE/PSAP ≤0,295) como la dilatación del VD se asociaron de forma independiente con una mayor MIH en pacientes con TEP agudo, con discriminación modesta y similar entre sí en las curvas ROC. La combinación de ambos parámetros no logro mejorar significativamente el AUC respecto de cada uno por separado.

0217 - CARBOXIMALTOSA EN CIRUGIA CARDIACA CON DEFICIT FERRICO

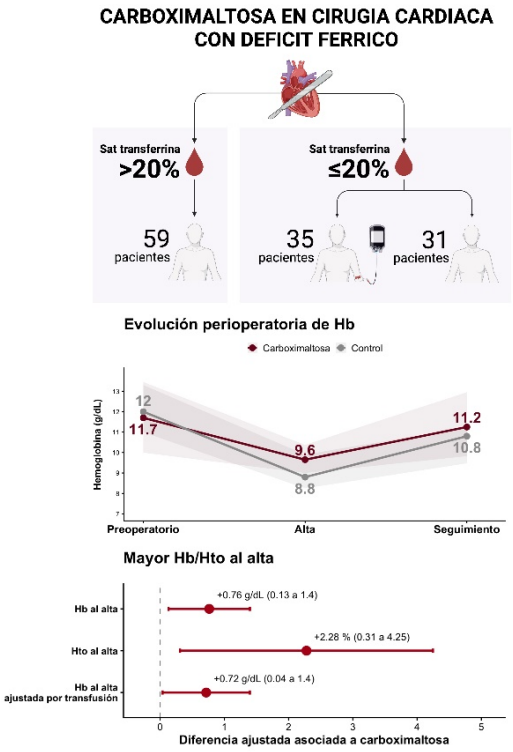
Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Julia JANCHES QUIÑONES | Ornella PACCE | Eliana GARCIA TULISI | Carlos Joaquín CÓRDOVA SERRANO | María Inés SOSA LIPRANDI | Juan Pablo MANSILLA | Joaquín PEREA | Álvaro SOSA LIPRANDI

Sanatorio Güemes

Introducción: El déficit férrico y la anemia preoperatoria se asocian con mayor requerimiento transfusional y peor recuperación hematológica tras cirugía cardíaca. Sin embargo, la evidencia sobre el impacto de la carboximaltosa intravenosa en este contexto perioperatorio continúa siendo limitada.

Objetivos: Evaluar la asociación entre la administración perioperatoria de carboximaltosa intravenosa y la recuperación hematológica postoperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardíaca con evidencia de déficit férrico.



Materiales y Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en un centro cardiovascular de alta complejidad entre 2024 y 2025. Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía cardíaca con saturación de transferrina <=20%, excluyendo cirugías de emergencia y disección aórtica. La exposición de interés fue la administración preoperatoria de carboximaltosa intravenosa, condicionada por disponibilidad institucional del fármaco. Para reducir desequilibrios basales se realizó ponderación por probabilidad inversa de tratamiento (IPTW) basada en propensity score ajustado por edad y hemoglobina (Hb) preoperatoria. Los outcomes principales fueron Hb y hematocrito (Hto) al alta, evaluados mediante modelos lineales ponderados ajustados por valores preoperatorios. Se realizó además un análisis de sensibilidad ajustando por exposición transfusional perioperatoria. Con el objetivo de evaluar la magnitud de la recuperación hematológica, se calculó el cambio absoluto de hemoglobina respecto al valor preoperatorio: Cambio Hb = Hb al alta - Hb preoperatoria Se construyó además un endpoint binario de recuperación hematológica favorable, definido como una recuperación >=1 g/dL superior a la mediana observada en el grupo control. Como análisis exploratorios adicionales, se replicaron los modelos ajustados utilizando Hb en seguimiento como outcome y se realizó un modelo multinomial ponderado incluyendo también pacientes sin déficit férrico, utilizando IPTW multinomial ajustado por edad y Hb preoperatoria.

Caracteristicas	Controles (N = 31)	Carboximaltosa (N = 35)	p
Edad (años)	65 (59, 71)	64 (57, 70)	0.857
Sexo masculino (%)	22 (71%)	23 (66%)	0.647
Diabetes (%)	8 (26%)	14 (40.5%)	0.425
Hb preoperatoria (g/dL)	12.00 (11.00, 13.60)	11.70 (10.00, 13.60)	0.585
Hto preoperatorio (%)	39.0 (35.0, 43.0)	38.0 (32.0, 43.0)	0.367
Creatinina preoperatoria (mg/dL)	0.90 (0.80, 1.05)	1.00 (0.80, 1.00)	0.972
Saturación de transferrina (%)	14.0 (10.0, 19.0)	13.0 (10.0, 17.0)	0.321
Ferritina (ng/mL)	424 (71, 785)	176 (99, 370)	0.197
FEVI (%)	60 (50, 62)	58 (42, 60)	0.348
TCEC (min)	84 (67, 113)	80 (72, 99)	0.868
Exposición transfusional perioperatoria (%)	24 (86%)	27 (82%)	0.741
Hb al alta (g/dL)	8.80 (8.20, 10.00)	9.65 (8.90, 10.50)	0.049
Hto al alta (%)	28.0 (26.0, 31.0)	31.0 (28.0, 33.0)	0.039
Hb al seguimiento (g/dL)	10.80 (9.40, 11.30)	11.25 (9.75, 13.00)	0.165
Cirugía (%)			0.575
CRM	17 (55%)	21 (60%)	
Reemplazo valvular aortico	7 (23%)	8 (23%)	
Cirugía combinada	2 (6.5%)	1 (2.9%)	
Otras	5 (15.5%)	5 (14.1%)	

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes con déficit férrico, de los cuales 35 recibieron carboximaltosa. Los pacientes tratados presentaban menores valores basales de Hb y Hto preoperatorios. Tras IPTW, el balance entre grupos fue adecuado (SMD <0.1 para edad y Hb preoperatoria). En el análisis ajustado mediante IPTW y modelos lineales ponderados ajustados por Hb preoperatoria, la administración de carboximaltosa se asoció independientemente con mayores valores de Hb: ß = +0.76 g/dL IC95% 0.13 a 1.40; p=0.019 y Hto al alta ß = +2.28% IC95% 0.31 a 4.25; p=0.024. La asociación persistió tras ajuste por transfusión perioperatoria: ß = +0.72 g/dL; IC95% 0.04 a 1.40; p=0.039 (Hb). La mediana de Cambio Hb fue más favorable en pacientes tratados (-1.5 vs -2.8 g/dL). La recuperación hematológica favorable al alta, definida como Cambio Hb >= -1.8 g/dL, mostró una tendencia consistente hacia mayor recuperación hematológica en pacientes tratados: OR=1.83; IC95% 0.89 a 3.80; p=0.10. Los análisis exploratorios mostraron una dirección consistente hacia mejor recuperación hematológica en seguimiento y una tendencia hacia valores de Hb comparables o superiores a pacientes sin déficit férrico en pacientes tratados con carboximaltosa: ß = +0.64 g/dL; IC95% -0.06 a 1.34; p=0.072.

Conclusión: En pacientes sometidos a cirugía cardíaca con déficit férrico, la administración preoperatoria de carboximaltosa intravenosa se asoció con mejor preservación hematológica postoperatoria y mayores valores de Hb y Hto al alta, incluso tras ajuste por diferencias basales. Estos hallazgos sugieren un potencial beneficio de la reposición férrica intravenosa en la recuperación hematológica perioperatoria.

0218 - IMPACTO DE LA INHIBICIÓN DOPAMINÉRGICA RENAL EN LA PRESIÓN ARTERIAL, LA INFLAMACIÓN Y LA FIBROSIS RENAL EN RATAS HIPERTENSAS

Hipertensión Arterial / Investigación Básica

Gustavo Daniel RISSO[1] | Nicolás Martín KOUYOUMDZIAN[1] | Melanie Cecilia KIM[1] | Paula Denise PRINCE[2] | Beatriz PERAZZI[3] | Hyun Jin LEE[1] | Natalia Lucía RUKAVINA MIKUSIC[1] | Marcelo Roberto CHOI[1]

CÁTEDRA DE ANATOMÍA E HISTOLOGÍA. FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA. UBA.[1]; INSTITUTO ALBERTO C. TAQUINI DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA TRASLACIONAL (IATIMET), CONICET-UBA[2]; DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA. FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA – UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES.[3]

Introducción: La inhibición crónica de la dopa decarboxilasa periférica (junto a L-DOPA) representa una estrategia farmacológica para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson, pero se desconocen sus efectos sobre la función renal y su posible impacto en la presión arterial (PA).

Objetivos: Evaluar si, en el contexto de hipertensión arterial, la administración crónica de carbidopa (Cb) podría conducir a un estado de mayor inflamación renal con incremento en los niveles de PA.

Materiales y Métodos: Ratas macho Wistar Kyoto (WKY) y espontáneamente hipertensas (SHR) se dividieron en 4 grupos (n=8/grupo): WKY Control y SHR Control (agua para beber), WKY+Cb y SHR+Cb (25 mg/kg/día en agua de bebida) por 3 semanas. Se determinó: La PA sistólica (PAS) por el método indirecto a través de la cola, la excreción fraccional y urinaria de sodio de 24 horas. Por el método de Western Blot se determinó la expresión renal de bomba Na+,K+-ATPasa (NKA), receptores de dopamina (D1 y D2) y angiotensina II (AT1R y AT2R), proteína 7 de Parkinson (PARK7) y NFkB e IL-6 (como marcadores antiinflamatorios e inflamatorios respectivamente) y la expresión de TGFß; como marcador de fibrosis renal. Se evaluó la morfología glomerular y tubular mediante el estudio histológico de la corteza renal con la tinción de H&E y posteriormente se realizó la cuantificación de la fibrosis glomerular mediante la tinción de Sirius Red. Los resultados se analizaron mediante ANOVA de una vía seguido del test de Tukey. Se consideró significativo un valor p<0,05. (*p<0,05 versus WKY; $versus WKY+Cb; #versus SHR).

Resultados: Los niveles de PAS se modificaron solo en la primera semana de tratamiento, observándose un aumento estadísticamente significativo en ratas SHR+Cb vs SHR. Se observó una reducción significativa en la excreción fraccional y urinaria de sodio que se acompañó de un incremento en la expresión renal de NKA, tanto en las ratas SHR como WKY

con Cb. En el grupo WKY+Cb hubo una disminución significativa de la expresión de D1R versus el grupo WKY y un aumento no significativo de D2R. Respecto al grupo SHR, el grupo SHR+Cb mostró un aumento y una disminución no significativa en la expresión de AT1R y AT2R, respectivamente. Hubo un incremento significativo en la expresión de NFkB en los grupos SHR y SHR+Cb, mientras que la expresión de IL-6 resultó significativamente elevada en los grupos WKY+Cb, SHR y SHR+Cb respecto al grupo control. La expresión de PARK7 y NFkB no se alteró en ratas WKY+Cb y SHR+Cb versus los grupos correspondientes sin Cb. Sin embargo, el grupo SHR+Cb mostró una mayor expresión de NFkB, IL-6 y PARK7 en comparación con el grupo WKY. Se observó un incremento significativo en la expresión de TGFß en el grupo SHR. La evaluación morfológica renal reveló alteraciones en los espacios túbulo-intersticiales y en los espacios de Bowman de los corpúsculos renales, así como un aumento de la fibrosis total, intraglomerular y periglomerular en los grupos WKY+Cb, SHR y SHR+Cb.

Conclusión: La inhibición de la síntesis de dopamina renal con Cb altera el manejo tubular de sodio, aumentando la actividad de NKA y promoviendo una mayor reabsorción de sodio. En el contexto de hipertensión arterial, estos cambios se acompañarían de una mayor respuesta inflamatoria renal.

0220 - SEGURIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA TELEPROCTORÍA EN ANGIOGRAFÍA CORONARIA DIAGNÓSTICA EXPERIENCIA INICIAL EN UN OPERADOR EN FORMACIÓN

Medicina Digital E Inteligencia Artificial / Educación Médica y Políticas de Salud

Jennifer Janet PEREA

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE VILLA MERCEDES, HOSPITAL PRIVADO DE LA VILLA

Introducción: La teleproctoría ha emergido como una herramienta innovadora para la supervisión remota en cardiología intervencionista, permitiendo ampliar el acceso a entrenamiento especializado en contextos con limitaciones geográficas o de recursos.

Objetivos: Evaluar la seguridad, factibilidad y utilidad educativa de la teleproctoría en procedimientos de angiografía coronaria diagnóstica realizados por un operador en formación.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron 100 procedimientos consecutivos de angiografía coronaria diagnóstica supervisados de manera remota por un médico intervencionista experimentado. Se analizaron variables procedimentales, de seguridad, técnicas y educativas. Para evaluar la curva de aprendizaje, los procedimientos se dividieron cronológicamente en los primeros 50 y los últimos 50 casos.

Variable	primeros 50 casos	Últimos 50 casos	p
Tiempo de procedimiento (min)	51,1 ± 17,1	42,8 ± 10,3	0,008
Tiempo de fluoroscopia (min)	8,42 ± 7,09	6,69 ± 5,17	0,22
Volumen de contraste (ml)	102,2 ± 103,9	89,2 ± 31,5	0,47

Resultados: La edad media de la población fue de 63,02 ± 11,28 años, con predominio masculino (67%). No se registraron complicaciones mayores relacionadas con el procedimiento. Las complicaciones observadas fueron leves y transitorias, principalmente angor (11%) y vasoespasmo (7%). La calidad de imagen fue considerada óptima o buena en el 96% de los casos. Aunque se documentaron interrupciones de señal en el 48% de los procedimientos, estas no comprometieron la finalización de los estudios. Las variables educativas mostraron alta valoración formativa, con una media de 4,93 ± 0,36 para utilidad educativa. Se observó una reducción significativa en el tiempo de procedimiento entre los primeros y los últimos 50 casos (51,1 ± 17,1 vs. 42,8 ± 10,3 minutos; p = 0,008), evidenciando una curva de aprendizaje favorable.

Conclusión: La teleproctoría en angiografía coronaria diagnóstica demostró ser una estrategia segura, factible y con alto valor educativo para la formación en hemodinamia. Su implementación podría facilitar el acceso a supervisión especializada y optimizar el entrenamiento de operadores en formación.

0227 - TELEMONITOREO MEDIANTE WHATSAPP EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA. PRIMERA ETAPA DE UN ESTUDIO DE ACCESIBILIDAD Y FACTIBILIDAD

Medicina Digital E Inteligencia Artificial / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Fátima Victoria ALANOCA LLANOS | Natalia VENSENTINI | María Cecilia GARCÍA LEÓN | Florencia PEREYRA | Mariana NAVARRO | Juan José BACIGALUPE

Hospital de Alta Complejidad El Cruce

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) se asocia con tasas de mortalidad elevadas: hasta 9% de mortalidad intrahospitalaria, 30% al año del ingreso hospitalario, y hasta 50% a los 5 años. A pesar de los avances en el tratamiento médico y con dispositivos, la mortalidad sigue siendo significativa, especialmente después de una hospitalización por insuficiencia cardíaca aguda. Los programas multidisciplinarios de insuficiencia cardíaca, que incluyen un seguimiento estrecho, reducen las rehospitalizaciones por insuficiencia cardíaca (RR 0.68) y la mortalidad por todas las causas (RR 0.67). El telemonitoreo para la detección precoz de signos y síntomas de empeoramiento reduce significativamente las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca en un 19-36% y puede reducir la mortalidad por todas las causas en un 16-20%. Actualmente WhatsApp ya es una herramienta ampliamente utilizada en la práctica clínica por su simplicidad, rapidez y bajo costo.

Tabla 1. Características de accesibilidad digital

Variable	n(%)	IC 95%
Tiene smartphone	20/20 (100%)	83.2-100
Acceso a internet	20/20 (100%)	83.2-100
Uso diario de WhatsApp	19/20 (95%)	76.4-99.1
Uso autónomo de WhatsApp	19/20 (95%)	76.4-99.1
Disposición a telemonitoreo por WhatsApp	20/20 (100%)	83.2-100
Utiliza WhatsApp para comunicarse con el hospital	17/20 (85%)	64.0-94.8

Objetivos: Evaluar la accesibilidad digital y potencial factibilidad del telemonitoreo mediante WhatsApp en pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, en una institución pública de zona sur del AMBA, que desarrolló un programa de IC multicomponente y multidiciplinario. La población estudiada la constituyen pacientes que asistieron a jornadas de IC organizadas por la institución. Se investigaron cuatro dominios a) acceso digital (smartphone y conexión de internet), b) alfabetización digital (lectura y escritura, uso autónomo, uso de WhatsApp), c) uso sanitario digital (utilización previa de las herramientas de teleconsulta del hospital), d) factibilidad potencial (disposición al seguimiento, necesidad del servicio). Asimismo se relevaron las barreras para el manejo de la enfermedad.

Tabla 2. Barreras reportadas

Barrera	n (%)	IC 95%
Adquirir medicación	5/19 (26.3%)	11.8-48.8
Adherencia a dieta	5/19 (26.3%)	11.8-48.8
Obtener recetas	3/19 (15.8%)	5.5-37.6
Gestionar turnos	2/19 (10.5%)	2.9-31.4
Accesibilidad al HEC	2/19 (10.5%)	2.9-31.4
ninguno	2/19 (10.5%)	2.9-31.4

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes con IC avanzada participantes de una jornada institucional de educación sobre su enfermedad. La totalidad de los pacientes encuestados contaba con teléfono celular tipo smartphone y acceso a conexión de internet (20/20; 100%; IC 95% 83.2-100). Asimismo el 95% de los participantes (19/20; IC 95% 76.4-99.1) refirió utilizar WhatsApp diariamente y el mismo porcentaje manifestó poder utilizar la aplicación de manera autónoma, sin asistencia de terceros. Todos los pacientes encuestados expresaron disposición a responder preguntas de seguimiento médico mediante WhatsApp como parte de una estrategia de telemonitoreo (20/20; 100%; IC 95% 83.2-100). Tabla 1 En relación a las barreras, las dificultades fueron adquisición de medicación y adherencia a la dieta, ambas identificadas en el 26.3% de los casos (5/19; IC 95% 11.8-48,8). Otras barreras incluyeron la obtención de recetas médicas (3/19; 15,8%; IC 95% 5.5-37.6), gestión de turnos hospitalarios (2/19; 10.5%; IC 95% 2.9-31.4). Un 10.5% de los pacientes que no reportó barreras significativas relacionadas con el manejo de la enfermedad (2/19; IC 95% 2.9-31.4). Tabla 2 En cuanto al uso sanitario de herramientas digitales, el 85% de los pacientes (17/20; IC 95% 64-94.8) manifestó utilizar WhatsApp para comunicarse con el hospital lo que evidencia una integración previa de esta herramienta en los procesos de comunicación asistencial.

Conclusión: En conclusion los pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada incluidos en esta cohorte presentaron una elevada accesibilidad digital, un uso frecuente de WhatsApp y una alta aceptación potencial de estrategias de seguimien-

to remoto. Estos resultados respaldan el desarrollo de programas piloto de telemonitoreo basados en WhatsApp como herramienta factible y potencialmente útil para optimizar el seguimiento de esta población de alto riesgo.

0228 - CALCIO CORONARIO HALLADO INCIDENTALMENTE EN TOMOGRAFIAS DE TORAX NO GATILLADAS SIN CONTRASTE

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Tomografía/resonancia Magnética Cardiovascular

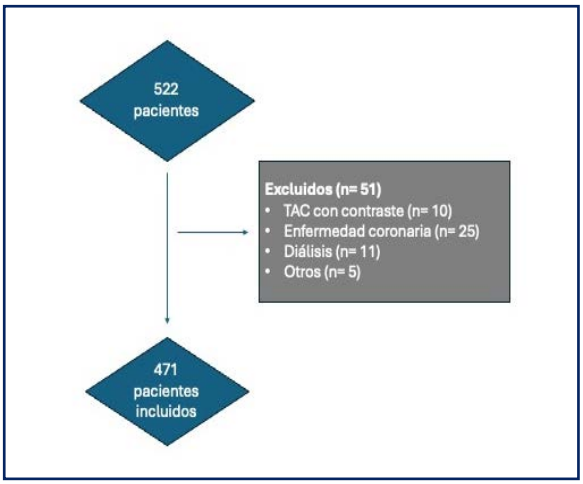
Pedro DUER | Constanza CRAVERO | Hernán Francisco BADARIOTTI | Emilio ZINGERLING | Fernández JUAN IGNACIO | Díaz FRANCISCO | Chamale ROBERTO | Alejandro CONTRERAS

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

Introducción: La presencia de calcificación coronaria (CAC) es un fuerte marcador de enfermedad coronaria ateroesclerótica. La CAC detectada mediante tomografía axial computada (TAC) multicorte tiene una significación pronostica importante y es de utilidad como guía en decisiones de prevención cardiovascular. Estudios de TAC de tórax no gatilladas sin contraste son realizadas a menudo en la práctica cotidiana y pueden ser una oportunidad para evaluar la presencia de CAC coronario.

Objetivos: Determinar la prevalencia de CAC incidental en TAC de tórax no gatilladas y sin contraste endovenoso. Determinar la prevalencia de reporte de CAC. Determinar la frecuencia de cambio en el tratamiento con estatinas posterior a resultado de la TAC.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, con recolección retrospectiva de datos. Se incluyeron pacientes adultos sometidos a TAC de tórax no gatillada por cualquier indicación clínica entre abril y junio de 2025. Criterios de inclusión: pacientes con TAC de tórax no gatillada sin contraste, mayores de 30 años de edad Criterios de exclusión: Pacientes mayores de 75 años al momento de la TAC, antecedentes de enfermedad coronaria conocida (Síndrome coronario agudo con o sin elevación del ST, antecedentes de cirugía de revascularización previa o implante de stent coronario). Insuficiencia renal crónica en diálisis. Estudios con artefactos severos no pasibles de evaluación. La variable principal de estudio fue la presencia de calcio en arterias coronarias, evaluada en forma visual (presente/ausente). Teniendo en cuenta una prevalencia de CAC en TAC no gatilladas de 50%, se calculó necesario incluir 425 pacientes para tener un nivel de confianza de 95%, una precisión de 5% y teniendo en cuenta un 10% de pacientes excluidos.



Resultados: Se evaluaron 522 pacientes con TAC no gatilladas sin contraste. Se excluyeron 51 pacientes (figura 1) por lo que se incluyeron en definitiva 471 pacientes. El motivo de la TAC fue variable, siendo las causas principales la sospecha de neumonía y en el contexto de enfermedad oncológica (57,6%). La edad promedio de la población fue 54,6 años (DE 12), siendo el 52% mujeres. El 30,1% tenía hipertensión arterial, 12,3% diabetes, 32,5% tabaquismo, tenían LDL promedio de 118,7 mg/dl (DE 34,9) y el 19,1% tomaba estatinas al momento de la tomografía. La TAC no gatillada y sin contraste se evaluó con cortes tomográficos de 1 mm en el 77,1% de los casos. La evaluación retrospectiva de la TAC mostro la presencia de calcio coronario en el 42,7% (IC95% 38,2 - 47,3). Solo en el 9,4% de los casos el informe del estudio advirtió la presencia de calcio coronario. Entre los pacientes con calcio coronario, solo en el 2,9% de los casos se inició terapia hipolipemiante (Figura 2)

Conclusión: La presencia de calcio en arterias coronarias en TAC no gatilladas es frecuente pero solo es reportado en 1 de cada 10 estudios. Esto implica una oportunidad perdida para la prevención cardiovascular.

0229 - ABLACIÓN POR CAMPO PULSADO EN FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA Y PERSISTENTE: LA FIBROSIS AURICULAR EVALUADA POR RESONANCIA MAGNÉTICA COMO DETERMINANTE DE LA RECURRENCIA

Arritmias y Electrofisiología / Tomografía/resonancia Magnética Cardiovascular

Guillermo MAZO | Lucas Serafín AVALOS | Walter Ramón ALUSTIZA

Sanatorio Pasteur

Introducción: El impacto de la fibrosis auricular en pacientes con fa paroxística y persistente evaluada por resonancia magnética con realce tardío (RMN-RT) sobre los resultados de la PFA.

Objetivos: El objetivo fue analizar la asociación entre el grado de fibrosis auricular pre-ablativa en pacientes con fa paroxística y persistentes en la recurrencia arrítmica tras PFA con el sistema FaraPulse.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron 14 pacientes consecutivos con FA (8 paroxística, 6 persistente) sometidos a PFA en el Sanatorio Pasteur de Catamarca, desde abril de 2025 y marzo de 2026 con cuantificación de fibrosis auricular por RMN-RT previa al procedimiento. Las variables cualitativas se ordenaron en tablas de dos por dos y se hicieron datos proporcionales. Las variables cuantiativas se analizaron con medidas centrales y de dispersión, se buscó la significancia con un error alfa menos del 5 % ($p<0,05$) se utilizó test de Fisher, debido a la población en estudio. Se empleó la escala Utah. En pacientes paroxísticos se realizó aislamiento de venas pulmonares (PVI) exclusivo; en persistentes, PVI más ablación de pared posterior (PVI+PP) con cardioversión eléctrica al finalizar el procedimiento. El desenlace primario fue la recurrencia arrítmica documentada durante el seguimiento.

Tabla 1. Características basales de la cohorte (n = 14)

Variable	Total (n=14)	FA Paroxística (n=8)	FA Persistente (n=6)
Características clínicas			
Edad, años — media ± DE	64,1 ± 10,7	60,4 ± 8,4	69,2 ± 12,0
Sexo masculino, n (%)	11 (78,6%)	6 (75,0%)	5 (83,3%)
Hipertensión arterial, n (%)†	7 (87,5%)*	2 (66,7%)*	5 (100%)
Diabetes mellitus, n (%)†	4 (50,0%)*	1 (33,3%)*	3 (60,0%)
CHA_2DS_2-VASc — media ± DE	1,7 ± 1,1	1,1 ± 1,0	2,5 ± 0,8
Parámetros estructurales y de resonancia magnética			
Vol. AI indexado, mL/m² — media ± DE	29,6 ± 5,9	26,9 ± 4,5	33,2 ± 5,8
FEVI, % — media ± DE	59,3 ± 6,2	61,5 ± 5,8	56,3 ± 6,0
Fibrosis auricular, % — media ± DE	15,6 ± 11,8	7,1 ± 3,1	27,0 ± 8,8
Estadio Utah (disponible en 8/14 pacientes)†			
Utah I, n (%)	2 (25,0%)†	2 (66,7%)†	0 (0%)
Utah II, n (%)	3 (37,5%)†	1 (33,3%)†	2 (40,0%)
Utah III, n (%)	2 (25,0%)†	0 (0%)†	2 (40,0%)
Utah IV, n (%)	1 (12,5%)†	0 (0%)†	1 (20,0%)

*Datos de HTA y DBT disponibles en 8 de 14 pacientes (los 6 pacientes incorporados más recientemente al registro no tenían estos datos sistematizados). Los porcentajes reflejan los casos documentados. †Porcentajes calculados sobre los 8 pacientes con dato disponible; 3 paroxísticos y 1 persistente con dato de HTA/DBT. ‡Estadio Utah disponible en 8/14 pacientes (3 paroxísticos, 5 persistentes). Los porcentajes de Utah se calcularon sobre el subgrupo con dato disponible. DE: desvío estándar; AI: aurícula izquierda; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; RMN-RT: resonancia

Tabla 2. Resultados procedimentales y análisis de recurrencia (n = 14)

Variable	Total (n=14)	FA Paroxística (n=8)	FA Persistente (n=6)
Procedimiento			
Estrategia PVI exclusivo, n (%)	8 (57,1%)	8 (100%)	0 (0%)
Estrategia PVI + pared posterior, n (%)	6 (42,9%)	0 (0%)	6 (100%)
Aislamiento agudo de VP, n (%)	14 (100%)	8 (100%)	6 (100%)
Complicaciones, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Seguimiento y recurrencia			
Seguimiento, meses — mediana (rango)	5,5 (3–9)	5,5 (3–8)	5,0 (3–9)
Recurrencia arrítmica, n (%)	4 (28,6%)	0 (0%)	**4 (66,7%)**
p (test exacto de Fisher)			0,015
Análisis por umbral de fibrosis			
Fibrosis <20% (n=9): 8 parox + 1 persist	0/9 (0%)	0/8 (0%)	0/1 (0%)
Fibrosis ≥20% (n=5): 0 parox + 5 persist	4/5 (80%)	—	4/5 (80%)
p (test exacto de Fisher, umbral fibrosis)			0,005

VP: venas pulmonares; PVI: aislamiento de venas pulmonares; PVI+PP: PVI más ablación de pared posterior. p calculada mediante test exacto de Fisher. Análisis por umbral de fibrosis realizado sobre los 14 pacientes con fibrosis cuantificada: fibrosis <20% incluye 8 paroxísticos y 1 persistente (12%); fibrosis ≥20% incluye 5 persistentes.

Resultados: Edad media 64,1 ± 10,7 años; 78,6% masculinos; HTA 87.5%; DBT 50%; CHA2DS2VASc: 1.7±1.1. 8 pacientes fa paroxística; 6 pacientes con fa persistente. . Éxito agudo en el 100% (14/14), sin complicaciones. Seguimiento mediano 5,5 meses (rango 3–9). La recurrencia fue del 0% en FA paroxística (0/8) versus 66,7% en FA persistente (4/6) ($p = 0,015$). Al estratificar por umbral de fibrosis del 20%: ningún paciente con fibrosis <20% recurrió (0/9; 0%), incluyendo 1 paciente con FA persistente y fibrosis del 12% libre de recurrencia a 9 meses; el 80% de los pacientes con fibrosis ≥20% recurrieron (4/5) ($p = 0,005$). Fibrosis media: 7,1 ± 3,1% en sin recurrencia versus 32,0 ± 3,7% en con recurrencia.

Conclusión: La fibrosis auricular por RMN-RT fue el principal determinante de recurrencia tras PFA. Ningún paciente con fibrosis <20% recurrió, independientemente del tipo de FA. El caso del paciente persistente con baja fibrosis (12%) libre de recurrencia a 9 meses sugiere que el sustrato auricular —y no el tipo clínico de FA— es el verdadero predictor de respuesta a la PFA. Estos resultados apoyan la cuantificación sistemática de fibrosis por RMN-RT como herramienta de selección de candidatos para PFA.

0230 - RESULTADOS INICIALES DE LA ABLACIÓN POR CAMPO PULSADO EN LOS PRIMEROS 49 CASOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN UN CENTRO DE BAJO VOLUMEN

Arritmias y Electrofisiología

Guillermo MAZO | Lucas Serafín AVALOS | María Emilia SOTO | Fulvio CENTENO | Hernán BARRIONUEVO

Sanatorio Pasteur

Introducción: La ablación por campo pulsado (PFA) ha emergido como una estrategia eficaz y segura para el tratamiento de la fibrilación auricular (FA), aunque existe escasa evidencia sobre su implementación inicial en centros de bajo volumen

Objetivos: El objetivo fue describir la factibilidad, seguridad y resultados clínicos tempranos de la PFA en una cohorte consecutiva de pacientes con FA en un centro electrofisiológico del interior argentino.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional unicéntrico. Se incluyeron los primeros 49 pacientes consecutivos con FA paroxística o persistente sometidos a ablación mediante el sistema FaraPulse® (Boston Scientific) desde abril 2025 a marzo 2026 en el Sanatorio Pasteur de Catamarca. El análisis estadístico fue principalmente descriptivo. Las variables continuas se expresaron como media ± desvío estándar o mediana y rango intercuartilo (RIC), según distribución. Las variables categóricas se describieron como número y porcentaje. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante test Fisher. La libertad de recurrencia arrítmica se estimó mediante curvas de Kaplan-Meier. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Debido al bajo número de pacientes con FA persistente, los análisis inferenciales fueron considerados exploratorios. Los endpoints primarios fueron: éxito de aislamiento eléctrico agudo de venas pulmonares (VP), complicaciones y recurrencia de arritmia auricular sostenida (>30 s) post-período de blanking (90 días), evaluada por ECG y Holter de 24 horas.

Resultados: La edad media fue 62,7 ± 10,5 años (69% masculino). El 87,8% presentó FA paroxística (n=43); el 12,2% FA persistente (n=6). El perfil de riesgo fue bajo: CHA_2DS_2-VASc mediana 1 (RIC 0–1) en paroxísticos y 3 (RIC 2–3) en persistentes; volumen auricular izquierdo indexado 26,1 ± 2,8 mL/m² y fracción de eyección 61,7 ± 4,4% en paroxísticos. El aislamiento agudo de VP se logró en el 100% de los procedimientos (49/49). Se registró 1 complicación ACV (2,0%), sin mortalidad. Con un seguimiento mediano de 6 meses (RIC 4–8), ningún paciente con FA paroxística presentó recurrencia (0/43; 0%). Las recurrencias se concentraron en el subgrupo con FA persistente: 4 de 6 pacientes (66,7%) ($p < 0,001$, test exacto de Fisher). Dado el tamaño muestral reducido del subgrupo persistente (n=6), el análisis comparativo es de carácter exploratorio.

Conclusión: La implementación inicial de la PFA con sistema FaraPulse en un centro de bajo volumen del interior fue factible y segura, con 100% de éxito agudo y 0% de recurrencia en FA paroxística a seguimiento mediano de 6 meses. La concentración de recurrencias en el subgrupo con FA persistente sugiere un rol relevante del sustrato auricular en la respuesta al tratamiento. Estos resultados respaldan la incorporación de la PFA en centros del interior de Argentina, y plantean la hipótesis de que la caracterización preablativa del sustrato puede optimizar la selección de candidatos, en particular en FA persistente.

0231 - ¿SABEMOS QUÉ TIPO DE ESTRÉS SOLICITAR AL PEDIR UN ESTUDIO DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA POR SPECT? EXPERIENCIA DE ADECUACIÓN PROTOCOLIZADA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL REAL

Multimagen / Cardiopatía Isquémica

Lucas SAN MIGUEL | Belén MENDEZ | **Nadia PABSTLEBEN** | Carlos COLLAUD | Osvaldo MASOLI

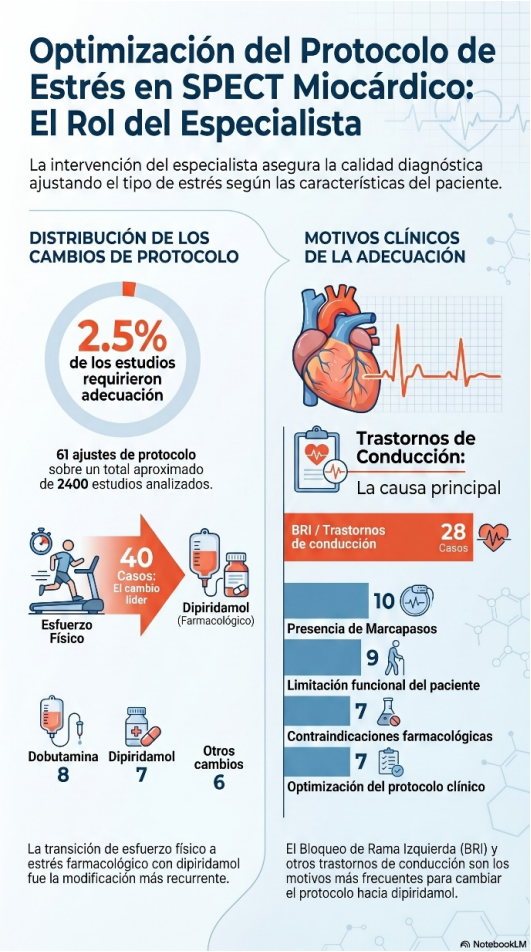
TCba Salguero - Centro de Diagnóstico

Introducción: La selección del tipo de estrés en los estudios de perfusión miocárdica por SPECT constituye un aspecto relevante para optimizar el rendimiento diagnóstico y evitar resultados potencialmente no interpretables o subóptimos. En la práctica asistencial habitual, el tipo de estrés solicitado inicialmente por el médico derivador puede no ser el más adecuado según las características clínicas, funcionales o electrocardiográficas del paciente, requiriendo una redefinición protocolizada por parte del especialista en Medicina Nuclear/Cardiología Nuclear.

Objetivos: Estimar la prevalencia de cambios en la modalidad de estrés solicitada para estudios de perfusión miocárdica por SPECT y describir los principales motivos asociados a dicha adecuación en la práctica asistencial real.

Materiales y Métodos: Estudio observacional realizado en un centro ambulatorio de diagnóstico por imágenes. Se incluyeron estudios de perfusión miocárdica por SPECT realizados entre noviembre de 2024 y mayo de 2026. La adecuación del tipo de estrés fue realizada por el médico cardiólogo responsable del estudio, de acuerdo con recomendaciones internacionales de la American Society of Nuclear Cardiology (ASNC) y las características clínicas, funcionales y electrocardiográficas del paciente. Ante una eventual necesidad de modificación del tipo de estrés originalmente indicado, la situación era comunicada a la jefatura del servicio y, una vez autorizada la adecuación, el caso era documentado prospectivamente mediante un formulario digital institucional con registro del cambio realizado y su motivo clínico. Se calculó la prevalencia de adecuación del tipo de estrés sobre el total de estudios realizados en el período y se describieron las modalidades de cambio y sus principales causas.

Resultados: Durante el período analizado se realizaron aproximadamente 2400 estudios de perfusión miocárdica por SPECT. Se documentaron 61 adecuaciones del tipo de estrés solicitado, lo que representó una prevalencia cercana al 2,5%. El cambio más frecuente fue esfuerzo a estrés farmacológico con dipiridamol, observado en 40 casos. También se registraron cambios de dobutamina a esfuerzo en 8 casos y de dipiridamol a esfuerzo en 7 casos (ver Figura adjunta). Los principales motivos de adecuación fueron trastornos de conducción intraventricular, presencia de marcapasos, limitación funcional, contraindicaciones farmacológicas y optimización del protocolo diagnóstico según las características clínicas del paciente (ver figura adjunta).



Conclusión: En la práctica asistencial real, una proporción no despreciable de estudios de perfusión miocárdica por SPECT requiere adecuación del tipo de estrés inicialmente solicitado. La revisión protocolizada por el cardiólogo nuclear permite seleccionar la modalidad de estrés más apropiada para las características clínicas y electrocardiográficas de cada paciente. Esta adecuación no modifica la pregunta clínica que motivó el estudio, sino que optimiza la estrategia diagnóstica para brindar al médico derivante una respuesta más precisa, segura y clínicamente útil.

0232 - CORRELACION ENTRE EXCURSION SISTOLICA DEL PLANO ANULAR MITRAL NORMALIZADA POR LA LONGITUD VENTRICULAR Y STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL EN PACIENTES ONCOLOGICOS: ESTUDIO PROSPECTIVO CON ANÁLISIS EXPLORATORIO DE CAPACIDAD DIAGNOSTICA

Cardioncología / Multimagen

Diego Rafael ROJAS | Agustín Fabián COLOMBO | Floriano Martín CRESPO | Esteban CLOS | Silvia Susana MAKHOUL | Pablo SORENSEN | Cynthia KUDRLE COZZOLINO | Horacio Alberto AVACA

HOSPITAL BRITANICO DE BUENOS AIRES

Introducción: El strain longitudinal global (SLG) es actualmente el parámetro ecocardiográfico más sensible para detectar disfunción ventricular izquierda subclínica en pacientes oncológicos, pero su aplicación puede limitarse por requerimientos técnicos y calidad de la imagen. La excursión sistólica del plano anular mitral normalizada por longitud ventricular (MAPSE/L) representa un marcador simple de acortamiento longitudinal que se ha correlacionado con SLG en otras poblaciones como insuficiencia cardiaca y sujetos sanos (r=0.50-0.91), pero no existe evidencia en cardio-oncología.

Objetivos: Evaluar la correlación entre MAPSE/L y SLG en pacientes oncológicos y explorar su capacidad diagnóstica para detectar disfunción longitudinal.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico con evaluación transversal de parámetros ecocardiográficos. Se incluyeron consecutivamente 85 pacientes oncológicos con ventanas ecocardiográficas adecuadas. MAPSE lateral se midió mediante modo M, se normalizó por longitud ventricular telediastólica (MAPSE/L × 100), constituyendo un índice adimensional expresado en porcentaje. SLG se analizó mediante speckle tracking bidimensional (Philips Workspace 6.0.0). Se realizó correlación de Pearson, regresión lineal y análisis ROC exploratorio: se consideró significativo un valor de $p<0.05$. El estudio fue diseñado primariamente para evaluar correlación; el análisis diagnóstico es exploratorio y generador de hipótesis.

Tabla 1. Características basales de la cohorte (N = 85)

1. Características generales	Valor
Número total de pacientes	85
Edad, años (media ± DE)	54.8 ± 15.2
Sexo, n (%)	
Masculino	56 (66.7)
Femenino	28 (33.3)

2. Factores de riesgo cardiovascular	n (%)
Dislipidemia	27 (31.8)
Hipertensión arterial	26 (30.6)
Ex tabaquismo	18 (21.2)
Obesidad	11 (12.9)
Diabetes mellitus	5 (5.9)
Sedentarismo	4 (4.7)
Insuficiencia renal	3 (3.5)
Posmenopausia	1 (1.2)

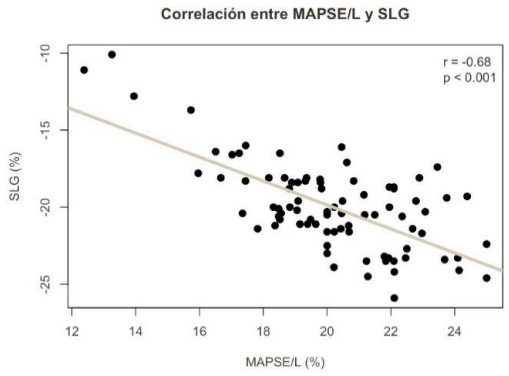
3. Antecedentes cardiovasculares	n (%)
Accidente cerebrovascular	4 (4.7)
Cardiopatía isquémica	2 (2.4)
Valvulopatía	2 (2.4)
Insuficiencia cardiaca	1 (1.2)
Miocardiopatía	1 (1.2)
Enfermedad vascular periférica	1 (1.2)
Arritmias	1 (1.2)

4. Diagnóstico oncológico	n (%)
Cáncer de mama	33 (38.8)
Linfoma folicular	7 (8.2)
Leucemia linfoblástica aguda (LLA)	5 (5.9)
Linfoma difuso de células B grandes (LDCGB)	5 (5.9)
Leucemia mieloide aguda (LMA)	4 (4.7)
Leucemia linfática (LL)	4 (4.7)
Otros	4 (4.7)
Leucemia mieloide crónica (LMC)	3 (3.5)
Linfoma no Hodgkin (LNH)	3 (3.5)
Mieloma múltiple	3 (3.5)
Cáncer de pulmón	2 (2.4)
Leucemia linfocítica crónica (LLC)	2 (2.4)
Sarcoma de partes blandas (SMD)	2 (2.4)
Cáncer colorrectal	2 (2.4)
Cáncer de próstata	1 (1.2)
Cáncer renal	1 (1.2)
Melanoma	1 (1.2)
Cáncer gástrico	1 (1.2)
Cáncer de endometrio	1 (1.2)
Cáncer testicular	1 (1.2)

5. Tratamientos oncológicos	n (%)
Trastuzumab	11 (12.9)
Tamoxifeno	9 (10.6)
Pertuzumab	8 (9.4)
Antraciclinas	6 (7.1)
Ciclofosfamida	6 (7.1)
Rituximab	6 (7.1)
Carboplatino	5 (5.9)
Docetaxel	5 (5.9)
Anastrozol	4 (4.7)
Dasatinib	4 (4.7)

Los datos se expresan como n (%) o media ± desviación estándar (DE).
EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; TVP: trombosis venosa profunda; TEP: tromboembolismo pulmonar.

Resultados: La cohorte incluyó 66.7% hombres, con una edad media 55 años. Los diagnósticos oncológicos más frecuentes fueron cáncer de mama (38.8%) y linfoma folicular (8.2%). Entre las terapias antineoplásicas registradas, las más utilizadas fueron trastuzumab (12.9%), tamoxifeno (10.6%) y antraciclinas (7.1%). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo estuvo preservada en 96.5%; SLG fue normal (<-18%) en 84.7%, limítrofe (-18 a -16%) en 10.6% y reducido (>-16%) en 4.7%. MAPSE/L demostró correlación inversa significativa con SLG en la cohorte global ($r=-0.68$; IC95% -0.78 a -0.54; $p<0.001$) y en el subgrupo con SLG limítrofe o reducido >-18% ($r=-0.76$; IC95% -0.92 a -0.36; $p=0.002$; n=13). La regresión lineal mostró asociación significativa (beta=-0.777; p=1.12x10^-12) con $R^2=0.458$. El análisis ROC exploratorio mostró AUC 0.83 (IC95% 0.67-0.99) para detectar SLG >-18%, con intervalo de confianza amplio dado el número limitado de eventos. El punto de corte preliminar de MAPSE/L 17.6% (índice de Youden 0.65) presentó especificidad 96% y sensibilidad 69%.



Conclusión: MAPSE/L presenta correlación inversa significativa con SLG ($r=-0.68$) en pacientes oncológicos, manteniéndose consistente en presencia de disfunción subclínica ($r=-0.76$). El análisis exploratorio sugiere capacidad discriminativa prometedora (AUC 0.83) con alta especificidad (96%), aunque la sensibilidad moderada (69%) limita su uso como screening aislado. MAPSE/L podría representar una herramienta complementaria simplificada en contextos donde el análisis de strain no esté disponible o presente limitaciones técnicas. Limitaciones principales: Diseño transversal sin cálculo de tamaño muestral para el análisis diagnóstico (solo 13 pacientes con SLG anormal), intervalo de confianza amplio del AUC (0.67-0.99), y falta de validación externa.

0233 - CALCIO CORONARIO HALLADO INCIDENTALMENTE EN TOMOGRAFIAS DE TORAX NO GATILLADAS SIN CONTRASTE EN PACIENTES ADULTOS JOVENES

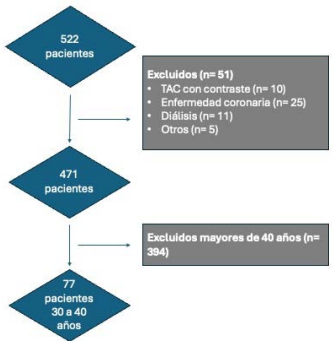
Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Tomografía/resonancia Magnética Cardiovascular

Jorge CASTRESANA | María Cielo CRIVELLO | Rosario CIVALLERO | Camila MONGIAT | Díaz AGUSTIN | Álvaro CARRANZA | Eduardo BRENNA | Alejandro CONTRERAS

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

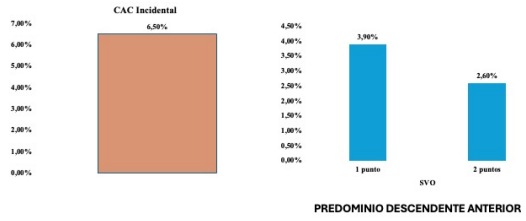
Introducción: La presencia de calcificación coronaria (CAC) detectada mediante tomografía axial computada (TAC) de tórax no gatillada por electrocardiograma y sin contraste endovenoso tiene una significación pronostica importante y

puede ser de utilidad como guía en decisiones de prevención cardiovascular. La prevalencia global de CAC > 0 fue de 21% en pacientes norteamericanos entre 30 y 45 años de edad. Existen escasos datos de prevalencia de CAC en esta población en Argentina.



Objetivos: Determinar la prevalencia de CAC incidental en TAC de tórax no gatilladas y sin contraste endovenoso en pacientes entre 30 y 40 años de edad.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, con recolección retrospectiva de datos. Se incluyeron pacientes adultos sometidos a TAC de tórax no gatillada por cualquier indicación clínica entre abril y junio de 2025. Criterios de inclusión: pacientes con TAC de tórax no gatillada sin contraste, mayores de 30 años de edad. Criterios de exclusión: Pacientes mayores de 40 años al momento de la TAC, antecedentes de enfermedad coronaria conocida (Síndrome coronario agudo con o sin elevación del ST, antecedentes de cirugía de revascularización previa o implante de stent coronario). Insuficiencia renal crónica en diálisis. Estudios con artefactos severos no pasibles de evaluación. La variable principal de estudio fue la presencia de calcio en arterias coronarias, evaluada en forma visual (presente/ausente) y de forma semicuantitativa (score visual ordinal). El Score visual ordinal (SVO) clasifica 4 territorios arteriales (tronco coronaria izquierda, descendente anterior, circunfleja y coronaria derecha), y a cada territorio le asigna un puntaje de 1 a 3 puntos, de acuerdo a la cantidad de CAC presente (tercios de compromiso de cada territorio). El mayor puntaje alcanzable es 12 puntos, siendo 4 o más CAC severo.



Resultados: Fueron incluidos 77 pacientes en el grupo etario entre 30 y 40 años (figura 1). El motivo de la TAC fue variable, siendo la causa principal sospecha de neumonía o relacionada a patología oncológica (60,3 %). La edad promedio de la población fue 35,4 años (DE 2,8), siendo el 54,5% mujeres. El 3,9 % tenía hipertensión arterial, 10,4 % diabetes, 23,4% tabaquismo, tenían LDL promedio de 103,3 mg/dl (DE 28,3) y el 5,2% tomaba estatinas al momento de la tomografía. La TAC no gatillada y sin contraste se evaluó con cortes tomográficos de 1 mm en el 97,4% de los casos. La evaluación retrospectiva de la TAC mostro la presencia de calcio coronario en 5 pacientes, siendo el 6,5% de la población (IC95% 2,1 – 14,5). De los 5 pacientes con CAC, 2 tenían un score semicuantitativo de 2 puntos (2,6 %) y 3 pacientes 1 punto (3,9%). Tres pacientes el CAC involucraba la arteria descendente anterior (DA), 1 pacientes la arteria circunfleja y 1 paciente presento CAC en DA y coronaria derecha. De los 5 pacientes con CAC, dos tenían tratamiento con estatinas.

Conclusión: La prevalencia de CAC incidental fue inferior a la reportada en estudios internacionales para grupos similares. La mayoría de los casos presentó compromiso leve con predominio en la arteria descendente anterior. Estos datos preliminares refuerzan la necesidad de estudios con mayor tamaño muestral que permitan establecer la prevalencia real de CAC en población joven argentina y su impacto en las decisiones de prevención cardiovascular.

0235 - PROGRAMA DE LONGEVIDAD CARDIO-COGNITIVA: ASOCIACIÓN ENTRE CARGA CARDIOMETABÓLICA Y PERFIL COGNITIVO-FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardio Geriatría

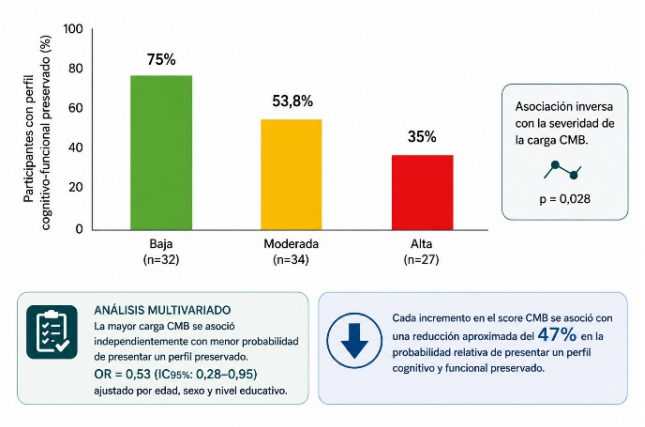
Carol KOTLIAR[1] | Rocío MARTINEZ VIVOT[2] | Gustavo GIUNTA[3] | Tomas DELÍA[1] | Silvina YASUDA[1] | Moira KUNZ[4] | Ricardo JAUREGUI[5] | Sebastián Eduardo OBREGON[1]

FUNDACIÓN MADRE DE LA SALUD Y LA VIDA[1]; CONICET - UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA[2]; Áreas SAC: Área de Investigación[3]; FACULTAD DE PSICOLOGIA, UNIVERSIDAD DE BELGRANO[4]; ASOCIACION INTERNACIONAL DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA[5]

Introducción: El Programa de Longevidad Cardio-Cognitiva (PLCC) fue diseñado para evaluar la efectividad de intervenciones estructuradas basadas en educación, modificación del estilo de vida y estimulación cognitiva comparadas con grupo control, en 1000 adultos mayores de 60 años residentes en San Isidro. Está estructurado en cohortes progresivamente incorporadas de 100 participantes cada una.

Objetivos: Explorar la distribución de la carga cardiometabólica y su asociación con perfiles cognitivo-funcionales en adultos mayores

Materiales y Métodos: Se evaluaron a 100 participantes; edad media: 74,9 ± años. Fueron analizados datos de PA, eVOP,ECG,IMC, evaluación neurocognitiva (Test Addenbrooke), funcionalidad (dinamometría, test silla), patrones de sueño, adherencia a dieta MIND, factores de riesgo CV, depresión, resiliencia. Se construyó un score de carga cardiometabólica (CMB) que incluyó HTA,DBT,DLP y obesidad abdominal(CC) categorizandose según carga CMB baja, moderada o alta. Se definió perfil cognitivo-funcional preservado por indicadores integrados de rendimiento cognitivo global y funcionalidad física. Se realizaron análisis descriptivos, pruebas de chi-cuadrado y regresión logística binaria multivariada ajustada por edad, sexo y años de educación, incorporando el score CMB como variable continua en el modelo multivariado.



Resultados: La población final relevada fue de 93 participantes de la primera cohorte del PLCC (n:7, excluidos por datos incompletos). La frecuencia de distribución de la carga CMB fue: baja 34,3% (n=32), moderada 37,1% (n=34), y alta 28,6% (n=27). Entre estos grupos el análisis de la distribución de un perfil cognitivo y funcional preservado demostró asociación inversa con la severidad de la carga CMB; hallándose preservado en 75% en el grupo de baja carga CMB, 53.8% con moderada carga CMB, y solo en 35 % con alta carga CMB. (p=0,028). En el análisis multivariado la mayor carga CMB se asoció independientemente con menor probabilidad de presentar un perfil preservado (OR=0,53; IC95%: 0,28–0,95), ajustado por edad, sexo y nivel educativo. Estos hallazgos indican que cada incremento en el score CMB se asoció con una reducción aproximada del 47% en la probabilidad relativa de presentar un perfil cognitivo y funcional preservado.

Conclusión: En este análisis basal de la primera cohorte de adultos mayores participantes del PLCC, una mayor carga cardiometabólica se asoció con menor probabilidad de preservación funcional-cognitiva multidimensional. Sin embargo, una proporción relevante de participantes con alta carga CMB mantuvo un perfil preservado, sugiriendo heterogeneidad en los procesos de envejecimiento y un posible desacople parcial entre carga metabólica y desempeño funcional potencialmente asociado a factores protectores que abren futuras hipótesis a evaluar en la trayectoria del PLCC. Si bien la relevancia de la carga CMB en cuanto a morbilidad y calidad de vida es ampliamente conocida, los resultados de este análisis preliminar demuestran su impacto sobre la preservación cognitivo y funcional en una comunidad y su potencial riesgo evolutivo en el escenario de una expectativa de vida aumentada.

0237 - TECNICAS COMBINADAS EN LA ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR LONG STANDING: RESULTADOS INMEDIATOS Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Arritmias y Electrofisiología

Mateo BIVORT HAIEK | Lautaro MAGGIO | Juan Pablo DONATTI | Juan Manuel ABOY | Luis BARJA

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Introducción: El aislamiento de las venas pulmonares (AVP) es la terapéutica fundamental en la ablación de la fibrilación auricular (FA). Sin embargo, el abordaje óptimo de la FA long standing (FALS), continúa siendo motivo de debate. Si bien, ninguna técnica agregada ha demostrado por sí sola mayor beneficio que la AVP en estudios randomizados la sumatoria de todas ellas en un primer procedimiento podría aumentar el éxito del procedimiento a largo plazo

Objetivos: Evaluar la efectividad de la sumatoria de técnicas de ablación en la FALS en un solo procedimiento bajo los siguientes parámetros: 1) la reversión a ritmo sinusal 2) el pasaje a otro sustrato (AA o TA) 3) el mantenimiento de ritmo sinusal y libertad de otras arritmias auriculares a los 12 meses

Hombres, n (%)	48 (94)
Edad, años (promedio ± DE)	57,8 ± 9.65
IMC (promedio ± DE)	28.7 ± 4.15
HTA, n (%)	28
Diabetes mellitus, n (%)	3 (6)
CHA2DS2-VASc (score) ≥2	22
Dilatación de AI, n (%) • No • Leve • Moderada • Severa	 4 (8) 31(61) 14 (27) 2 (4)
Fracción de eyección, n (%) • Conservada • Deterioro leve • Deterioro severo	 33 (65) 12 (23) 6 (12)
Insuficiencia cardíaca	10

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con FALS (FA persistente de manera continua entre los 6 y 12 meses) derivados para un primer procedimiento de ablación a nuestro Hospital Universitario, desde enero 2014 hasta la actualidad. Las ablaciones fueron realizadas tras descartar trombos intracavitarios previo ETE, con anticoagulación ininterrumpida. Se realizaron con doble punción transeptal, verismo con mapa de fraccionamiento (mapa de CFEs). La ablación se realizó con catéter de irrigación abierta en todos los casos, con fuerza de contacto a partir del 2020. Todos los pacientes ingresaron en FA. Las técnicas de ablación fueron:1- AVP antral con técnica WACA con bloqueo unidireccional 2- CFES estándar ,3 ablaciones lineales, techo, istmo mitral, ligamento de Marshall, desfragmentación del SC epicárdico, línea inferior para completar el Box y 4- aislamiento de orejuela izquierda y vena cava superior en algunos. Se agregaron técnicas y mapas específicos en caso de pasaje a aleteo o taquicardia auricular. De persistir en FA u otra arritmia que no se pudiera ablacionar tras la aplicación de todas las técnicas, se realizó cardioversión eléctrica. Todos los pacientes continuaron con DAA el primer año. El seguimiento fue realizado a la semana, al mes, 3er mes, 6to mes, un año y luego al menos una vez por año. Se realizó ECG en todas las consultas y se realizó Holter de 24 hs al tercer mes, al año y al menos uno por año en el seguimiento a largo plazo.



Figura 1. Resultados inmediatos del procedimiento índice, n (%)

Resultados: Se recopilaron lo registros de 51 pacientes con FALS, 94% hombres, edad promedio 57,8 ± 9.65. Dilatación AI leve (61%) y fracción de eyección reducida (35%) (Tabla1). Se realizó un único procedimiento en el 78%, y segundo procedimiento en 21%. Las técnicas más utilizadas: AVP - WACA, CFAEs y línea en techo (100 %), seno coronario epicárdico (47%) e ICT (43%). El cambio de sustrato (éxito 1rio) fue del 75%, con pasaje directo a ritmo sinusal en un 24% y cambio de sustrato a AA/TA en un 55%. La incidencia de arritmias auriculares (registro de al menos 30 segundos) durante el período de seguimiento fue de 22%, sin embargo, solo 5.4% de los pacientes presentaban FA persistente al año. La conversión a ritmo sinusal durante la ablación se asociaría a menor probabilidad de recidivas al año comparado con los pacientes que requirieron cardioversión, si bien no logró alcanzar significancia estadística probablemente debido al pequeño tamaño de la muestra (RR 1.87, IC 95% 0.55- 6.31)

Conclusión: En pacientes con FALS la tasa de éxito primario mediante la ablación con técnicas combinadas fue del 24% para el pasaje a RS, y del 55% para cambio a otro sustrato en el primer procedimiento. El mantenimiento de ritmo sinusal y libertad de otras arritmias auriculares al año fue de 78%, con un 95% de pacientes libres de FA persistente.

0239 - CIERRE PERCUTANEO DE FUGAS PARAVALVULARES. EXPERIENCIA INSTITUCIONAL Y RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Joaquín PÉREZ ASOREY | Juan Manuel PÉREZ ASOREY | Gerónimo ALONSO | Gastón Manuel HEREDIA SERENO | Pablo LAMELAS | Carlos FAVA | Gustavo Alejandro LEV | Oscar Alfredo MENDIZ

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: Las fugas paravalvulares (FPV) son una complicación frecuente del reemplazo valvular quirúrgico, asociadas a insuficiencia cardíaca, anemia hemolítica y mayor morbimortalidad. La reintervención quirúrgica conlleva alto riesgo en pacientes con múltiples cirugías previas o comorbilidades significativas. El cierre transcatéter se ha consolidado como alternativa menos invasiva con resultados favorables en series observacionales.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad del cierre transcatéter de FPV durante el procedimiento y en el seguimiento a mediano y largo plazo en una cohorte consecutiva de pacientes tratados en nuestra institución.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron 22 procedimientos realizados entre diciembre de 2009 y diciembre de 2025. Población predominantemente masculina (77,3%), edad media 68 años, 63% con al menos una esternotomía previa. Las comorbilidades más frecuentes fueron fibrilación auricular (57,9%), hipertensión arterial (52,6%) y endocarditis previa (31,6%). Los procedimientos se realizaron bajo guía ecocardiográfica (principalmente transesofágica). Se utilizaron dispositivos Amplatzer Vascular Plug (81,8%) y Occlutech (18,2%), con uno, dos o tres dispositivos según el caso.

Resultados: Se trataron 13 fugas mitrales y 9 aórticas, siendo la mayoría severas preprocedimiento (72,7%). El éxito técnico global fue del 68%, con notable mejoría temporal: 45% antes de 2016 versus 91% desde 2016 en adelante. En el 100% de

los casos técnicamente exitosos se logró reducción del grado de la fuga. Postprocedimiento, el 60% presentó fuga leve o ausente, sin casos de fuga severa residual. Se registró una muerte por shock cardiogénico, un caso de embolización del dispositivo y una reintervención quirúrgica. No se registraron ACV, IAM ni endocarditis asociada al procedimiento.

Conclusión: El cierre transcatéter de FPV es una alternativa eficaz y segura en pacientes de alto riesgo quirúrgico, con baja incidencia de complicaciones mayores. La experiencia del operador y el avance tecnológico fueron determinantes en la mejora sostenida de los resultados. El crecimiento del TAVI anticipa un incremento en la demanda de este procedimiento en los próximos años.

0240 - COBERTURA EFECTIVA DE VACUNACIÓN EN ADULTOS MAYORES CON CARDIOPATÍA PESE A LA PROVISIÓN GRATUITA UNIVERSAL: UNA PARADOJA DEL SISTEMA SANITARIO ARGENTINO

Cardio Geriatría / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Guillermo SUAREZ | María Alejandra ANGRISANI | Florencia SOBRINO | Pablo SCHYGIEL | María Sol DONATO | Natalia Eva Amalia LASARTE | María Soledad PALACIO | Patricia BLANCO

Consejos: Cardiogeriatría

Introducción: En la Argentina, las vacunas antigripal y antineumocócica son gratuitas para los adultos mayores y para quienes presentan comorbilidades, mediante mecanismos paralelos de provisión universal. Pese a ese acceso, la cobertura efectiva y sus determinantes en pacientes cardiológicos están poco caracterizados, en particular el papel de la fragilidad

Objetivos: Identificar predictores independientes de cobertura antigripal, antineumocócica y de esquema doble en adultos mayores asistidos en cardiología ambulatoria.

Materiales y Métodos: Registro multicéntrico transversal de 732 pacientes de 60 años o más asistidos en consultorios de cardiología ambulatoria. La fragilidad se midió con la escala FRAIL (robusto, prefrágil, frágil). Para cada vacuna se ajustó un modelo de regresión logística multivariada por edad, sexo, número de comorbilidades, polifarmacia, fragilidad y sistema de cobertura.

Tabla. Modelo de regresión logística multivariada (n=732)

Predictor	Neumococo OR (IC 95%)	Antigripal OR (IC 95%)	Doble OR (IC 95%)
Edad ≥80 años	1.92 (1.32–2.80)*	2.01 (1.31–3.06)*	1.70 (1.17–2.48)*
Sexo masculino	0.84 (0.62–1.15)	0.71 (0.51–0.99)*	0.96 (0.69–1.33)
N° comorbilidades (por unidad)	1.13 (1.05–1.20)*	1.14 (1.06–1.23)*	1.19 (1.11–1.27)*
Polifarmacia (≥5 fármacos)	1.50 (1.07–2.10)*	1.61 (1.12–2.31)*	1.08 (0.75–1.55)
FRAIL (por categoría adicional)	0.78 (0.60–1.03)	0.74 (0.56–0.99)*	0.69 (0.51–0.92)*
PAMI (vs prepaga)	0.53 (0.36–0.80)*	0.44 (0.29–0.68)*	0.77 (0.52–1.15)
Sin cobertura (vs prepaga)	0.31 (0.15–0.62)*	0.62 (0.29–1.31)	0.60 (0.29–1.23)
AUC	0.66	0.68	0.67

** p<0.05. Categoría de referencia: robusto (FRAIL) y prepaga (cobertura).*

Resultados: La edad mediana fue 73 años; 54,6% eran mujeres y 24,9% tenían 80 años o más. La distribución de fragilidad fue 27,2% robustos, 46,0% prefrágiles y 26,8% frágiles. La cobertura fue 67,6% para antigripal, 54,6% para antineumocócica y 33,2% para esquema doble. Fueron predictores independientes de mayor cobertura la edad de 80 años o más, el número de comorbilidades y la polifarmacia (Tabla). Pese a la provisión gratuita, la afiliación a PAMI y la ausencia de cobertura se asociaron con menor cobertura respecto de la prepaga. Tras el ajuste, la fragilidad mostró una asociación dosis-respuesta con menor cobertura antigripal y de esquema doble, invirtiendo el patrón observado en el análisis crudo. El sexo masculino se asoció con menor cobertura antigripal.

Conclusión: La cobertura efectiva de vacunación está condicionada por factores que trascienden la edad cronológica. La fragilidad, lejos de facilitarla, constituye una barrera una vez ajustada por edad, comorbilidad y polifarmacia. La inequidad entre sistemas pese al acceso gratuito universal orienta a problemas de implementación más que de acceso económico, y respalda intervenciones dirigidas a los subgrupos con menor cobertura.

0241 - PARADOJA DEL SEXO: CUANDO LA FRAGILIDAD ECLIPSA A LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA MUJER MAYOR

Corazón y Mujer / Cardio Geriatría

Patricia BLANCO | Pablo SCHYGIEL | Guillermo SUAREZ | Laura FLOR | Florencia SOBRINO | María Sol DONATO | Silvina ALONSO | María Soledad PALACIO

Consejos: Cardiogeriatría

Introducción: La paradoja de salud masculina-femenina describe el fenómeno por el cual las mujeres presentan mayor morbilidad y discapacidad a pesar de su mayor longevidad, con escasa evidencia en cardiología ambulatoria de países de ingresos medios.

Objetivos: Evaluar la expresión clínica de la paradoja de salud por sexo en adultos mayores de una cohorte de cardiología ambulatoria.

Materiales y Métodos: Registro prospectivo multicéntrico de cardiología ambulatoria que incluyó 732 pacientes consecutivos de 60 años o más. Se evaluó fragilidad con el índice FRAIL (robusto: 0; pre-frágil: 1–2; frágil: mayor o igual 3); se definió alta carga de fragilidad como FRAIL mayor o igual a 4 (4 o 5 criterios positivos). La multimorbilidad se definió como 2 o más enfermedades crónicas y la polifarmacia como 5 o más fármacos. Se realizaron modelos de regresión logística ajustados por edad. Los análisis se repitieron en el subgrupo de 75 años o más (n=320).

Tabla 1. Hallazgos significativos por sexo — Población completa (n=732). OR ajustados por edad.

Variable	Mujeres n=400	Hombres n=332	p	OR aj. edad (IC 95%)
Fragilidad — mayor carga en mujeres				
Distribución FRAIL (global)	41,8% pre-frágil 28,7% frágil	51,2% pre-frágil 24,4% frágil	p=0,029	—
Alta carga de fragilidad (FRAIL >4)	15,8%	9,9%	p=0,027	OR-M: 1,50 (0,94–2,40) †
Enfermedad cardiovascular — mayor carga en hombres				
ECV ateroscleróticа compuesta	22,8%	41,9%	p<0,001	OR-H: 2,57 (1,86–3,55)
Enfermedad cardíaca isquémica	12,2%	27,1%	p<0,001	OR-H: 2,74 (1,86–4,04)
Diabetes mellitus	16,2%	29,2%	p<0,001	OR-H: 2,12 (1,49–3,03)
Hipertensión arterial	73,0%	82,2%	p=0,004	OR-H: 1,76 (1,23–2,52)
Comorbilidades no cardiovasculares — mayor prevalencia en mujeres				
Distiroidismo	29,5%	9,9%	p<0,001	—
Osteoporosis	14,2%	1,8%	p<0,001	—
Artritis / Ansiedad	19,3% / 19,2%	11,1% / 11,1%	p=0,003 / p=0,004	—
Caídas	11,8%	4,2%	p<0,001	—
Subgrupo >75 años (186 mujeres / 134 hombres)				
Alta carga de fragilidad (FRAIL >4)	25,8%	14,2%	p=0,017	OR-M: 1,93 (1,06–3,51)
Enfermedad cardíaca isquémica	13,4%	32,1%	p<0,001	OR-H: 3,04 (1,74–5,31)

† En población completa p=0,088 (NS); significativo en >75 años (OR-M 1,93; IC 1,06–3,51; p=0,031). OR-H: odds ratio para hombres vs. mujeres. OR-M: odds ratio para mujeres vs. hombres. ECV: enfermedad cardiovascular aterosclerótica.

Resultados: De 732 pacientes; 400 mujeres (54,6%); edad 74,4±8,8 vs 73,2±7,9 años; p=0,050, la multimorbilidad 75,0% vs 79,5%; p=0,174 y la polifarmacia 46,8% vs 53,0%; p=0,107 no difirieron entre sexos. La distribución del índice FRAIL fue significativamente diferente (p=0,029): los hombres presentaron en la pre-fragilidad (51,2% vs 41,8%), mientras las mujeres presentaron mayor alta carga de fragilidad (FRAIL de 4 o más: 15,8% vs 9,9%; p=0,027). Los hombres mostraron mayor carga cardiovascular aterosclerótica: ECV compuesta (41,9% vs 22,8%; OR 2,57; IC 1,86–3,55), enfermedad isquémica (27,1% vs 12,2%; OR 2,74; IC 1,86–4,04) y diabetes (29,2% vs 16,2%; OR 2,12; IC 1,49–3,03). Las mujeres presentaron mayor prevalencia de distiroidismo (29,5% vs 9,9%), osteoporosis (14,2% vs 1,8%), artritis (19,3% vs 11,1%), ansiedad (19,2% vs 11,1%) y caídas (11,8% vs 4,2%); todas p<0,01. En el subgrupo de 75 años o más la alta carga de fragilidad fue significativamente mayor en mujeres (25,8% vs 14,2%; OR 1,93; IC 1,06–3,51; p=0,031). Tabla 1.

Conclusión: La paradoja del sexo se expresa en cardiología ambulatoria como un patrón diferencial de morbilidad: los hombres acumulan mayor carga cardiovascular aterosclerótica y metabólica, mientras las mujeres presentan mayor carga no cardiovascular y alta carga de fragilidad, especialmente a partir de los 75 años. Se requiere una valoración integral en la práctica cardiológica ambulatoria.

0242 - COARTACIÓN DE AORTA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN CENTRO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto

Nayla Rocío DENIS | Laura Candela BENAVIDES | Judith ACKERMAN | Adriana ITURZAETA | Jesús María DAMSKY BARBOSA

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción: La coartación de aorta (CoAo) es una cardiopatía congénita caracterizada por un estrechamiento en el arco aórtico. Representa entre el 4 - 8% de las cardiopatías congénitas. Su espectro clínico es variable, el abordaje depende entre otros factores de la extensión, severidad y compromiso hemodinámico. Frecuentemente se asocia con válvula

aórtica bicúspide, comunicación interventricular (CIV) y síndromes como Shone o Turner. Conocer sus características y si existen factores asociados con hipertensión arterial (HTA) es importante para optimizar su manejo.

Objetivos: Describir la población de pacientes con CoAo seguidos en un hospital de tercer nivel. Explorar si existen factores asociados a la presencia de HTA.

Materiales y Métodos: Trabajo transversal. Se analizaron 161 pacientes asistidos entre 1990 y 2025 por CoAo. Se registraron edad, sexo, tipo de intervención (cirugía/cateterismo), necesidad de reintervención, registro de HTA en consultorio, monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA), y necesidad de medicación antihipertensiva.

Estadísticos de grupo

	tipo_interv	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
edad_proc	2,00	45	7,400	4,5115	,6725
	1,00	95	,484	,8661	,0889

Resultados: La población estudiada (n=161) tuvo 67,1% de pacientes masculinos, sobre el total 12 tenían un síndrome genético confirmado. El 65,8% tenían válvula aórtica bicúspide. Además, el 41% presentó otro defecto asociado (CIV y ductus arterioso permeable los más frecuentes), y el 8,1% tenían cardiopatía compleja (8 con síndrome de Shone, 4 doble salida de ventrículo derecho y 1 transposición completa de grandes vasos). El 87% del total de pacientes requirió intervención, correspondiendo al 67,9% cirugía y 32,1% cateterismo. Se observaron diferencias respecto de la edad promedio de la intervención 7,4 ± 4,4 años para hemodinamia y 0,5 ± 0,8 años para los pacientes intervenidos quirúrgicamente (p<0,001). Las técnicas quirúrgicas usadas fueron anastomosis término-terminal ampliada (49 casos), reparación con flap de subclavia (28 casos), y aortoplastia con parche (9 casos). En hemodinamia, la angioplastia con stent fue la técnica más utilizada (34 casos), seguida por la angioplastia con balón (11 casos). De los pacientes intervenidos, 42 requirieron una reintervención por recoartación, 36 casos fueron por hemodinamia: angioplastia con balón (n=18), angioplastia con stent (n=15), otros (n=3) y en 6 casos cirugía. Se detectó HTA por alguna forma (consultorio o MAPA) en 37 pacientes, 20 en la consulta (la mayoría grado 1), y 21 por MAPA (este estudio se realizó en 52 pacientes). Además, 37 pacientes estaban medicados por HTA. Se observó una tendencia entre mujeres e HTA (OR 1,8 IC95 0,9 – 10,8 p=0,08) e HTA por MAPA en pacientes reintervenidos (OR 2,5 IC95% 0,7-8,5 p=0,07). La hemodinamia y la reintervención se asociaron con HTA (OR 2,6 IC95% 1,2-6,1 p=0,02) y (OR 2,1 IC95% 1-4,5 p=0,05) respectivamente. Por su parte la presencia de un defecto congénito asociado se presenta como factor protector de HTA (OR 0,3 IC95% 0,2-0,8 p=0,01).

Conclusión: La población estudiada presenta características similares a las descriptas en la bibliografía. Se observó la hemodinamia y la necesidad de reintervención como factores de riesgo para HTA, mientras que la presencia de un defecto congénito asociado se comportó como factor protector. Estos resultados deben ser analizados en su contexto.

0243 - EVALUACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DEL PECTUS EXCAVATUM SEVERO EN REPOSO, ESFUERZO E INTRAOPERATORIO

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto / Multimagen

Judith ACKERMAN[1] | Florencia GIACCOMOZZI[1] | Ezequiel TRAVAGLIA[1] | Julieta Anahí RANCATI[1] | Nayla Rocío DENIS[1] | Ignacio RAGGIO[2] | Wilson P. ZÚÑIGA SILVA[1] | Jesús María DAMSKY BARBOSA[1]

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde[1]; CEMIC[2]

Introducción: El pectus excavatum (PE) es la anomalía congénita de la pared torácica más frecuente. Puede ser primario (1 de cada 400 nacidos vivos) o secundario a procedimientos como cirugía cardiovascular. La mayoría de los pacientes (p) no refieren síntomas. En los PE severos se ha mostrado asociación entre compresión cardíaca y alteraciones cardiovasculares. La evaluación tradicional incluye ecocardiograma Doppler transtorácico (ETT) basal y resonancia magnética cardíaca (RMC) con adquisición en espiración. Dado que las alteraciones cardiovasculares se manifiestan principalmente en esfuerzo, afectan la función diastólica y se exacerban en inspiración, lo anterior puede ser insuficiente.

Objetivos: Principal: Caracterizar las alteraciones cardiovasculares evaluadas mediante ecocardiografía en p con PE severo previo a la cirugía reparadora. Secundarios: 1) Describir las alteraciones cardiovasculares en p con PE severo mediante la valoración en esfuerzo por ecoestrés. 2) Describir los cambios en la geometría ventricular observados mediante ecocardiograma transesofágico (ETE) intraoperatorio.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Se evaluaron p con PE severo mediante ETT y ecoestrés previo a la reparación. Se efectuó ETE intraoperatorio. Se registró edad, sexo, tipo de PE.

Tipo de PE se definió adaptando al ETT la Clasificación de Compresión Cardíaca por RMC: Tipo 0: sin compresión cardíaca; tipo 1: compresión del ventrículo derecho (VD) sin compromiso del surco auriculoventricular (SAV) y tipo 2: compresión del VD y del SAV. Por ETT se evaluó el tipo de compresión en cuatro cámaras en telediástole. Mediante ecoestrés se analizaron: motilidad del septum interventricular, función diastólica del VD, área tricuspídea y gradiente diastólico transtricuspídeo. Se consideró alteración de la motilidad septal la presencia de rebote diastólico y/o aplanamiento sistólico. Se consideraron hallazgos sugestivos de disfunción diastólica del VD (ddVD) la presencia de relación Ea' a nivel tricuspídeo. En el ETE intraoperatorio se evaluaron, antes y después de la descompresión: posición cardíaca, sitio de compresión y diámetros de aurícula derecha (AD), anillo tricuspídeo, VD y tracto de salida del VD (TSVD), analizándose las modificaciones post reparación.

Edad, años	14,8 ±
Sexo masculino	13 (76,
PE tipo 1	12 (70,
PE tipo 2	
Disnea de esfuerzo	8 (47,1
Septum disquinético en reposo*	14 (93,
Septum disquinético en esfuerzo*	15 (10(
Disfunción diastólica en reposo*	5 (33,3
Disfunción diastólica en esfuerzo*	15 (10(
Cirugía reparadora	8 (47,1
Cambio en la posición cardíaca post cirugía†	8 (100)
Aumento del diámetro AD post cirugía†	2 (25)
Aumento del anillo VT post cirugía†	6 (75)
Aumento del diámetro VD post cirugía†	4 (50)
Aumento del diámetro TSVD post cirugía†	8 (100)
Datos expresados como media ± desvío estándar o n (%).	n = 17
* Evaluado en 15 pacientes por ecoestrés	

Resultados: Se incluyeron 17 p con PE. Edad media:14,8 ± 1,7 años. 76,5% sexo masculino. 70,6% presentó PE tipo 1 y el 29,4% tipo 2. 2p presentaban cardiopatía compleja operada. 47,1% presentaron disnea de esfuerzo. A 15p se realizó ecoestrés. Se observó alteración de la motilidad septal en reposo en 93,3% y en el esfuerzo en el 100%. Hallazgos sugestivos de ddVD se observaron en reposo en el 33,3% y en esfuerzo en el 100%. 8p fueron operados. El ETE intraoperatorio mostró cambio en la posición cardíaca y aumento del diámetro del TSVD en todos los casos. Se observó aumento de >50% en los diámetros del anillo de la VT y del VD en el 37,5% de los casos. Todos los p con PE tipo 2 presentaron aumento del diámetro de anillo de VT tras la descompresión, hallazgo no observado en el tipo 1. No hubo cambios significativos en el diámetro de la AD.

Conclusión: El PE severo se asocia a alteraciones cardiovasculares predominantemente diastólicas, que se manifiestan principalmente durante el esfuerzo y se exacerban en inspiración. Los pacientes con compresión cardíaca tipo 2 presentan mayor repercusión sobre la geometría y función del VD. La evaluación cardiovascular debería incluir valoración funcional en esfuerzo y considerar las variaciones respiratorias. El ETE intraoperatorio evidencia modificaciones significativas de la geometría del VD tras la descompresión. Son necesarios estudios adicionales para determinar el impacto funcional de la reparación quirúrgica a largo plazo.

0248 - VALOR PRONÓSTICO DE MORTALIDAD A LARGO PLAZO DE LA MICROALBUMINURIA EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO CON Y SIN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Cardiopatía Isquémica / Investigación Básica

María Laura ROCHA | Marlon BRAUN DAHER | Cristofer MERIDA | Jimena GAMBARTE | María Sol DONATO | Claudio César HIGA

Hospital Alemán

Introducción: La microalbuminuria es un predictor de eventos mortalidad en pacientes hipertensos y también en síndromes coronarios agudos.

Objetivos: Analizar la capacidad predictora de mortalidad del índice albúmina creatinina (IAC) como indicador de la microalbuminuria en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) hipertensos y no hipertensos.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo, incluyendo consecutivamente pacientes con SCA sin elevación del segmento ST ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Comunidad. El IAC se determinó en muestras de orina espontánea durante las primeras 24 horas posteriores al ingreso y se

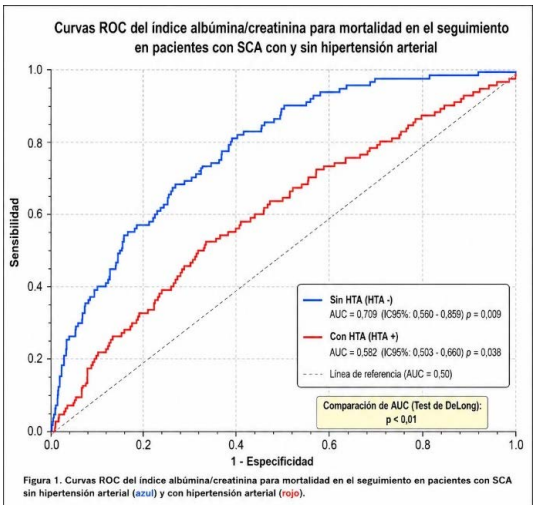
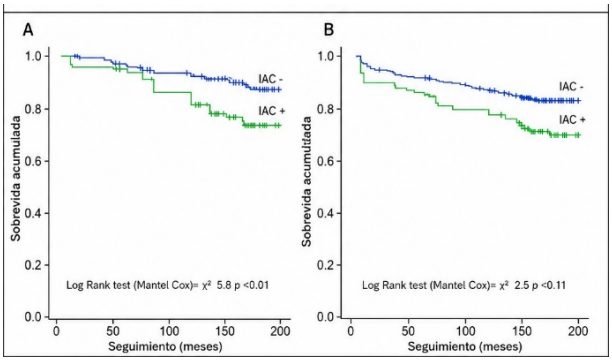


Figura 1. Curvas ROC del índice albúmina/creatinina para mortalidad en el seguimiento en pacientes con SCA sin hipertensión arterial (azul) y con hipertensión arterial (rojo).

analizó mediante inmunoturbidimetría. El punto final del análisis fue la mortalidad por todas las causas durante el seguimiento. Se analizó la capacidad discriminatoria del evento por Áreas Bajo la Curvas ROC y la comparación se realizó mediante Test de De Long. Se construirán curvas de supervivencia de Kaplan Meier según IAC + y - en hipertensos y no hipertensos. Se realizó análisis de regresión de COX de IAC y mortalidad en ambos grupos Las estadísticas se calcularon utilizando el programa IBM Statistics SPSS versión 26.



Resultados: La mediana de seguimiento fue de 12 años (95% IC 11-14). En la Tabla 1 se detallan las características basales, en hospitalización y evolutivos globales y entre hipertensión arterial (HTA) + y HTA –. El Area Bajo la Curva ROC del IAC para el punto final fue de 0.79 (IC 95% 0.56-0.85) en los no hipertensos y de 0.58 (IC 95% 0.503-0.86) en los hipertensos, por Test de De Long ($p < 0.01$). En la figura 1 muestra la comparación de las áreas bajo la curva ROC para IAC y mortalidad en el seguimiento en HTA + y HTA –. En la figura 2 se observan las curvas de sobrevida de Kaplan Meier de IAC + e IAC - en SCA hipertensos y SCA no hipertensos. El análisis de Cox ajustado por el score de GRACE mostró una tendencia a mayor riesgo asociado al IAC en pacientes sin HTA (HR 3,64; IC95% 0,32–41,98; p=0,30), mientras que no se observó asociación en hipertensos (HR 0,89; IC95% 0,25–3,14; p=0,85).

Conclusión: La microalbuminuria presentó mayor valor pronóstico en pacientes con SCA sin HTA respecto a los hipertensos, demostrando mejor capacidad discriminativa y asociación con diferencias en sobrevida.

0249 - DEMOSTRACIÓN ELECTROFISIOLÓGICA DE LA DISINCRONÍA ELÉCTRICA PRODUCIDA POR LA DESVIACIÓN AXIAL IZQUIERDA, EN EL ECG BASAL O GENERADA POR ESTIMULACIÓN DEFINITIVA

Arritmias y Electrofisiología

Claudio DE ZULOAGA | Andrés Federico BIELECKI

Sanatorio de la Providencia

Introducción: Está demostrado que los pacientes con cardiopatías que tienen ECG con desviación axial izquierda, tienen peor evolución que aquellos con eje normal, ya sea en un QRS angosto o asociados a bloqueos de rama. La desviación axial izquierda (HBIA) es responsable de una activación inversa del SIV desde ápex a la base, generando una contracción anormal del SIV (paradojal) lo que lleva a la pérdida de la sincronía intraventricular. Cualquier estimulación ventricular definitiva que genere una desviación axial izquierda conduce a la misma anormalidad en la contracción del SIV con la pérdida de la sincronía intraventricular, aun cuando la estimulación capture parcialmente el sistema His-Purkinje (HP) cual sucede en la estimulación de la Rama Izquierda (RI)

Objetivos: Demostrar la pérdida de la sincronía eléctrica intraventricular mediante un modelo de estimulación DDD, que produzca desviación axial izquierda. Con el mismo modelo, demostrar que la preexistencia de un HBIA puede corregirse con estimulación fisiológica mejorando la sincronía ventricular.

Materiales y Métodos: Fueron incluidos 17 pacientes Grupo A, con estimulación ventricular definitiva del ápex del ventrículo derecho por disfunción del nódulo sinusal quienes tenían de base (sin estimulación) un QRS angosto 99±10, con conducción AV normal y eje normal. Y el Grupo B, 22 pacientes con estimulación definitiva para hisiana con un QRS de base angosto, 101±13 pero con eje eléctrico a -45º. El sitio de estimulación fue en el SIV alto posterior por debajo de la válvula pulmonar donde se bifurca el sistema d conducción. Ninguno tenía cardiopatía y la Fey era normal en ambos grupos (58±8). En todos ellos se realizó estimulación DDD con un intervalo AV programado y largo, que asegurara un QRS nativo, luego fue acortándose el AV logrando fusiones progresivas hasta un AV de 100 mseg que mostrara un QRS totalmente estimulado, y finalmente una estimulación VVI que asegurara una captura pura del ápex. Para las mediciones fue utilizado el ECG digitalizado sistema Synchromax®, con comparación cruzada de la varianza de DII y V6 generando un índice de sincronía eléctrica (ISE) el cual se considera normal menos de 0,40, disincronía moderada entre 0,40 y 0,70 y severa por encima de 0,70. El intervalo Rmx-finQRS normal de 55±10 mseg.

Resultados: La estimulación con progresivas fusiones demostró que existía fusión entre la conducción por la vía nodo-hisiana y la estimulación del ápex a) al conservar una duración del QRS < que la pura del ápex b) mostrar un intervalo Rmx-finQRS idéntica al QRS nativo (captura de la rama izquierda). Los 17 pacientes con ejes normales, al presentar la fusión con la estimulación de ápex mostraron desviación axial izquierda por la activación septal inversa a pesar de la captura del HP (a+b) y la pérdida progresiva del ISE de 0,16±5 a 0,49±0,7. Por el contrario, los pacientes con HBIA de base Grupo B, la fusión del QRS nativo con la estimulación para hisiana, la desaparición de la desviación axial por captura de la hemirrama anterior, normalizó el ISE el cual pasó de 0,47±8 a 0,22±9. La pérdida de la sincronía eléctrica fue inmediata al coexistir con eje a < de -45º. La Desviación axial izquierda en QRS nativo o por estimulación fueron similares 0,49±0,7 y 0,47±8 respectivamente p= 0,431

Conclusión: 1) La aparición de una desviación axial izquierda con la estimulación (< = de -45º) produce siempre disincronía eléctrica independientemente de la captura del HP o de la duración del QRS 2) por el contrario, la corrección del HBIA por la estimulación para hisiana normaliza los índices de sincronía eléctrica.

0256 - REINFARTO INTRAHOSPITALARIO EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST EN PACIENTES CON REPERFUSIÓN EXITOSA. REGISTRO ARGEN IAM

Cardiopatía Isquémica

Adrián CHARASK | Juan GAGLIARDI | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA | Flavio Andrés DELFINO | **Aldana DUMONDIN MARTIN** | Heraldo D› IMPERIO | Mauro Andrés QUIROGA | Gerardo ZAPATA

Áreas SAC: Área de Investigación

Introducción: En la era contemporánea de la reperfusión, la mortalidad del infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) ha disminuido significativamente; sin embargo, los eventos isquémicos recurrentes continúan condicionando un pronóstico adverso. El reinfarto intrahospitalario (REIAM) representa una complicación poco frecuente y de alto impacto clínico.

Objetivos: determinar la incidencia de REIAM en pacientes con reperfusión exitosa, comparar su frecuencia entre angioplastia primaria (ATC) y trombolíticos (TL), y evaluar su asociación con sangrado, uso de DAPT y mortalidad hospitalaria.

Grado de sangrado	n	REIAM (n)	Incidencia (%)	DAPT ingreso (%)	DAPT egreso (%)
No sangrado	5523	85	1,45 %	95,6 %	85,7 %
Mínimo	122	6	4,92 %	91 %	76,2 %
Menor	48	6	12,5 %	89,6 %	64,6 %
Mayor	30	2	6,67 %	83,3 %	36,7 %

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva del registro ARGEN-IAM-ST. Se incluyeron pacientes con reperfusión efectiva (ATC exitosa o fibrinólisis con criterios de reperfusión positivos). Se definió doble antiagregación plaquetaria (DAPT) como la administración concomitante de aspirina y un inhibidor del receptor P2Y12, evaluada al ingreso y durante la internación. El sangrado se clasificó en cuatro categorías: sin sangrado, sangrado mínimo (no intracraneal o descenso de hemoglobina <3 g/dl), sangrado menor (no intracraneal con descenso entre 3 y 5 g/dl) y sangrado mayor (hemorragia intracraneal o descenso >5 g/dl). REIAM fue definido de acuerdo con los criterios operativos del registro ARGEN-IAM, incluyendo recurrencia clínica de isquemia acompañada de nueva elevación enzimática y/o cambios electrocardiográficos sugestivos, según criterio del médico tratante. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC) y las categóricas como porcentajes. Se calcularon odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%). El análisis estadístico se realizó con Epi Info.

Resultados: La incidencia de REIAM fue 1,66% (99/6013; IC95% 1,37–2,02), sin diferencias entre ATC (1,69%) y trombolíticos (1,43%). La mortalidad fue mayor en pacientes con REIAM (19,8% vs 6,2%; OR 3,7; IC95% 2,19–6,30; p<0,001). El sangrado se asoció a mayor incidencia de REIAM (7,0% [14/200] vs 1,54% [85/5533]; OR 4,84; IC95% 2,7–8,6; p<0,001), observándose un incremento progresivo según la gravedad del mismo (Tabla). En el análisis multivariado, el sangrado (OR 3,70; IC95% 1,97–6,96; p<0,001) y el Killip > I al ingreso (OR 1,65; IC95% 1,07–2,55; p=0,023) se asociaron de manera independiente con el REIAM. Los pacientes con sangrado presentaron menor utilización de DAPT durante la internación, particularmente al egreso (85,7% vs 36,7%).

Conclusión: En el tratamiento contemporáneo del IAMCEST, el REIAM es un evento infrecuente, pero con alto impacto pronóstico. El sangrado y el Killip > I al ingreso se asociaron de manera independiente con su ocurrencia. Implicancias clínicas: desde el punto de vista clínico, el sangrado se asocia a una mayor incidencia de REIAM y a una menor utilización de DAPT durante la internación. Si bien no puede establecerse una relación causal, estos hallazgos sugieren un posible mecanismo mediador vinculado a la interrupción del tratamiento antitrombótico.

0263 - IMPACTO DE LA REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL MEDIDA MEDIANTE EL TEST DE CAMINATA DE 6 MINUTOS

Cardiología Del Ejercicio

Justina FUERTES SAMBRA | Gianluca GARIBALDI | Flavia Luisina AMENDOLA

Hospital San Juan de Dios (La Plata)

Introducción: La rehabilitación cardiovascular comprende intervenciones multidisciplinarias diseñadas para optimizar el funcionamiento físico, psicológico y social de los pacientes, contribuyendo a reducir la morbimortalidad. Entre sus beneficios principales se destacan el aumento del umbral de esfuerzo y la mejora de la eficiencia cardiovascular.

Objetivos: Evaluar el impacto de un programa de rehabilitación cardiovascular sobre la capacidad funcional mediante la comparación de la distancia recorrida en el test de caminata de 6 minutos al ingreso y al egreso.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron 72 pacientes adultos que completaron un programa de rehabilitación cardiovascular de seis meses de duración. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con registro completo de variables. Se excluyeron aquellos con limitaciones físicas de origen neurológico o traumatológico que impidieran el ejercicio, y quienes no finalizaron el programa. El programa consistió en entrenamiento supervisado tres veces por semana (calentamiento, ejercicio aeróbico individualizado y vuelta a la calma). La intensidad se prescribió mediante la fórmula de Karvonen o la escala de Borg. La capacidad funcional se evaluó mediante el test de caminata de 6 minutos, registrando frecuencia cardíaca, presión arterial y escala de Borg en reposo, esfuerzo máximo y recuperación. Los datos se procesaron con el programa Stata 14. Las variables continuas se expresaron como media ± desvío estándar o mediana (rango intercuartílico), y las categóricas como frecuencias y porcentajes. Para la comparación entre ingreso y egreso se utilizó la prueba t de Student pareada o Wilcoxon, según la distribución de los datos. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: La población presentó predominio masculino (84,7%) y una mediana de edad de 63 años (rango intercuartílico 54–69). La cardiopatía isquémica fue la etiología predominante (83,3%), con antecedente de infarto en el 62,5%. Se observó una mejoría significativa en la distancia recorrida en el test de caminata de 6 minutos: 484,8 ± 85,0 metros al ingreso y 557,6 ± 77,5 metros al egreso, con una diferencia media de +72 metros (rango intercuartílico 29–104; $p < 0,001$). La mayoría de los pacientes superó el umbral de cambio clínicamente significativo. Se evidenció, además, una leve reducción de la frecuencia cardíaca basal (70 frente a 68 latidos por minuto) sin aumento en la percepción del esfuerzo (escala de Borg 3,9 frente a 3,8).

Conclusión: El programa de rehabilitación cardiovascular implementado demostró ser altamente efectivo al lograr un incremento en la distancia recorrida en el test de caminata de 6 minutos que supera los umbrales de relevancia clínica internacional. El entrenamiento físico estructurado produce adaptaciones que permiten mayores niveles de esfuerzo con menor demanda cardiovascular, validando a la rehabilitación cardiovascular como un pilar terapéutico esencial para mejorar el pronóstico, la capacidad funcional y la autonomía de los pacientes con enfermedad cardiovascular.

0267 - FALLO RENAL AL INGRESO EN EL IAMCEST Y SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA: RESULTADOS DEL REGISTRO ARGEN-IAM

Cardiopatía Isquémica

Stella Maris MACIN[1] | Gerardo ZAPATA[1] | Lorena LOPEZ[2] | Quiroga MAURO[1] | Yanina CASTILLO COSTA[3] | Heraldo D› IMPERIO[3] | Charask ADRIAN[3] | Juan Alberto GAGLIARDI[3]

FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA[1]; LOPRENA LOPEZ[2]; Sociedad Argentina de Cardiología[3]

Introducción: La enfermedad renal (ER) en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) se asocia con una enfermedad coronaria más avanzada y un peor pronóstico evolutivo.

Objetivos: Evaluar el impacto de la falla renal (FR) al ingreso sobre las complicaciones intrahospitalarias y la mortalidad en pacientes con IAM con elevación del segmento ST (IAMCEST).

Materiales y Métodos: Estudio observacional y prospectivo, realizado en 247 centros de Argentina, que incluyó 8,076

pacientes con IAMCEST entre marzo de 2015 y diciembre de 2025. Mediante una curva ROC se determinó que el mejor punto de corte de creatinina para predecir mortalidad fue de 1.36 mg/dL (sensibilidad 84%, especificidad 86%). Se dividió a la población en dos grupos según este umbral: con FR (Creatinina $\ge$ 1.36 mg/dL) y sin FR.

Resultados: De 8,076 pacientes analizados, un 18% presentó FR al ingreso. Los pacientes con FR fueron de mayor edad (68 vs. 58 años; p=0.01), predominantemente varones (82% vs. 78%; p=0.02) y presentaron mayor prevalencia de hipertensión arterial (77% vs. 68%; p=0.001), diabetes (28% vs. 23%; p=0.001) y dislipidemia (44% vs. 38%; p=0.01). La aparición de complicaciones intrahospitalarias fue significativamente mayor en el grupo con FR, destacándose la necesidad de inotrópicos (18.2% vs. 5.3%; p<0.01), shock cardiogénico (24.4% vs. 4.4%; p<0.01), insuficiencia cardíaca (29.0% vs. 22.0%; p=0.001), fibrilación auricular (11.2% vs. 6.5%; p=0.01) y bloqueo auriculoventricular completo (8.1% vs. 3.4%; p=0.001). El tratamiento de reperfusión fue similar (91.0% vs. 90.0%; p=ns), aunque se observó un menor uso de doble terapia antiplaquetaria en el grupo con FR (88.0% vs. 93.0%; p=0.01). La mortalidad intrahospitalaria fue significativamente más alta en los pacientes con FR (17.2% vs. 4.8%; p<0.001). En el análisis multivariado, los predictores independientes de mortalidad fueron: edad (OR 1.024; IC95% 1.011-1.062), presión arterial sistólica (OR 0.981; IC95% 0.976-0.994), Killip-Kimball ≥ 2 (OR 5.11; IC95% 3.15-8.15) y la presencia de FR (OR 2.60; IC95% 1.30-5.00).

Conclusión: Uno de cada cinco pacientes con IAMCEST ingresó con falla renal. Esta condición se asoció a una mayor tasa de complicaciones y constituye un predictor independiente de riesgo para mortalidad intrahospitalaria. Su detección precoz resulta clave para optimizar las estrategias terapéuticas.

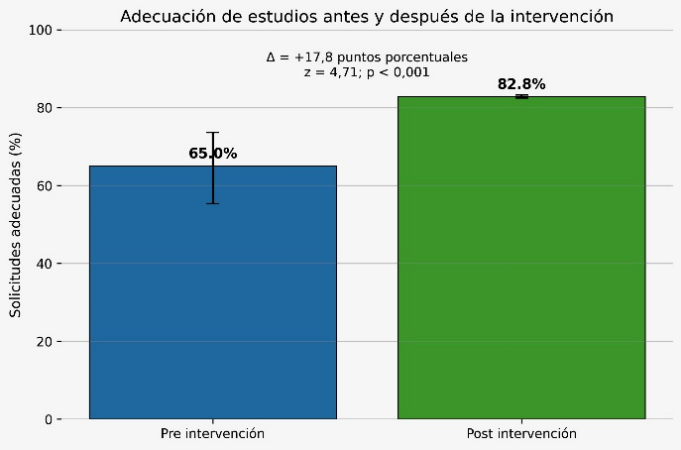
0271 - IMPACTO DE UN SISTEMA DE SOPORTE DE DECISIONES CLÍNICAS INTEGRADO A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA SOBRE LA ADECUACIÓN DE ESTUDIOS DE IMÁGENES CARDIOVASCULARES: ESTUDIO CUASI EXPERIMENTAL

Multimagen / Medicina Digital E Inteligencia Artificial

Martin VIVAS | Franco NAZAR | Guido COSTA | Mariano N. BENZADON

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: El uso apropiado de los métodos de imágenes cardiovasculares constituye un desafío relevante para los sistemas de salud modernos. A pesar de la disponibilidad de guías clínicas y criterios de uso apropiado, persiste una variabilidad significativa en la indicación de estos estudios, lo que puede conducir a su utilización inapropiada. Los sistemas de soporte de decisiones clínicas integrados en la historia clínica electrónica han sido propuestos como una estrategia para promover la toma de decisiones basada en evidencia y mejorar la adecuación de los estudios diagnósticos.



Objetivos: Evaluar el valor predictivo de un score de complejidad anatómica basado en ETE 3D para el éxito de la reparación mitral quirúrgica y analizar su impacto en los resultados de reparación, particularmente en anatomías complejas, en un centro de alto volumen.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio cuasi experimental de tipo antes-después para evaluar el impacto de la implementación de un sistema de soporte de decisiones clínicas integrado a la historia clínica electrónica en un centro cardiovascular de alta complejidad. El sistema se basó en una norma institucional para el uso apropiado de estudios de imágenes cardiovasculares derivada de guías internacionales y aplicó reglas automatizadas que evaluaban el contexto clínico, estudios previos y criterios de periodicidad. El desenlace primario fue la adecuación global de las solicitudes de estudios. El período pre intervención incluyó una muestra histórica de 100 solicitudes, mientras que el período post intervención incluyó 32 206 solicitudes clasificadas automáticamente por el sistema.

Resultados: La adecuación de las solicitudes de estudios aumentó significativamente tras la implementación del sistema de soporte de decisiones clínicas, pasando de 65.0% (65/100; IC95% 55.3–73.6) en el período pre intervención a 82.8% (26 674/32 206; IC95% 82.4–83.2) en el período post intervención. Esto representa un incremento absoluto de 17.8

puntos porcentuales y una mejora relativa del 27.4% (z = 4.71; p = 2.45×10?6). En la cohorte posterior a la intervención, la edad media fue de 60.3 años (DE 15.3) y el 54.2% de los pacientes fueron varones.

Conclusión: La implementación de un sistema de soporte de decisiones clínicas integrado a la historia clínica electrónica se asoció con una mejora significativa en la adecuación de las solicitudes de estudios de imágenes cardiovasculares en un centro cardiovascular de alta complejidad.

0273 - ASOCIACION ENTRE SINDROME GRIPAL FRECUENTE Y ENFERMEDAD CORONARIA EN UNA POBLACION AÑOSA. ESTUDIO CASO CONTROL

Cardiopatía Isquémica / Cardio Geriatría

Alejandro Simón KUFERT | Alejandro David MANSUR | **Edisson Bolivar BERMEO ASTUDILLO** | María Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Mariela Susana LEONARDI | Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Claudio DIZEO

Hospital Cesar Milstein

Introducción: Esta bien establecido que el síndrome gripal puede precipitar cuadros coronarios agudos y que la vacunación antigripal previene eventos coronarios en ciertos grupos de riesgo. Menos estudiada es la prevalencia de síndrome gripal frecuente en pacientes coronarios versus no coronarios.

Objetivos: Establecer si existe una asociación entre la ocurrencia de síndrome gripal frecuente en la vida adulta y enfermedad coronaria.

Materiales y Métodos: Estudio caso-control. Se incluyeron como casos pacientes consecutivos internados en la Unidad Coronaria de nuestro hospital con diagnóstico de enfermedad coronaria (infarto, angina inestable, intervención coronaria percutánea o cirugía de revascularización miocárdica). Se incluyó un control por cada caso, apareados por sexo y edad +- 5 años. Los controles eran pacientes que consultaban a consultorio externo por prevención cardiovascular en los que se excluyó el diagnóstico de enfermedad coronaria mediante interrogatorio, electrocardiograma y eco stress. Se estableció la existencia de factores de riesgo convencionales y el número de síndromes gripales anuales promedio en la vida adulta en ambos grupos. Se definió síndrome gripal como un cuadro de vías aéreas superiores asociado a algias musculares y / o fiebre que obliguen a guardar reposo, excluyendo rinitis, otitis, sinusitis y otros cuadros respiratorios que no cumplan la definición. Se definió como síndrome gripal frecuente la ocurrencia habitual de 2 o más gripes por año a lo largo de la vida adulta- Se realizó un análisis bivariado estableciendo los odds ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%). Las variables significativas en el bivariado se incluyeron en un análisis multivariado de regresión logística. Se consideró significativa una p < 0.05

Resultados: Se incluyeron 141 casos y 114 controles. La edad en los casos fue de 73+-6 años y en los controles 71+-11 años (p=N.S) El 68% (96 p) de los casos y el 68% (78 p) de los controles eran de sexo masculino. P= N.S. El 83% (118 p) de los casos eran hipertensos y 78 controles (68%) tenían hipertensión arterial. P= 0.004. Se observó una mayor proporción de diabéticos (50 p- 35%) entre los casos que en los controles (24 p, 21%)- p=0.01- Una mayor proporción de pacientes eran tabaquistas o ex tabaquistas entre los casos (102 p-72%) que en los controles (47 p-41%) p <0.001- El 62% de los casos eran dislipémicos y el 50% (57 p) de los controles. P=0.04- En el análisis bivariado se obtuvieron los siguientes odds ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%): Hipertensión arterial: OR 2,36 (1,30 – 4,29) p=0,004, diabetes OR 2,06 (1,16-3,63) p=0,01, Dislipemia OR 1,66 (1-2,74) p=0,04, tabaquismo o ex tabaquismo OR 3,72 (2,20-6,3) p p<0,001 y síndrome gripal frecuente OR 3,15 (1,42-6,95) P=0,004. En el análisis multivariado (regresión logística) la hipertensión arterial (p=0,04) la diabetes (p=0,03), el tabaquismo o ex tabaquismo (p<0,001) y el síndrome gripal frecuente (p=0,004) alcanzaron significación estadística.

Conclusión: En nuestro estudio existió una asociación significativa entre la ocurrencia de síndrome gripal frecuente a lo largo de la vida adulta y la presencia de enfermedad coronaria. Esta asociación fue independiente de los factores de riesgo convencionales.

0276 - PATRONES HEPÁTICOS EN LA INTERNACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

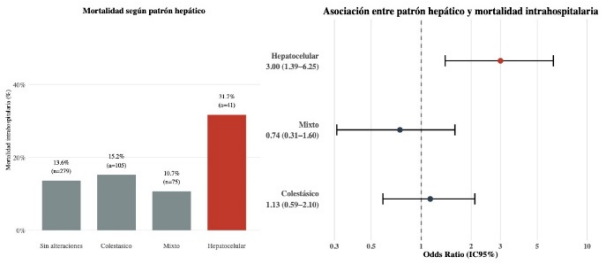
Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

David Alejandro CASTAÑEDA RON | Julia JANCHES QUIÑONES | Cristian Javier SILVA ESPINOZA | Felix Agustín VEGA | Jorge AGUIRRE DE LA CAMARA | Santiago SIMONE | Joaquín PEREA | María Inés SOSA LIPRANDI

Sanatorio Güemes

Introducción: La disfunción hepática es frecuente en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y se asocia con peor pronóstico. Sin embargo, la caracterización clínica de los distintos patrones hepáticos en este contexto y sus implicancias no se encuentran completamente definidas.

Objetivos: Describir las características clínicas, bioquímicas y evolutivas de los pacientes con IC aguda según el patrón hepático al ingreso.



Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte que incluyó pacientes internados por IC aguda. Los patrones hepáticos se clasificaron como sin alteraciones, colestásico, mixto y hepatocelular según parámetros del hepatograma al ingreso. Se compararon variables clínicas, analíticas, ecocardiográficas y tratamientos entre los grupos. Se realizó un modelo de regresión logística multivariado para evaluar la asociación independiente entre el patrón hepático y la mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 500 pacientes. Predominaron los pacientes sin alteraciones (56%), seguidos por los patrones colestásico (21%), mixto (15%) y hepatocelular (8%). Los pacientes con patrón hepatocelular presentaron niveles significativamente más elevados de troponina (198 vs 52 ng/L; p < 0.001), menor fracción de eyección ventricular izquierda y mayor prevalencia de etiología isquémica (61%; p < 0.001). Por otro lado, los pacientes con patrones colestásico y mixto mostraron menor función ventricular derecha, evidenciada por valores más bajos de TAPSE (p < 0.001), sugiriendo un mayor componente congestivo. Se observaron diferencias en el tratamiento médico, con menor uso de betabloqueantes, antialdosterónicos, diuréticos y gliflozinas en los pacientes con patrón hepatocelular. La mortalidad intrahospitalaria fue significativamente mayor en el grupo hepatocelular (33% vs 14% en sin alteraciones; p = 0.012), sin diferencias relevantes entre los otros patrones. En el análisis multivariado, el patrón hepatocelular se asoció de manera independiente con mayor mortalidad intrahospitalaria (OR 3.00; IC95% 1.39–6.25), mientras que los patrones colestásico y mixto no mostraron asociación significativa.

Caracteristicas	Sin alteraciones (N=279)	Colestásico (N=105)	Hepatocelular (N=41)	Mixto (N=75)	p valor
Edad	73 ± 13	70 ± 13	69 ± 14	78 ± 71	0.039
Género (Masculino)	151 (54%)	72 (69%)	26 (63%)	50 (67%)	0.032
Hipertensión Arterial	226 (81%)	82 (78%)	28 (68%)	51 (68%)	0.050
Diabetes	89 (32%)	34 (32%)	16 (39%)	16 (21%)	0.2
Dislipidemia	129 (46%)	52 (50%)	17 (41%)	32 (43%)	0.8
Tabaquismo	149 (53%)	61 (58%)	18 (44%)	38 (51%)	0.5
FA Previa	69 (25%)	48 (46%)	10 (24%)	30 (40%)	<0.001
Internación previa por IC	87 (31%)	51 (49%)	7 (17%)	30 (40%)	<0.001
Enfermedad Renal Crónica	48 (17%)	14 (13%)	3 (7.3%)	13 (17%)	0.4
Betabloqueantes	172 (62%)	73 (70%)	16 (39%)	52 (69%)	0.004
Antialdosterona	72 (26%)	38 (36%)	7 (17%)	26 (35%)	0.002
iSRAA	166 (60%)	65 (62%)	21 (51%)	39 (52%)	0.4
Gliflozinas	33 (12%)	26 (25%)	3 (7.3%)	17 (23%)	0.002
Furosemida	92 (33%)	49 (47%)	7 (17%)	34 (45%)	0.002
Etiología Isquémica	81 (29%)	32 (30%)	25 (61%)	18 (24%)	<0.001
Tensión arterial sistólica	128 ± 26	127 ± 22	125 ± 29	124 ± 24	0.5
Sodio	133.0 ± 17.2	135.1 ± 4.7	134.3 ± 5.1	133.3 ± 6.1	0.2
Clearance de Cr	53 (35, 75)	62 (43, 85)	51 (35, 73)	57 (33, 75)	0.14
Bilirrubina Total	0.61 (0.47, 0.85)	1.47 (0.97, 2.00)	0.80 (0.53, 1.67)	1.44(0.79, 2.00)	<0.001
TGO	24 (19,35)	23 (19,27)	203 (129,330)	48 (41,65)	<0.001
TGP	19 (12,32)	15 (11,23)	139 (66,187)	37 (25,66)	<0.001
FAL	91 (77,114)	132 (88,176)	98 (76,147)	152 (109,190)	<0.001
BNP	1,500 (568, 3,586)	2,003 (770, 3,553)	1,216 (729, 3,325)	1,984 (844, 3,515)	0.4
Troponina HS	52 (21, 156)	34 (22, 65)	198 (44, 13,016)	40 (19, 89)	<0.001
FEVI	44 (34, 60)	41 (29, 57)	37 (30, 50)	35 (25, 53)	0.002
DSVI	36 (31, 46)	43 (32, 52)	40 (35, 52)	49 (33, 54)	0.024
TAPSE	19.0 (16.0, 20.0)	16.0 (14.0, 19.0)	19.0 (14.0, 20.0)	15.0 (12.0, 19.0)	<0.001
Muerte intrahospitalaria	38 (14%)	16 (15%)	13 (33%)	8 (11%)	0.012

Conclusión: Los patrones hepáticos en la IC aguda se asocian con perfiles clínicos y fisiopatológicos diferenciados. El patrón hepatocelular se vincula con mayor injuria miocárdica y peor función ventricular izquierda, mientras que los patrones colestásico y mixto se asocian con mayor compromiso de la función ventricular derecha. El patrón hepatocelular identifica un subgrupo de pacientes con mayor mortalidad intrahospitalaria, manteniendo su asociación tras el ajuste por variables clínicas.

0278 - REESTRATIFICACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE DOPPLER VASCULAR EN PACIENTES DE BAJO Y MODERADO RIESGO ADMITIDOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Cardiopatía Isquémica / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Ezequiel LERECH | María José MARTINEZ | **Felipe GIRAUDO** | Mauro ROSSI PRAT | Heraldo D› IMPERIO | Mariela DE SANTOS | Natalia VENSENTINI | Maximiliano DE ABREU

Hospital de Alta Complejidad El Cruce

Introducción: La estratificación del riesgo en pacientes sin antecedentes de enfermedad cardiovascular constituye un pilar fundamental en la prevención del síndrome coronario agudo (SCA). Sin embargo, los puntajes de riesgo tradicionales pueden subestimar el riesgo de eventos en individuos categorizados como bajo o moderado riesgo. El Doppler vascular de vasos de cuello y miembros inferiores permite detectar enfermedad aterosclerótica subclínica y podría contribuir a la reestratificación de riesgo en una proporción de estos pacientes.

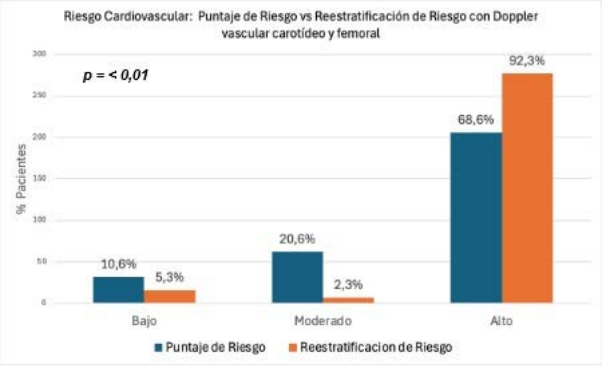
Objetivos: Evaluar la utilidad del doppler arterial carotídeo y femoral en la estratificación de riesgo de pacientes con SCA y scores de bajo o moderado riesgo cardiovascular.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico de pacientes admitidos de forma consecutiva por SCA. El registro cuenta con 315 pacientes incluidos desde enero de 2024 hasta febrero de 2026. Se excluyeron pacientes que ingresaron por paro cardiorrespiratorio y aquellos en los que no se pudo realizar el Doppler vascular de los cuatro territorios (carotídeo y femoral derecho e izquierdo). El riesgo cardiovascular se calculó mediante el Score OPS para pacientes de 40 años o más y el PREVENT score para menores de 40 años, utilizando la LDL y la presión arterial de ingreso.

Tabla 1. Características de la población según categoría de riesgo cardiovascular

Variable	Bajo + Moderado (n=90)	Bajo (n=32)	Moderado (n=58)
Características demográficas, factores de riesgo y riesgo cardiovascular			
Edad, media ± DE (años)	49,9 ± 8,9	44,2 ± 9,3	53,1 ± 6,9
Sexo femenino, n (%)	19 (21,1%)	13 (40,6%)	6 (10,3%)
Hipertensión arterial, n (%)	36 (40,0%)	10 (31,2%)	26 (44,8%)
Dislipemia, n (%)	16 (17,8%)	5 (15,6%)	11 (19,0%)
LDL-C, mediana (RIC) — mg/dL	138 (118–162)	132,5 (114–151)	146 (121–166)
Tabaquismo activo, n (%)	51 (56,7%)	19 (59,4%)	32 (55,2%)
Obesidad, n (%)	25/83 (30,1%)	11/32 (34,4%)	14/51 (27,5%)
RCV, % (RIC)	6% (3,85 – 8)	3% (2 – 4)	7% (6 – 8)
Presentación clínica y perfil lipídico			
SCACEST, n (%)	69 (76,7%)	27 (84,4%)	42 (72,4%)
Ateromatosis por Doppler vascular (territorios afectados)			
0 territorios — sin placa, n (%)	23 (25,6%)	17 (53,1%)	6 (10,3%)
1 territorio, n (%)	17 (18,9%)	6 (18,8%)	11 (19,0%)
2 territorios, n (%)	23 (25,6%)	6 (18,8%)	17 (29,3%)
3 territorios, n (%)	16 (17,8%)	1 (3,1%)	15 (25,9%)
4 territorios, n (%)	11 (12,2%)	2 (6,2%)	9 (15,5%)
Al menos 1 territorio afectado, n (%)	67 (74,4%)	15 (46,9%)	52 (89,7%)

SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST. LDL-C: colesterol LDL. RIC: rango intercuartílico. DE: Desvío estándar. RCV: Riesgo cardiovascular



Resultados: Se analizaron 295 pacientes con Doppler completo. La edad media fue 49,9 (± 8,9) años; el 21,1% eran mujeres, el 56,7% tabaquistas activos. La LDL al ingreso presentó una mediana de 138 mg/dL (RIC 118–162) y la presentación como SCACEST ocurrió en el 76,7% de los casos. El 10,8% (n=32) fue categorizado como bajo riesgo y el 19,7% (n=58) como moderado riesgo, totalizando 90 pacientes (30,5%). La mediana de riesgo a 10 años fue de 6 % (RIC 3,85 – 8) entre los pacientes de bajo y moderado riesgo (tabla 1). En cuanto a la carga aterosclerótica evaluada por Doppler, el 58,9% (n=53) de los pacientes con riesgo bajo o moderado presentó al menos una placa en territorio carotídeo. Al incorporar el territorio femoral, este porcentaje ascendió al 74,4% (n=67). El 25,6% (n=23) no presentó enfermedad aterosclerótica en ningún territorio evaluado. Al analizar por subgrupo, los pacientes de moderado riesgo mostraron mayor carga aterosclerótica: el 10,3% no presentó placas frente al 53,1% en el grupo de bajo riesgo y 8,6% en el de alto y muy alto riesgo. La reestratificación de riesgo según la presencia de placa hubiera reducido un 46.9% el porcentaje de pacientes de bajo riesgo, y un 89.7% de moderado riesgo (Figura 1)

Conclusión: En pacientes que cursaron un SCA con score de bajo y moderado riesgo cardiovascular, la prevalencia de ateromatosis subclínica del 74,4% detectada mediante Doppler vascular permitiría reestratificar a esta población previo al evento e intensificar el tratamiento hipolipemiante y antihipertensivo.

0279 - PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EXTENSIÓN DE ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y ELEVACIÓN DE LA LIPOPROTEÍNA A (LP(A))

Cardiopatía Isquémica / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Ezequiel LERECH | Santiago TORROBA | María Virginia GUSTINCIC | Agustina PARMIGIANI | Raúl SOLERNO | Graciela REYES | Maximiliano DE ABREU | Stella LOUDET

Hospital de Alta Complejidad El Cruce

Introducción: La lipoproteína(a) [Lp(a)] es un factor de riesgo causal e independiente de eventos cardiovasculares ateroscleróticos. Sin embargo, su asociación con la carga de aterosclerosis en múltiples territorios vasculares no ha sido completamente caracterizada.

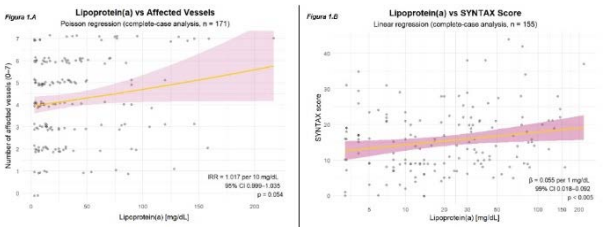
Objetivos: Evaluar la asociación entre los niveles de Lp(a), carga de enfermedad aterosclerótica sistémica y complejidad coronaria en pacientes que ingresan por síndrome coronario agudo (SCA).

Materiales y Métodos: Estudio observacional unicéntrico y prospectivo en pacientes con SCA entre febrero 2024 y agosto 2025. La Lp(a) se midió en mg/dl dentro de las 24 hs del ingreso por SCA. Se evaluó la presencia de placas en estudios Doppler carotídeo y femoral derecho e izquierdo generando un puntaje de 0 a 4 según número de territorios comprometidos. La carga sistémica se definió como la sumatoria de vasos epicárdicos mayores con lesiones ≥50% (puntaje 0 a 3) y periféricos afectados (puntaje total 0 a 7). La complejidad coronaria se determinó mediante el score SYNTAX. Se utilizó un modelo de regresión de Poisson para evaluar la asociación entre Lp(a) y el número de vasos afectados y una regresión lineal multivariable ajustada por factores clínicos para analizar la asociación entre Lp(a) y puntaje SYNTAX.

Tabla 1. Características basales de la población (N = 184)

Característica	Valor
Características demográficas	
Edad, años	55 (50 - 62)
Género masculino	151 (82%)
Factores de riesgo	
Hipertensión arterial	60.3% (n 111)
Diabetes mellitus	26.6% (n 49)
Tabaquismo activo	52.7% (n 97)
Dislipemia	29.3% (n 54)
Obesidad	29.7% (n 55)
Enfermedad renal crónica	13% (n 24)
Presentación clínica:	
SCACEST	140 (76%)
SCASEST	44 (24%)
Bioquímico:	
Colesterol total, mg/dL	187 (145–218)
LDL-C, mg/dL	130 (92–162)
Triglicéridos, mg/dL	125 (92–174)
Lipoproteína(a), mg/dL	21 (9–45)
Complejidad coronaria:	
Cateterismo:	178 (96.7%)
Score SYNTAX (n 155)	15 (9–21)
Vasos coronarios con lesión ≥50%:	
0	3 (1.7%)
1	77 (41.8%)
2	54 (30.3%)
3	44 (24.7%)
Aterosclerosis periférica:	
Doppler vascular carotideo/femoral	176 (95.7%)
Territorios periféricos con placa	
0	22 (12.5%)
1	28 (15.9%)
2	38 (21.6%)
3	28 (15.9%)
4	60 (34.1%)

Valores expresados como n (%) o mediana (RIC). SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del ST; SCASEST: sin elevación del ST.



Resultados: Se analizaron 184 pacientes ingresados por SCA. Las características basales se encuentran en la tabla 1. Se realizó coronariografía en 96% (n 178), con disponibilidad del SYNTAX en el 84% (n 155) y Doppler vascular en 95.7% (176). En el modelo de regresión de Poisson, cada incremento de 10 mg/dL de Lp(a) se asoció con un aumento relativo del 1.7% en el número de territorios vasculares afectados, mostrando tendencia sin significación estadística (IRR=1.017; IC95% 0.999–1.035; p=0.054) (figura 1a). En el análisis multivariable ajustado por LDL, edad, género y factores de riesgo, mayores niveles de Lp(a) se asociaron de manera independiente con mayor complejidad coronaria, con un incremento promedio de 0.52 puntos en el SYNTAX por cada incremento de 10 mg/dL (IC 95% 0.15–0.90; p=0.006) (figura 1b).

Conclusión: En pacientes con SCA, niveles elevados de Lp(a) se asociaron de forma independiente con mayor complejidad coronaria y mostraron una tendencia hacia mayor carga aterosclerótica sistémica. Estos hallazgos refuerzan el papel de la Lp(a) como marcador de mayor compromiso vascular anatómico.

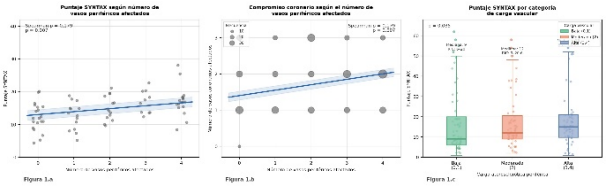
0281-CORRELACIÓN ENTRE CARGA DE ENFERMEDAD ATEROESCLERÓTICA POLIVASCULAR Y COMPLEJIDAD CORONARIA EN PACIENTES CURSANDO SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Cardiopatía Isquémica / Medicina Vascular

Ezequiel LERECH | Santiago TORROBA | **Francisco GIUGLIO** | Agustina PARMIGIANI | Juan Mariano STATTI | Marcos GRANILLO | Maximiliano DE ABREU | Javier MARIANI

Hospital de Alta Complejidad El Cruce

Introducción: La aterosclerosis es una enfermedad sistémica que compromete múltiples lechos arteriales, y la afectación extracoronaria refleja mayor carga global y peor pronóstico cardiovascular. Sin embargo, su asociación con la complejidad de la enfermedad coronaria no ha sido completamente establecida.



Objetivos: Evaluar la correlación entre la presencia de placas ateroscleróticas periféricas detectadas por Doppler vascular y la complejidad de la enfermedad coronaria en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA).

Tabla 1. Características basales de la población (N = 315)

Característica	Valor
Características demográficas	
Edad, años	55 (50–61)
Sexo femenino	50 (16%)
Factores de riesgo	
Hipertensión arterial	189 (60%)
Diabetes mellitus	76 (24%)
Tabaquismo activo	179 (57%)
Dislipemia	87 (28%)
Índice de masa corporal, kg/m²	28.0 (25.6–31.0)
Obesidad	95 (33%)
Enfermedad renal crónica	45 (14%)
Presentación clínica:	
SCACEST	220 (70%)
SCASEST	95 (30%)
Bioquímico:	
Colesterol total, mg/dL	187 (151–222)
LDL-C, mg/dL	133 (99–164)
Triglicéridos, mg/dL	125 (89–174)
Lipoproteína(a), mg/dL (n 184)	21 (9–46)
Complejidad coronaria:	
Cateterismo:	300 (95%)
Score SYNTAX (n 235)	14 (8–21)
Vasos coronarios con lesión ≥50%:	
0	10 (3.3%)
1	128 (43%)
2	87 (29%)
3	75 (25%)
Aterosclerosis periférica:	
Doppler vascular carotideo/femoral	295 (93.7%)
Territorios periféricos con placa	
0	42 (14%)
1	45 (15%)
2	73 (25%)
3	44 (15%)
4	91 (31%)

Valores expresados como n (%) o mediana (RIC). SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del ST; SCASEST: sin elevación del ST.

Materiales y Métodos: Estudio observacional unicéntrico prospectivo en pacientes consecutivos ingresados por SCA entre enero 2023 y febrero 2026. Se evaluó la presencia de placas ateroscleróticas mediante Doppler vascular en cuatro territorios arteriales (carótida derecha e izquierda y femoral derecha e izquierda), generando un puntaje de 0 a 4 según número de territorios comprometidos. La complejidad coronaria se determinó mediante el score SYNTAX y el número de vasos epicárdicos mayores con lesiones mayor o igual a 50%. Se utilizaron correlaciones de Spearman y regresión lineal para determinar la asociación entre la carga aterosclerótica periférica y la enfermedad coronaria. Asimismo, el score SYNTAX se comparó entre categorías de carga aterosclerótica periférica (baja: 0–1; moderada: 2; alta: 3–4 territorios), definidas siguiendo una estratificación análoga a la empleada en el estudio PESA.

Resultados: Se incluyeron 315 pacientes con SCA. Las características basales se presentan en la tabla 1. Se realizó angiografía coronaria en 95% (n 300) y el score SYNTAX estuvo disponible en 74.6% (n 235). El Doppler vascular se efectuó en 93.7% (n 295) de la cohorte. Se observó una correlación positiva entre el número de territorios periféricos comprometidos y el score SYNTAX (p=0.18; p<0.01) (figura 1.a). En el análisis de regresión lineal, cada territorio adicional se asoció con un incremento promedio de 1.04 puntos en el SYNTAX (b=1.04; IC95% 0.27–1.81; p=0.008). El número de territorios periféricos afectados también se correlacionó con mayor extensión coronaria por vasos coronarios epicárdicos afectados (p=0.31; p<0.01) (figura 1.b). Se evidenció un incremento progresivo del score SYNTAX según categorías de carga periférica (p=0.035) (figura 1.c). En el análisis estratificado por género, no se confirmó interacción significativa (p=0.083).

Conclusión: En pacientes con SCA, la carga aterosclerótica periférica se asoció de manera significativa con mayor complejidad y extensión de la enfermedad coronaria, evidenciando una relación progresiva entre compromiso vascular sistémico y complejidad anatómica coronaria. Estos hallazgos sugieren que la evaluación vascular periférica podría aportar información adicional en la estratificación anatómica del riesgo.

0282 - PREVALENCIA DE LIPOPROTEÍNA(A) ELEVADA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y SUS IMPLICANCIAS CARDIOVASCULARES

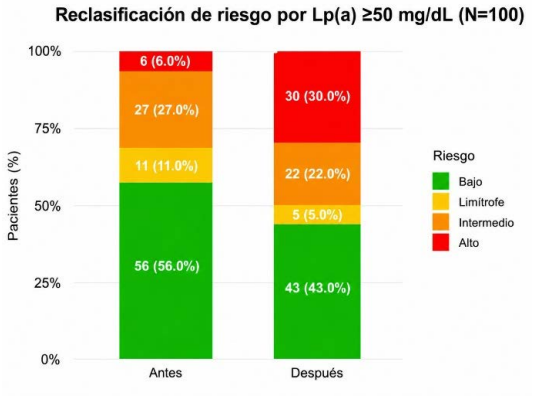
Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Gonzalo FERNANDEZ VILLAR | Solange MARTINEZ ELHELOU | Fernando Damián GARAGOLI | Walter MASSON | Ignacio BLURO | María Josefina ETCHEVERS | María Josefina SOBRERO | Rodolfo PIZARRO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La evaluación del riesgo cardiovascular (CV) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) continúa siendo insuficientemente explorada.

Objetivos: Este estudio tuvo como objetivo evaluar el papel de la lipoproteína(a) [Lp(a)] en el refinamiento de la estratificación del riesgo cardiovascular en pacientes con EII.



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal que incluyó pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) en seguimiento activo en un centro terciario de referencia. Los pacientes consecutivos derivados para evaluación cardiológica según criterios clínicos predefinidos entre mayo de 2024 y diciembre de 2025 fueron sometidos a evaluación clínica, de laboratorio y por imágenes. Se calculó el score de riesgo cardiovascular PREVENT a 10 años en todos los pacientes. Se evaluó la asociación entre los niveles de Lp(a) y los marcadores inflamatorios sistémicos mediante análisis de correlación de Spearman, utilizando proteína C reactiva (PCR) y velocidad de eritrosedimentación (VES) como indicadores de inflamación sistémica.

Tabla 1. Características basales de la población con enfermedad inflamatoria intestinal

Variables continuas, media (DE) o mediana (RIC)	Grupo EII (n = 100)
Edad, años	54,4 (39,8–66,7)
Presión arterial sistólica, mmHg	115,0 (109,8–122,8)
Presión arterial diastólica, mmHg	70 (60–80)
Índice de masa corporal, kg/m²	25,9 (22,6–30,1)
Colesterol total, mg/dL	194,0 (162,8–224,2)
LDL-C, mg/dL	112,7 (44,3)
HDL-C, mg/dL	49 (43–61)
Triglicéridos, mg/dL	102 (82,2–165,2)
Creatinina, mg/dL	0,9 (0,8–1,0)
Glucemia, mg/dL	95 (90,0–105,0)
Lp(a), mg/dL	16 (5,8–56,9)
Variables categóricas, n (%)	**Grupo EII (n = 100)**
Hombres	59 (59)
Hipertensión arterial	24 (24)
Tabaquismo activo	12 (12)
Diabetes mellitus tipo 2	8 (8)
Obesidad	27 (27)
Tratamiento hipolipemiante	16 (16)
Aterosclerosis en cualquier territorio	46 (46)
Distribución de la aterosclerosis, n (%)	
Ambos territorios	27 (58,7)
Solo arterias carotídeas	12 (26,1)
Solo arterias femorales	7 (15,2)

Resultados: Se incluyeron un total de 106 pacientes, de los cuales 100 sin enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida (ASCVD) constituyeron la población analítica principal. La mediana de edad fue de 54,4 años y el 59% eran hombres. Antes de la evaluación de Lp(a), el 66% de los pacientes fueron clasificados como de bajo riesgo, el 19% como riesgo limítrofe, el 3% como riesgo intermedio y el 12% como alto riesgo según el score PREVENT. Los niveles de Lp(a) mostraron una media de 34,9 ± 38,7 mg/dL y una mediana de 16 mg/dL (RIC 5,8–56,9; rango 0–170). Se observaron niveles elevados de Lp(a) (≥50 mg/dL) en 27 pacientes (27,3%). No se observó correlación entre los niveles de Lp(a) y los marcadores inflamatorios sistémicos, incluyendo proteína C reactiva (rho=0,01; p=0,92) y eritrosedimentación (rho=0,04; p=0,70). Luego de incorporar la Lp(a) como modificador de riesgo, la distribución de las categorías de riesgo CV cambió a 48% bajo riesgo, 32% riesgo limítrofe, 6% riesgo intermedio y 14% alto riesgo.

Conclusión: Los pacientes con EII presentaron en una elevada proporción niveles aumentados de Lp(a), lo que condujo a una reclasificación ascendente del riesgo cardiovascular estimado. Los niveles de Lp(a) no mostraron correlación con los marcadores inflamatorios sistémicos convencionales, lo que sugiere que su elevación podría ser independiente de la inflamación sistémica. Aunque este estudio no permite establecer relaciones causales, estos hallazgos respaldan la evaluación de Lp(a) como modificador del riesgo cardiovascular en pacientes con EII y generan hipótesis para futuras investigaciones.

0283 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN EL MUNDO REAL: EL PESO OCULTO DE LAS COMORBILIDADES

Enfermedad Vascular Pulmonar

María Cristina Del Milagro MARTINEZ | María Eugenia KNORRE | Ana Laura MICELI | Graciela SVETLIZA | María Lourdes POSADAS MARTEINEZ | Norberto O. VULCANO | Emiliano ROSSI | Ignacio BLURO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad vascular pulmonar inicialmente descrita en mujeres jóvenes sanas. Posteriormente, se identificaron formas que comprometen a pacientes añosos y con mayor carga de enfermedad.

Objetivos: Identificar la prevalencia de comorbilidades en una cohorte de pacientes con HAP.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, que incluyó pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar del grupo 1, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, confirmado por cateterismo cardiaco derecho.

Comorbilidades	n (%)
Hipertensión Arterial	15 (19)
Dislipemia	13 (16)
Diabetes mellitus	5 (6)
Antecedente de tabaquismo	21 (26)
Tabaquismo actual	4 (5)
Obesidad	14 (18)
Enfermedad renal crónica	9 (11)
Enfermedad coronaria	3 (4)
Fibrilación auricular o flutter auricular	3 (4)
Enfermedad valvular cardiaca moderada o severa	3 (4)
Accidente Cerebrovascular	2 (3)
EPI	15 (19)
EPOC	3 (4)
Asma	3 (3)
Apnea obstructiva de sueño	2 (3)
Tromboembolismo pulmonar	6 (8)
Depresión	7 (9)
Hipotiroidismo	18 (23)
Cáncer activo	1 (1)

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes. La mediana de edad fué 47.9 años (IQR 28.4-62.3). El 80% eran de sexo femenino. En cuanto a la etiología, 45% fueron idiopáticas, 1% hereditarias, 3% asociadas a drogas y toxinas, 51% asociadas a enfermedades del tejido conectivo, infección por VIH, hipertensión portal, enfermedad cardiaca congénita, esquistosomiasis y el 1% asociadas a enfermedad venooclusiva pulmonar y/o hemangiomatosis capilar pulmonar. De los pacientes reclutados, el 75% presentaba al menos una comorbilidad al momento del diagnóstico. El 22.5% presentaba sólo una, el 16.3% dos, el 12.5% tres y el 6.3% cuatro comorbilidades. El 57% presentó algún factor de riesgo cardiovascular (HTA, DLP, DBT, tabaquismo, obesidad, ERC). Por otro lado, el 10% de los pacientes presentaron comorbilidades asociadas a hipertensión pulmonar (HP) Grupo 2 (fibrilación auricular, coronariopatía o valvulopatía moderada o severa). El 24% comorbilidades asociadas al Grupo 3 (enfermedad pulmonar intersticial (EPI), enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) o asma). Y, el 8%, asociadas al Grupo 4 (tromboembolismo pulmonar). Es de remarcar que en una evaluación exploratoria de la prevalencia de comorbilidades entre pacientes con HAP idiopática vs. de otras etiologías, si bien no se observó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (79.5% vs 62.5%; p= 0,18), esta diferencia absoluta de 17%, podría tener significancia clínica.

Conclusión: En una cohorte de pacientes con HAP del grupo 1 se observó una importante carga de comorbilidades, muchas de ellas asociadas, incluso a otros grupos de la clasificación de la enfermedad. Este hallazgo representa un desafío en la práctica clínica cotidiana tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los pacientes. Resaltando el hecho de que en la vida real no todos los pacientes se enmarcan perfectamente dentro de una clasificación fisiopatológica.

0285 - EL ANTÍGENO CARBOHIDRATO- 125 COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

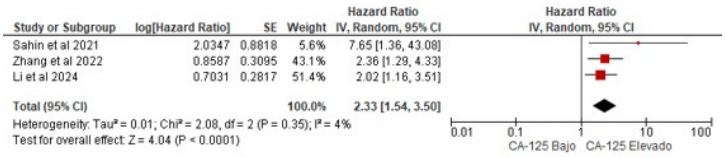
Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA[1] | Cintia Soledad LAURENZANO[2] | Mariela Susana LEONARDI[3] | María GUTHMANN[1] | Daniel IGLESIAS[3] | Claudio DIZEO[3] | José Gustavo ESCOBAR CALDERÓN[1]

Sanatorio Franchín[1]; OSECAC - CENTRO AMBULATORIO JONAS SALK[2]; Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)[3]

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) continúa asociándose a elevada morbimortalidad pese a los avances terapéuticos: la mortalidad a 5 años en pacientes clasificados como bajo riesgo persiste cercana al 17%, evidenciando un riesgo residual no capturado por los marcadores establecidos. El antígeno carbohidrato 125 (CA-125), biomarcador de

congestión e inflamación con valor pronóstico demostrado en insuficiencia cardíaca, ha sido escasamente estudiado en HAP.

Objetivos: Realizar una revisión sistemática y metaanálisis de la evidencia disponible sobre el valor pronóstico del CA-125 en pacientes con HAP.



Materiales y Métodos: Se realizó una revisión sistemática conforme a PRISMA 2020. Se realizó una búsqueda en PubMed y Scopus (términos MeSH y texto libre), complementada con búsqueda hacia adelante en Google Scholar. Se incluyeron estudios observacionales longitudinales que evaluaran niveles cuantitativos de CA-125 y su asociación con outcomes clínicos, incluyendo mortalidad y empeoramiento clínico (definido como hospitalización, progresión de la enfermedad o necesidad de intensificación terapéutica), con un seguimiento mínimo de 6 meses. La calidad metodológica se evaluó mediante la herramienta QUIPS. Se realizó un metaanálisis utilizando un modelo de efectos aleatorios, combinando hazard ratios (HR) ajustados.

Resultados: Se identificaron 94 registros únicos; cuatro estudios (n=646) cumplieron criterios de inclusión. Tres estudios (n=586; 209 eventos), con seguimiento mediano entre 12 y 16 meses, fueron incluidos en el metaanálisis; el cuarto se incluyó solo en síntesis cualitativa por utilizar un punto de corte diferente (70 U/mL) y presentar separación cuasi-completa en el modelo de regresión. Los niveles elevados de CA-125 se asociaron con un incremento significativo del riesgo de mortalidad y/o empeoramiento clínico (HR ajustado pooled 2,33; IC95% 1,54–3,50; p<0,001). Los HR individuales oscilaron entre 2,02 y 7,65, con baja heterogeneidad (I^2=4%). El punto de corte pronóstico fue consistente entre los tres estudios (35–36,5 U/mL) y los resultados permanecieron estables en los análisis de sensibilidad. La evaluación QUIPS mostró calidad metodológica moderada en los estudios incluidos.

Conclusión: En esta revisión sistemática, los niveles elevados de CA-125 se asociaron en forma independiente con peor pronóstico en pacientes con HAP. Sin embargo, la evidencia es escasa, predominantemente retrospectiva y proviene de cohortes monocéntricas.

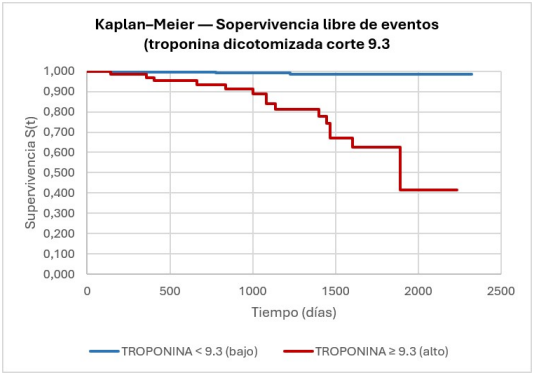
0286 - TROPONINA ULTRASENSIBLE COMO PREDICTOR DE PROGRESIÓN HACIA CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS EN FASE INDETERMINADA

Enfermedad de Chagas

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Facundo BUSQUET | María GUTHMANN | Daniel IGLESIAS | Claudio DIZEO | José Gustavo ESCOBAR CALDERÓN

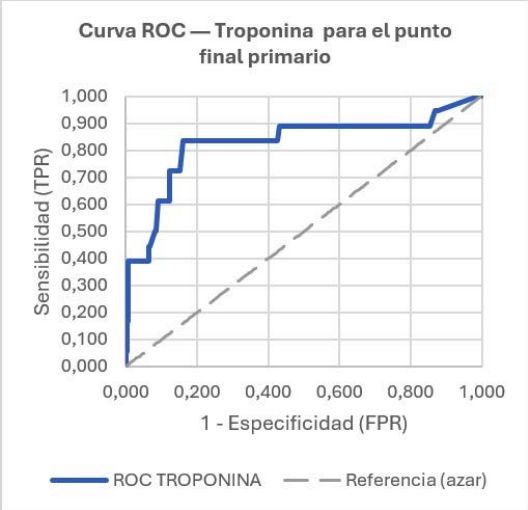
Sanatorio Franchín

Introducción: La enfermedad de Chagas en fase indeterminada se caracteriza por la ausencia de manifestaciones clínicas y estudios cardiovasculares convencionales normales. Sin embargo, una proporción de estos pacientes desarrolla cardiopatía chagásica durante el seguimiento. La identificación de biomarcadores capaces de detectar daño miocárdico subclínico podría mejorar la estratificación de riesgo y permitir un seguimiento más intensivo de los pacientes con mayor probabilidad de progresión.



Objetivos: Evaluar el valor pronóstico de la troponina ultrasensible y del NT-proBNP para predecir el desarrollo de cardiopatía estructural en pacientes con enfermedad de Chagas en fase indeterminada.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectiva que incluyó pacientes con enfermedad de Chagas en fase indeterminada, definidos por serología positiva y ausencia de cardiopatía demostrable mediante electrocardiograma, ecocardiograma y monitoreo Holter normales. Se determinaron troponina ultrasensible y NT-proBNP basales. El punto final primario fue el desarrollo de cardiopatía estructural, definido como la aparición de al menos uno de los siguientes



eventos: dilatación ventricular izquierda, deterioro de la función sistólica ventricular izquierda (descenso >10 puntos de la fracción de eyección o FEVI <50%), arritmia ventricular compleja o bloqueo auriculoventricular = Mobitz II. Se realizó análisis de supervivencia mediante regresión de Cox y análisis de discriminación mediante curvas ROC.

Resultados: Se incluyeron 345 pacientes (edad media 47,3 ± 10 años), 44% mujeres. Con una mediana de seguimiento de 1306 (RIC 778–1616) días., el punto final primario fue alcanzado en 18 pacientes (5.2%). En el análisis univariado, tanto la troponina ultrasensible (HR 1,12; IC95% 1,08–1,16; p<0,001) como el NT-proBNP (HR 1,0009; IC95% 1,0004–1,0014; p=0,011) se asociaron significativamente con el desarrollo de cardiopatía estructural. En el modelo multivariado, la troponina ultrasensible permaneció como predictor independiente (HR 1,16; IC95% 1,09–1,23; p<0,001), mientras que el NT-proBNP perdió significación estadística (HR 0,999; IC95% 0,999–1,000; p=0,15). La troponina mostró una adecuada capacidad discriminativa para el desarrollo del punto final, con un área bajo la curva ROC de 0,83 (IC95% 0,71–0,95). El punto de corte óptimo fue ≥9,3 ng/L.

Conclusión: En nuestra población de pacientes con enfermedad de Chagas sin evidencia inicial de compromiso cardíaco, la troponina ultrasensible se asoció de forma independiente con la progresión hacia cardiopatía estructural. Su adecuada capacidad discriminativa sugiere que podría constituir una herramienta útil para la estratificación de riesgo y el seguimiento de esta población.

0287 - COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO DE ARGENSCORE, EUROSCORE II Y STS EN PACIENTES AÑOSOS SOMETIDOS A CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA

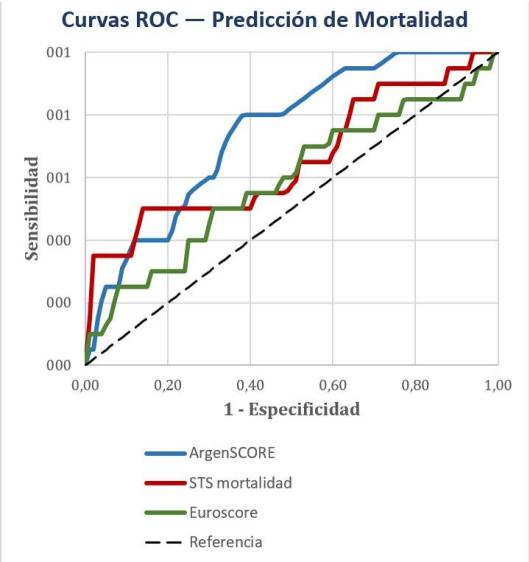
Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | **Manón Yael OSORIO** | Catalina LOSA | Daniel IGLESIAS | Mariela Susana LEONARDI | María Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Claudio DIZEO

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

Introducción: La estratificación adecuada del riesgo constituye un componente fundamental en la evaluación preoperatoria de los pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica (CRM). Los modelos predictivos más utilizados a nivel internacional son el STS Score y el EuroSCORE II; sin embargo, su rendimiento puede verse afectado por las características demográficas y clínicas de cada población. El ArgenSCORE fue desarrollado y validado en población argentina con el objetivo de optimizar la predicción de eventos perioperatorios en cirugía cardíaca. No obstante, existe escasa evidencia sobre su desempeño comparativo frente a los scores internacionales en pacientes sometidos a CRM en la práctica clínica contemporánea.

Objetivos: Comparar la capacidad predictiva del ArgenSCORE respecto al EuroSCORE II y al STS Score para la predicción de mortalidad en pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica.



Materiales y Métodos: En forma retrospectiva se incluyeron pacientes a los que se realizó CRM en un centro de alta complejidad entre 2022 y marzo 2026. Se analizaron variables clínicas, antecedentes, tipo de cirugía y la evolución intrahospitalaria. Con los datos de ingreso, se calcularon los scores STS, EuroSCORE II y ArgenScore. Se consideró el punto final de mortalidad intrahospitalaria. Se realizó análisis univariado por regresión logística. Para establecer la capacidad de discriminación de los scores se evaluó el área bajo la curva ROC (ABC) y se compararon mediante el test de DeLong y para la calibración se utilizó el test de Hosmer-lemeshow.

Resultados: Se incluyeron 251 pacientes con una edad de 77 ± 8 años, 41% mujeres. Se utilizó circulación extracorpórea en el 79% (n=199) de los pacientes, el 29 % (n=73) presentaba Fey<40% y el 36% (n=90) antecedente de revascularización previa. La mortalidad intrahospitalaria fue de 8% (n=20) y el punto combinado se presentó en el 12.7% (n=32). En el análisis univariado los 3 scores fueron predictores de mortalidad: ArgenSCORE: OR 1,09 (IC95% 1,04-1,14; p<0,001); STS: OR 1,56 (IC95% 1,26-1,93; p<0,001) y EuroSCORE II: OR 1,34 (IC95% 1,01-1,79; p=0,041) El ArgenScrore presentó ABC de 0,76 IC95% 0,66 – 0,83), mayor capacidad de discriminación que el STS (0,66 IC95% 0,50 – 0,75) y que el EuroScore (0,57 IC95% 0,43 – 0,72), ver figura. Los 3 scores presentaron adecuada calibración. (p=0,18, 0,13 y 0,66, respectivamente)

Conclusión: En esta cohorte de pacientes sometidos a CRM, el ArgenScore mostró mejor capacidad discriminativa que el EuroSCORE II y el STS Score, manteniendo adecuada calibración. Estos hallazgos sugieren que el ArgenScore podría representar la herramienta más adecuada para la estratificación del riesgo perioperatorio en nuestra población.

0288 - PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE DISPOSITIVOS CARDÍACOS: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA

Arritmias y Electrofisiología

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | **Sandra Noelia CAREAGA CORTES** | Xiomara Rebeca SARANGO VIVANCO | Catalina LOSA | Mariela Susana LEONARDI | María Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ | Claudio DIZEO

Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)

Introducción: Los dispositivos cardíacos implantables constituyen una herramienta fundamental para el tratamiento de las bradiarritmias y la prevención de la muerte súbita. El conocimiento de las características clínicas de los pacientes sometidos a implante y de las complicaciones asociadas resulta relevante para evaluar la calidad asistencial y los resultados de los programas de electrofisiología.

Objetivos: Describir las características clínicas, las indicaciones de implante y la incidencia de complicaciones tempranas y tardías en una cohorte consecutiva de pacientes sometidos a implante o recambio de dispositivos cardíacos implantables en un centro de referencia.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron pacientes consecutivos sometidos a implante o recambio de dispositivos cardíacos entre enero de 2024 y mayo de 2026. Se recolectaron variables demográficas, forma de ingreso, indicación del procedimiento, antecedentes cardiovasculares y evolución clínica durante el seguimiento. Se analizaron complicaciones tempranas (<30 días) y tardías (>30 días). Además, se diferenciaron aquellas relacionadas directamente con implante y las no relacionadas directamente con el mismo.

Resultados: Se incluyeron 258 pacientes, con una edad media de 78,9 ± 7,4 años; el 55,6% fueron hombres. El 51,2% de los procedimientos correspondieron a ingresos no programados (por guardia, como complicación postTAVI, post-CCV). Entre los antecedentes cardiovasculares, la fibrilación/aleteo auricular fue la condición más frecuente (24,0%), seguida por enfermedad coronaria (17,4%) e insuficiencia cardíaca/miocardiopatía (13,2%). La enfermedad de Chagas estuvo presente en el 3,1% de los pacientes. La mayoría de los procedimientos correspondieron a implante de marcapasos convencionales (66%, n=172), seguido de CDI/TRC (8.9%, n=23) y MICRA (1.9%, n=5). Durante el seguimiento de 269 (RIC 195 – 394) días, las complicaciones relacionadas con el dispositivo fueron infrecuentes, observándose en el 0,8% (n=2) de los pacientes durante los primeros 30 días y en el 4,7% (n=12) durante el seguimiento tardío.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes sometidos a implante de dispositivos cardíacos predominó una población añosa con elevada carga de comorbilidad cardiovascular. Los marcapasos convencionales constituyeron el dispositivo más frecuentemente implantado. La incidencia de complicaciones relacionadas con el procedimiento fue baja tanto en el período temprano como durante el seguimiento, lo que respalda la seguridad y efectividad de esta estrategia terapéutica en la práctica clínica habitual.

0289 - PREDICTORES SIMPLES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE 1.329 PACIENTES

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA[1] | **Facundo BURQUET**[1] | Daniel IGLESIAS[2] | Mariela Susana LEONARDI[2] | María Luisa RODRIGUEZ VAZQUEZ[1] | María GUTHMANN[1] | Claudio DIZEO[1] | José Gustavo ESCOBAR CALDERÓN[1]

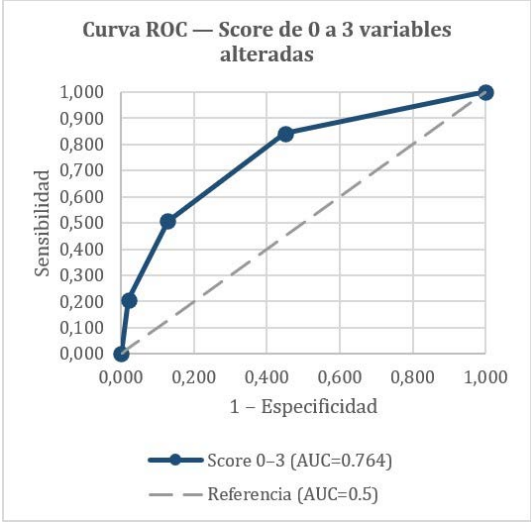
Sanatorio Franchín[1]; Unidad Asistencial Dr. César Milsten (Ex Hospital Francés)[2]

Introducción: La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) continúa asociándose con una elevada morbimortalidad intrahospitalaria. Si bien existen diversos modelos pronósticos validados, la identificación de variables simples y ampliamente disponibles al ingreso podría facilitar una estratificación temprana del riesgo en la práctica clínica.

Socre	N pacientes	N eventos	Tasa mortalidad
0 (ninguna alterada)	702	10	1,4
1 (una alterada)	425	21	4,9
2 (dos alteradas)	153	19	12,4
3 (las 3 alteradas)	40	13	32,5

Objetivos: Identificar predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria en pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda y evaluar el rendimiento de una estrategia de estratificación basada en variables clínicas y bioquímicas de ingreso.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos internados por ICA en dos unidades coronarias entre 2018 y 2023. Se analizaron variables clínicas, de laboratorio y ecocardiográficas obtenidas al ingreso. Se realizó regresión logística univariada y multivariada para identificar predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria. Para las variables significativas se determinaron puntos de corte óptimos y se construyó una estrategia de estratificación basada en el número de variables alteradas. La capacidad discriminativa se evaluó mediante curvas ROC.



Resultados: Se incluyeron 1.329 pacientes (edad 66±15 años; 62,8% hombres). La mortalidad intrahospitalaria fue del 4,7% (63 pacientes). En el análisis univariado, la urea, la creatinina, el sodio y la presión arterial sistólica (PAS) se asociaron significativamente con mortalidad intrahospitalaria. En el modelo multivariado, la urea (OR 1,009; IC95% 1,003–1,015; p=0,004), el sodio (OR 0,918; IC95% 0,881–0,957; p<0,001) y la PAS (OR 0,990; IC95% 0,982–0,999; p=0,023) permanecieron como predictores independientes. A partir de los puntos de corte óptimos identificados para cada variable (urea ≥ 87 mg/dL, sodio ≥133 mEq/L y PAS ≤118 mmHg), se construyó un esquema de estratificación basado en el número de variables alteradas. La mortalidad aumentó progresivamente desde 1,4% en pacientes sin variables alteradas hasta 32,5% en aquellos con las tres variables alteradas (p para tendencia <0,001). Ver tabla. El modelo categorizado presentó un AUC 0,76, superior a la observada para las variables analizadas individualmente.

Conclusión: La urea elevada, la hiponatremia y la presión arterial sistólica baja al ingreso fueron predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria. La combinación de estas variables permitió una mejor discriminación pronóstica que cada parámetro por separado e identificó grupos con un marcado gradiente de riesgo. Esta estrategia simple podría constituir una herramienta útil para la evaluación inicial de pacientes con ICA,

0292 - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (GEMINI AI) EN TOMOGRAFÍA COMPUTADA CARDIOVASCULAR: COMPARACIÓN CON EXPERTO HUMANO

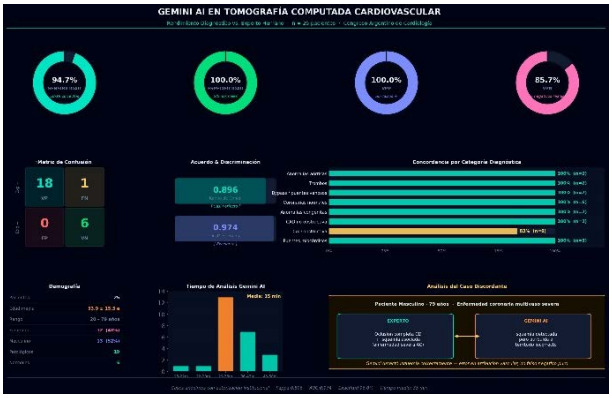
Tomografía/resonancia Magnética Cardiovascular

Patricia Marina CARRASCOSA | Carlos María CAPUÑAY CALVOSA

Diagnóstico Maipú

Introducción: La inteligencia artificial representa una herramienta promisoria en el análisis de imágenes cardiovasculares. Gemini AI, modelo multimodal de gran escala, podría complementar el diagnóstico por imágenes en centros con alta demanda asistencial por su capacidad de emitir un diagnóstico específico.

Objetivos: Evaluar la capacidad de Gemini AI para emitir el diagnóstico específico correcto en tomografía computada (TC) cardiovascular, usando el criterio de un médico experto como estándar de referencia, y analizar cualitativamente la naturaleza de los errores diagnósticos.



Materiales y Métodos: Estudio de validación diagnóstica. Se analizaron 25 casos anónimos de TC cardiovascular obtenidos de una base de datos institucional con autorización de los pacientes. Previo al análisis, se realizó capacitación estructurada de Gemini AI con casos de entrenamiento. Cada caso fue evaluado de forma independiente por el modelo y por un experto en imagen cardiovascular. Gemini AI debió emitir el diagnóstico específico de cada hallazgo, contrastado con el del experto (concordante=1 / discordante=0). La muestra incluyó 12 mujeres (48%) y 13 hombres (52%), edad media 53.9 ± 15.5 años (rango 20–79), abarcando 8 categorías diagnósticas: puentes miocárdicos, CAD obstructiva y no obstructiva, anomalías coronarias congénitas, patología de bypass, trombos, anomalías aórticas y coronarias normales (n=6). Se calcularon sensibilidad, especificidad, VPP, VPN, exactitud, Kappa de Cohen y AUC.

Resultados: Gemini AI emitió el diagnóstico específico correcto en 24 de 25 casos, con sensibilidad 94.7%, especificidad 100%, VPP 100%, VPN 85.7% y exactitud 96.0%. Se evidenciaron 18 VP, 6 VN y 0 FP El único caso discordante correspondió a un error de atribución vascular: Gemini AI identificó correctamente la presencia de isquemia miocárdica, pero la atribuyó a un territorio arterial incorrecto, sin constituir un falso negativo en sentido estricto. El coeficiente Kappa de Cohen fue 0.896 y el AUC 0.974. La concordancia fue 100% en mujeres y 92.3% en hombres).

Conclusión: Gemini AI demostró una capacidad sobresaliente para emitir el diagnóstico específico correcto en TC cardiovascular, superando la mera clasificación binaria, con un nivel de concordancia casi perfecto respecto al experto humano. El único caso discordante el modelo detectó la patología, pero erró en la atribución del territorio vascular responsable, lo que orienta futuras estrategias de entrenamiento específico en localización coronaria. Estos datos preliminares requieren validarse en cohortes más amplias.

0293 - ESTIMULACIÓN AURICULAR PERMANENTE FUERA DEL AREA DEL BACHMAN EN EL SÍNDROME DE BAYES: UN POSIBLE TRATAMIENTO DEFINITIVO PARA LA FA

Arritmias y Electrofisiología

Claudio DE ZULOAGA | Jorge CASTAGNINO | Andrés Federico BIELECKI

Sanatorio de la Providencia

Introducción: El Síndrome de Bayes de Luna, se caracteriza por un bloqueo interauricular (BIA) secundario a un bloqueo parcial o completo del Haz de Bachman por lo cual la despolarización de la aurícula izquierda (AI) no se realiza en forma céfalo-caudal, simultáneamente con la aurícula derecha (AD), sino que se activa en forma retrógrada a través del seno coronario en sentido caudo-cefálico. Esta anomalía o disincronía interauricular, hace que los pacientes que lo padecen, tengan accesos de arritmias supraventriculares muy frecuentes como la fibrilaciones auriculares (FA) y el triple de incidencia de stroke que la población normal. Los recursos farmacológicos han demostrado una pobre eficacia en el control de arritmias y la repuesta crónica a la estimulación del área de haz de Bachman es incierta por la localización del bloqueo en el techo de la AI.

Objetivos: Mostrar la eficacia de la estimulación de la AD fuera del área del Bachman para mantener el ritmo sinusal en los pacientes con síndrome de Bayes de Luna.

Materiales y Métodos: Se realizó seguimiento en dos pacientes con accesos de FA persistente solos interrumpidos por breves pasajes de RS. Estos pacientes tenían BIA o síndrome de Bayes de Luna, uno incompleto, con un alargamiento significativo de la onda P más de 160 mseg, y el otro, un BIA completo caracterizado por un alargamiento de la onda P a más de 200 mseg con un componente +- en DIII. La edad fue de 63 y 70 años respectivamente. Ambos pacientes fueron sometidos en otros centros a la ablación por aislamiento de venas pulmonares en dos y tres oportunidades respectiv-

amente y en uno una ablación del Istmo cavo-tricuspídeo por aleteo auricular. En los dos pacientes, ante el fracaso de ablaciones consecutivas, y las múltiples internaciones por FA de alta repuesta ventricular con falla hemodinámica y nula repuesta a drogas antiarrítmicas, se decidió realizar una ablación del fascículo de his para generar un bloqueo AV completo, seguida del implante de un marcapasos definitivo DDDR. En ambos casos el catéter auricular fue colocado en la pared anterior de la AD cerca del septum inter auricular a nivel de la línea media de la aurícula, donde la duración de la onda P estimulada, fuera menor a 120 mseg. o desapareciera la doble polaridad en DII o DIII. Se dejó estimulando en modo DDD a 80 lpm, para asegurar una estimulación permanente de las aurículas. Se realizó seguimiento con interrogación de los eventos en los marcapasos, ECG Holter y ecocardiografía cada 6 meses.

Resultados: : Ambos pacientes se encuentran en RS en un seguimiento de 19 y 26 meses. Los dos tenían dilatación de la aurícula izquierda, 49 y 54 ml/m2. Un paciente, el del BIA incompleto, registró breves episodios de FA de pocos segundos en un Holter por lo cual se inició un tratamiento con 200 mg de flecainida inicialmente y luego con dosis de 100 mg dividido en dos tomas. El otro paciente con el bloqueo BIA completo, permanece sin drogas antiarrítmicas y sin episodios de FA. Ambos pacientes tuvieron una disminución del tamaño de la aurícula izquierda, aunque no de forma significativa y sin normalización del tamaño.

Conclusión: 1) El aislamiento de las venas pulmonares es absolutamente inútil para el tratamiento de la FA en el síndrome de Bayes 2) La estimulación permanente de la AD puede eliminar definitivamente las arritmias en estos pacientes 3) La magnitud del BIA probablemente no sea decisivo en la producción de la FA ya que el único paciente que requirió tratamiento por las recidivas es el del BIA incompleto 4) la incidencia de FA estaría más vinculada a la disincronía interauricular que al tamaño de la AI o la miopatía auricular.

0300 - ANÁLISIS DEL CONSUMO DE OXÍGENO PICO Y PENDIENTE DE VENTILACIÓN MINUTO/ PRODUCCIÓN DE DIÓXIDO DE CARBONO EN ADULTOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS CORREGIDAS Y NO CORREGIDAS

Investigación Básica / Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto

Rocío Antonella AGÜERO | Sofía Cecilia DEAN | Marcelo Alberto OLIVA

NUEVO HOSPITAL SAN ROQUE

Introducción: Las cardiopatías congénitas (CC) son defectos del desarrollo cardíaco intrauterino, expresadas en etapas fetales o posnatales. Constituyen los defectos congénitos más frecuentes (0.8-1.2% de nacidos vivos). Evaluar la capacidad de ejercicio proporciona información del sistema cardiopulmonar. Los pacientes adultos con cardiopatía congénita (ACHD) presentan una reducción del consumo máximo de oxígeno pico (VO2 pico) frente a controles sanos. Esta reducción es comparable a la de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. Diller et al. objetivaron que la clasificación NYHA no es fiable en estos pacientes, pues casos asintomáticos (NYHA I) muestran una capacidad de ejercicio objetiva similar a la de pacientes con cardiopatía adquirida sintomáticos (NYHA III). La AHA recomienda la prueba de esfuerzo cardiopulmonar (PECP) para la evaluación funcional, estratificación del riesgo y seguimiento longitudinal en ACHD. La PECP mide variables como el VO2 pico, porcentaje predicho, eficiencia ventilatoria (pendiente VE/VCO2;) entre otras. El número de adultos con CC y sus gastos sanitarios van en aumento. Estas representan un desafío creciente. Estudiar la capacidad funcional permite comprender objetivamente la calidad de vida y el pronóstico. La PECP en una población históricamente poco explorada, nos permitirá contar con resultados claros y representa una oportunidad para tomar acciones individuales y globales en nuestra población empleando un instrumento moderno no invasivo.

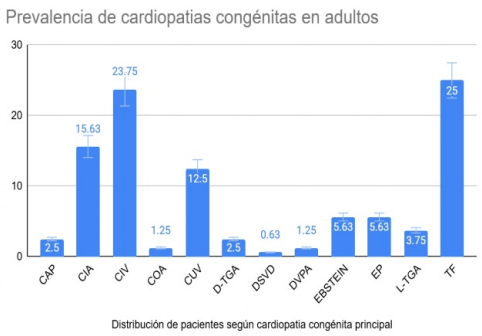


Tabla 1. Medidas de VO2 pico, predicho y VE/VCO2 en la población estudiada

Variable	n	med	desv.estándar	Min	Max
VO2 pico (ml/kg/min)	160	18.99081	6.13473	6.19	37.11
VO2 predicho %	160	56.29312	16.57111	18	112
VE/VCO2 slope	160	29.78244	10.66396	10.63	81

Objetivos: Describir la distribución de VO2 pico, VO2 % predicho y VE/VCO2 slope en (ACHD) y analizar su relación con variables demográficas, tipo de cardiopatía y estado de corrección.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de PECP realizadas entre el 2022 y 2025.

Se analizaron 160 individuos >=15 años y su relación con variables ergoespirométricas según sexo, edad, cardiopatía y estado de corrección. Se usó el software Stata. Las mediciones se llevaron a cabo con el equipo schiller.

Resultados: Edad media 31,7±12,4 años. El sexo femenino presento menor consumo de VO2 pico. Las cardiopatías prevalentes fueron tetralogía de Fallot (25%), CIV (23,8%), CIA (15,6%) y corazón univentricular (12,5%); 85% estaban corregidas. Se observó una capacidad funcional global baja: VO2 pico medio 18,99±6,13 ml/kg/min y VO2 % predicho 56,3±16,6%. Un alto porcentaje presentó limitación funcional moderada–severa (56,2% moderada, 32% severa). Pacientes con CUV, Ebstein, CIA y EP tuvieron VO2 pico <20 ml/kg/min. Pacientes no corregidos mostraron peor VO2 % predicho y VE/VCO2 slope (p=0,003 y p=0,006). Los controles fueron en una media de 17 meses.

Conclusión: La alta prevalencia de limitación funcional moderada a severa observada en esta cohorte respalda la integración de la ergoespirometría en la evaluación rutinaria de ACHD, como herramienta útil para la valoración y seguimiento. Los subgrupos con CUV, anomalía de Ebstein y CIA/EP presentaron peor rendimiento cardiopulmonar, lo que sugiere la necesidad de un seguimiento estrecho. Es necesario reforzar la continuidad asistencial mediante programas de seguimiento que faciliten la adherencia a visitas y permitan identificar tempranamente intervenciones terapéuticas.

Tabla 2. Características funcionales de la población estudiada

	Total (n=160)	Masculino (n=62)	Femenino (n=98)
VO_2 pico (ml/kg/min). Media±DE	18,99±6,13	21,10±6,66	17,65±5,40
VO_2 pico Predicho %. Media±DE	56,29±16,6	54,27±17,2	
VE/VCO slope mediana (RIQ)	28 (23.5-32.76)	26,76 (22-30,85)	28,86 (25-35,57)

Tabla 3. Características funcionales de la población estudiada

	Total (n=160)	Masculino (n=62)	Femenino (n=98)
VO2 pico categorizado n (%)			
Normal	16 (10,00)	12 (19,35)	4 (4,08)
Leve limitación	53 (33,13)	24 (38,71)	29 (29,59)
Moderada limitación	47 (29,38)	14 (22,58)	33 (33,67)
Severa disminución	44 (27,50)	12 (19,35)	32 (32,65)
VO2 Predicho categorizado n (%)			
Normal	10 (6,25)	2 (3,23)	8 (8,16)
Leve limitación	8 (5,00)	3 (4,84)	5 (5,10)
Moderada limitación	90 (56,25)	34 (54,84)	56 (57,14)
Severa disminución	52 (32,5)	23 (37,10)	29 (29,59)

Tabla 5. Consumo de VO_2 pico, VO_2 predicho y VE/CO_2 según CC más frecuentes

Variable	n	VO_2 pico (ml/kg/min) Media±DE	VO_2 pico predicho % Media±DE	VE/VCO slope mediana (RIQ)
TF	40	20.03 ± 5.75	57.62± 17.02	22.08 (27,12-31,13)
CIV	38	20.41± 6.05	55.74± 13.97	23.49 (28,61-33,42)
CIA	25	17.02± 6.62	59.92± 19.37	25.34 (29,66-36,57)
CUV	20	16.47± 4.96	47.24± 10.16	23.78 (29,62-37,82)
EBSTEIN	9	16.54± 8.10	50.66± 21.12	21.21 (23,54-35,63)
EP	9	19.38± 6.82	55.55± 19.70	25.69 (28-30,38)

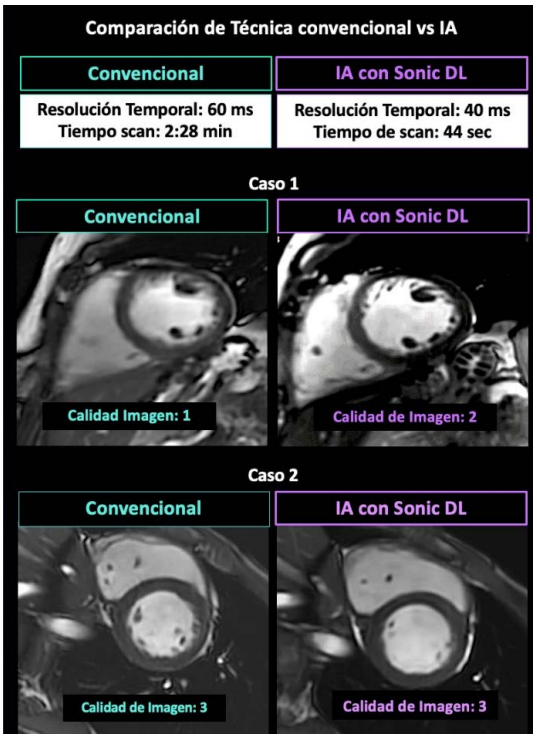
0301 - INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA: IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE IMAGEN Y LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE COMPARADO CON TÉCNICAS CONVENCIONALES

Tomografía/resonancia Magnética Cardiovascular

Patricia Marina CARRASCOSA | Carlos María CAPUÑAY CALVOSA

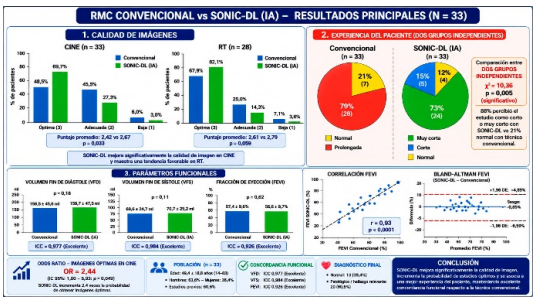
DIAGNÓSTICO MAIPÚ

Introducción: La resonancia magnética cardíaca (RMC) constituye el método de referencia para la evaluación de la función y morfología cardíaca. Sin embargo, su desempeño puede verse limitado por tiempos prolongados de adquisición, dependencia de la cooperación del paciente y la necesidad de múltiples apneas. Las técnicas aceleradas mediante inteligencia artificial (IA), como (SONIC-DL), podrían mejorar la calidad de imagen y optimizar la experiencia del paciente sin afectar la precisión diagnóstica.



Objetivos: Comparar la calidad de imagen, la concordancia funcional entre adquisiciones convencionales y aceleradas mediante IA en secuencias CINE y Realce tardío (RT) de RMC y la experiencia del paciente.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional que incluyó 33 pacientes consecutivos (49,4 ±18,8 años; 63,6% hombres) derivados para RMC. Los estudios se realizaron en equipo Signa Architect 3 T. Las indicaciones incluyeron sospecha de miocardiopatías, hemocromatosis y otras patologías cardiovasculares; el 60,6% poseía estudios cardíacos previos. Se adquirieron secuencias CINE y RT mediante técnica convencional y SONIC-DL en paralelo. La calidad de imagen fue evaluada por observadores ciegos utilizando una escala ordinal de tres puntos (1=subóptima, 2=adecuada, 3=óptima). Se analizaron parámetros funcionales (volumen de fin de diástole [VFD],



volumen de fin de sístole [VFS] y fracción de eyección ventricular izquierda [FEVI]) mediante coeficiente de correlación intraclase (ICC), correlación de Pearson y Bland-Altman. La experiencia del paciente fue evaluada mediante análisis X^2 en dos grupos independientes (estudios convencionales vs SONIC -DL).

Resultados: La calidad de imagen CINE fue significativamente superior con SONIC-DL respecto a la técnica convencional (2,67 vs. 2,42; p=0,033), aumentando los estudios de calidad óptima del 48,5% al 69,7%. En RT se observó una tendencia favorable (2,79 vs. 2,61; p=0,059). La utilización de SONIC-DL incrementó 2,4 veces la probabilidad de obtener imágenes óptimas (OR=2,44). . La concordancia funcional fue excelente para VFD (ICC=0,977), VFS (ICC=0,984) y FEVI (ICC=0,926). La FEVI mostró una elevada correlación entre métodos (r=0,93; p<0,0001) con sesgo mínimo en Bland-Altman (-0,85%). La experiencia del paciente mostró diferencias significativas entre técnicas (X^2=10,36; p=0,005), con una percepción significativamente más favorable para SONIC-DL

Conclusión: La aplicación de IA mediante SONIC-DL mejoró significativamente la calidad de imagen, incrementó la probabilidad de obtener estudios óptimos manteniendo excelente concordancia funcional respecto a técnicas convencionales. Adicionalmente la IA brinda una mejor experiencia percibida por el paciente.

0302 - PROGRAMA DE INTERVENCIONES TRICUSPÍDEAS TRANSCATÉTER: EXPERIENCIA INCIAL EN UN ÚNICO CENTRO

Valvulopatías / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Martín Andrés FASAN | Santiago ORDOÑEZ | Sebastián SRUR | Pablo Marcelo SPALETRA | Martin VIVAS | Fernando CURA | María Florencia CASTRO

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: En los últimos años han surgido nuevas alternativas de tratamiento percutáneo para la insuficiencia tricuspídea ampliando las opciones terapéuticas para pacientes de alto riesgo quirúrgico. Sin embargo, la evidencia disponible sobre resultados en la práctica clínica real continúa siendo limitada, especialmente en nuestro medio.

Objetivos: Describir la experiencia inicial y los resultados de un programa de intervenciones transcatéter de la válvula tricúspide en un centro cardiovascular de Argentina.

Materiales y Métodos: Se incluyeron de manera consecutiva pacientes con insuficiencia tricuspídea (IT) que fueron sometidos a intervenciones transcatéter entre julio de 2023 y abril de 2026, luego de la evaluación por un Heart Team. Se evaluaron las características basales de los mismos y se analizó la IT residual a 30 días y la mejoría clínica en el seguimiento a corto plazo.

Características basales	(n=11)
Edad al procedimiento (años), promedio ± DE	73.7 ± 11.1
Sexo femenino, n (%)	9 (81.8)
Cirugía cardíaca previa, n (%)	8 (72.7)
Enfermedad renal crónica, n (%)	5 (45.4)
Fibrilación auricular, n (%)	9 (81.8)
Dosis de furosemida (mg), promedio ± DE	80± 56.6
Antagonistas mineralocorticoides, n (%)	11 (100)
iSGLT2, n (%)	5 (45.4)
VFG (ml/min/1.73 m2), promedio ± DE	63.4 ± 26.5
Hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca en el último año, n (%)	6 (54.5)
Clase funcional II/IV, n (%)	10 (90.9)
Puntaje TRISCORE, promedio ± DE	5.8 ± 1.5
Implante de marcapasos previo, n (%)	4 (36.3)
Etiología primaria, n (%)	4 (36.3)
Etiología secundaria, n (%)	6 (54.5)
Etiología mixta, n (%)	2 (18.2)
Presión sistólica pulmonar (mmHg), promedio ± DE	38.7 ± 13.7
TAPSE (mm), promedio ± DE	16.6 ± 4.5
Diámetro basal VD (mm), promedio ± DE	56.6 ± 6.2
Fracción de eyección del VI (%), promedio ± DE	54 ± 9

Resultados: Fueron incluidos 11 pacientes en dicho período. La edad media fue de 73,7 ± 11,1 años y la mayoría presentaba síntomas avanzados de insuficiencia cardíaca (IC) (90,9% clase funcional II-IV y 54,5% con hospitalizaciones por IC en el último año). La etiología predominante fue IT secundaria (54,5%). El 72,7% tenía antecedentes de cirugía cardíaca o intervención valvular previa (72,7%), el 81,8% fibrilación auricular y el 36,3% marcapasos permanente. El TRISCORE promedio fue 5,8 ± 1,5, con mortalidad hospitalaria estimada de 23,6 ± 15,2%. El 91,9% de los pacientes fue evaluado mediante ecocardiograma transesofágico y se realizó cateterismo derecho en el 63,6% de los casos. Los procedimientos incluyeron reparación borde a borde transcatéter (n=4), implante valvular ortotópico (n=3), implante heterotópico en venas cavas (n=2) y técnicas "valve-in-ring" y "valve-in-valve" (n=2). El resultado fue exitoso en 10 de 11 casos (90,9%), a excepción de un paciente que presentó una complicación relacionada al dispositivo, con requerimiento de cirugía tricuspídea y pos-

terior óbito. El resto de los pacientes no presentó complicaciones hemorrágicas, vasculares ni necesidad de implante de marcapasos. A los 30 días, la IT residual fue nula o leve en el 70% de los pacientes y moderada en el 30%. En el seguimiento temprano el 90% presentó mejoría de la clase funcional y se registró solo 1 caso de hospitalización por IC.

Conclusión: Esta experiencia inicial demuestra la factibilidad de un programa de intervenciones tricuspídeas transcatéter en un centro especializado. Los resultados tempranos evidenciaron mejoría sintomática y disminución del grado de IT. Estos hallazgos contribuyen a la evidencia de este tipo de intervenciones en nuestro medio, con resultados aceptables en términos de seguridad y eficacia clínica.

0303 - INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA A UNA COHORTE PROSPECTIVA DE 25 AÑOS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: REDES NEURONALES ARTIFICIALES SUPERAN AL SCORE MAGGIC EN LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Medicina Digital E Inteligencia Artificial

María Jimena GAMBARTE | Claudio César HIGA | María Sol DONATO | Mariangel SANCHEZ | Josefina STRUZKA | Ignacio NOGUES

Hospital Alemán

Introducción: A pesar de la utilidad del score de riesgo MAGGIC, la estratificación del riesgo luego de una internación por insuficiencia cardíaca continúa siendo un desafío

Objetivos: Desarrollar, entrenar y evaluar modelos basados en redes neuronales artificiales (RNA) para optimizar la predicción de mortalidad a 1 y 3 años en pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda, en comparación con el score de riesgo MAGGIC.

Materiales y Métodos: Se analizó una base de datos prospectiva de 625 pacientes consecutivos internados por insuficiencia cardíaca aguda en unidad coronaria afiliados a un hospital de comunidad durante un período de 25 años (2000-2025). La base de datos incluyó 181 variables (demográficas, clínicas, laboratorio, imágenes cardiovasculares, tratamiento y seguimiento). Se desarrollaron dos modelos de RNA mediante perceptrón multicapa: un modelo guiado, entrenado con los 13 predictores incluidos en el score MAGGIC, y un modelo ampliado, entrenado con variables seleccionadas de la base de datos. La mortalidad a 1 y 3 años fue considerada la variable dependiente. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y las continuas como media ± desvío estándar o mediana y rango intercuartílico, de acuerdo con su distribución. La normalidad de las variables numéricas se evaluó mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov.

Tabla 1: Características basales de la población de estudio (N = 625)

Variables	n 625 (%)
Edad en años (mean±SD)	78±10.9
Sexo masculino	365 (58,4%)
NYHA I II III	85 (13,6%) 437 (69,9%) 103 (16,48%)
Etiología de la cardiopatía: Isquémica Hipertensiva Enfermedad valvular Otras Hipertrófica	205 (32,8%) 156 (24,96 %) 125 (20 %) 90 (20,8%) 13 (2,08%)
Comorbilidades:Hipertensión Enfermedad coronaria Dislipemia Fibrilación auricular Tabaquismo Diabetes Mellitus Cancer Insuficiencia renal crónica Enfermedad pulmonar crónica Accidente cerebrovascular	565 (90,4%) 255 (40,8%) 327 (52,3%) 301 (48,2%) 247 (39,5%) 140 (22,4%) 120 (19,2%) 106 (17%) 105 (16,8%) 78 (12,5%)
Diagnóstico de IC mas de >=18 meses	74 (11,8%)
Signos Vitales: Presión sistólica mmHg (mediana+RIC) Presión diastólica mmHg (mediana + RIC) Frecuencia cardiaca FC/min (media± DE)	144 ± 28,6 86,66 ± 15,4 92,49 ± 25
Laboratorio: Hematocrito % (media±DE) Hematocrito seguimiento % (media±DE) Creatinina sérica mg/dl (media±DE) Creatinina sérica seguimiento mg/dl (media±DE) Urea en sangre mg/dl (media±DE) Urea en sangre seguimiento mg/dl (media±DE) Sodio plasmático mEq/L (media±DE) Potasio plasmático mEq/L (media ±DE) NT- pro BNP pg/mL (media±DE)	37,72 ±6,78 35,72 ± 7,1H 1,50 ± 1,54 1,37 ± 0,92 58,75 ± 30,84 64,11 ± 40,87 136 ± 9 4,77 ± 7,77 10746 ± 21275
Ecocardiograma transtorácico: FEVI % (media±DE) FEVI ≥ 50 % FEVI 41-49 FEVI ≤ 40	47,2 ±14% 334 (53,44%) 59 (9,44%) 232 (37,12%)

DE desvío standard. RIC, rango intercuartílico FEVI Fracción de eyección ventricular izquierdo

Tabla 2: Desempeño y discriminación del score MAGGIC y los modelos de RNA

Mortalidad a 1 año	A. MAGGIC risk score	B. RNA Guiada	C.RNA ampliada (no guiada)
ROC area	0.65 (95 CI 0.63-0.67)	0.73 (95% CI 0.70-0.77)	0.84 (95%CI 0.81-0.87)
DeLong Test	A vs B: Z= 2.46 p > 0.01	B vs C: Z= 2.67 p > 0.01	A vs C: Z= 3.45 p > 0.01
Hosmer Lemeshow Test	Z : 9.97 p: 0.267	Z :6.80 p: 0.558	Z :7.45 p:0.651
IDI	0.15 (95% IC 0.12 -0.17)	0.19 (95% IC 0.16 - 0.22)	0.22 (95% IC 0.19 - 0.26)
p	A vs B: < 0.01	B vs C: < 0.001	A vs C: < 0.001

Mortalidad a 3 años	A. MAGGIC risk score	B. RNA Guiada	C. RNA ampliada (no guiada)
ROC area	0.68 (95 CI 0.66-0.70)	0.76 (95% CI 0.73-0.80)	0.88 (95%CI 0.85-0.89)
DeLong Test	A vs B: Z= 3.12 p > 0.01	B vs C: Z= 3.32 p > 0.01	A vs C: Z= 4.16 p > 0.01
Hosmer Lemeshow Test	Z : 9.97 p: 0.267	Z :6.80 p: 0.558	Z :7.45 p: 0.651
IDI	0.17 (95% IC 0.14-0.20)	0.20 (95% IC 0.18 - 0.24)	0.24 (95% IC 0.20-0.28)
p	A vs B: < 0.01	B vs C: < 0.001	A vs C: < 0.001

RNA Redes Neuronales Artificiales

La discriminación de los modelos se evaluó mediante el área bajo la curva ROC, con sus respectivos IC 95%, y la comparación entre modelos mediante la prueba de DeLong. La mejoría en la reclasificación se evaluó mediante el Integrated Discrimination Improvement (IDI). La calibración de los modelos se analizó mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow ?². El análisis estadístico y el modelo de RNA se realizaron con IBM SPSS Statistics versión 26.0. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p <= 0,05.

Resultados: Se incluyeron 625 pacientes, con edad media de 78 ± 10,9 años; el 58,4% eran hombres. Etiología isquémico necrótica 32.8%, (Tabla N°1). La mediana de seguimiento fue de 32 meses (RIC 25- 75: 8-69 meses), 100% de seguimiento. La mortalidad a 1 y 3 años fue de 26,6% y 46,6% respectivamente. El mejor desempeño se obtuvo con modelos de perceptrón multicapa, con arquitectura 13/3/2 para el modelo guiado y 37/11/2 para el modelo ampliado (no guiado). Se utilizó función de activación tangente hiperbólica en la capa oculta

y softmax en la capa de salida. La Tabla N° 2 resume el desempeño del score MAGGIC y los modelos de RNA. Ambos algoritmos de RNA (guiado y ampliado) demostraron una discriminación y reclasificación superior para mortalidad a 1 y 3 años en comparación al score MAGGIC, con adecuada calibración global en todos los modelos. En el modelo guiado, la creatinina sérica, edad y fracción de eyección ventricular izquierda presentaron una importancia normalizada >=50% para mortalidad a 1 y 3 años. En el modelo ampliado (no guiado), los predictores de mortalidad al 1 año fueron hemoglobina, NT-proBNP, clearance de creatinina y recuento leucocitario. Para mortalidad a 3 años, las variables de mayor peso fueron creatinina sérica, recuento leucocitario, urea, clearance de creatinina, hemoglobina, sodio sérico, frecuencia cardíaca y presión arterial sistólica.

Conclusión: Los modelos de RNA superaron al score MAGGIC en capacidad de discriminación y reclasificación para la predicción de mortalidad a 1 y 3 años en pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda. Esto posiciona a la inteligencia artificial como una herramienta prometedora.

0304 - ECOCARDIOGRAFÍA GENÉTICA: "MAPA DE CALOR O HEAT MAP" DE CORRELACIÓN FENOTIPO-GENOTIPO

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Multimagen

Gisela STREITENBERGER | Joaquín José MALBRAN ALCONADA | Graciela REYES | Pablo KOCIUBINSKI

Hospital de Alta Complejidad El Cruce

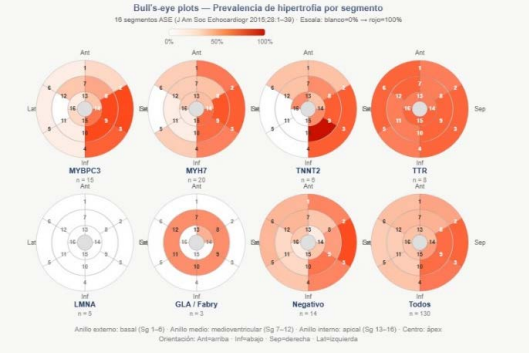
Introducción: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una enfermedad primaria del miocardio, de herencia predominantemente autosómica dominante, causada por mutaciones en genes que codifican proteínas del sarcómero. La hipertrofia cardíaca es la piedra angular del diagnóstico clínico y la detección se realiza a través de la Ecocardiografía. La identificación de la base genética de la MCH abre oportunidades para comprender el desarrollo de la enfermedad e interrumpir su progresión, aunque la falta de datos robustos sobre asociaciones genotipo-fenotipo específicas ha limitado su impacto en el manejo clínico.

Objetivos: Cuantificar de manera segmentaria la hipertrofia del ventrículo izquierdo mediante ecocardiografía en una cohorte de pacientes con diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica (MCH), y analizar su correlación con el tipo de mutación genética identificada. Comparar los hallazgos obtenidos en nuestra cohorte de pacientes con MCH con la publicada por Zhou et al.

Materiales y Métodos: Análisis observacional, ambispectivo y descriptivo, derivado de una base de datos e institucional de Ecocardiografía y una base de datos clínica prospectiva de pacientes consecutivos evaluados en un consultorio de Miocardiopatías atendidos en el Servicio de Cardiología del Hospital de Alta Complejidad El Cruce entre enero de 2010 y el 30 de mayo de 2026. Se evaluaron exclusivamente aquellos pacientes con diagnóstico confirmado de MCH y con estudio genético dirigido disponible. El diagnóstico de MCH se estableció conforme a las guías vigentes.

TABLA 1. Características clínicas, ecocardiográficas y genéticas de la cohorte
Serie propia · Subanálisis: MCH Sarcomérica pura vs. Fenocopiadores

Variable	Total (n=130)	MCH Sarcomérica (n=106)	Fenocopiadores (n=24)
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS			
Sexo femenino, n (%)	54 (42%)	46 (43%)	8 (33%)
Sexo masculino, n (%)	76 (58%)	60 (57%)	16 (67%)
Edad actual (años), media ± DE	43.3 ± 17.6	42.7 ± 17.7	47.4 ± 17.6
Edad diagnóstico (años), media±DE	34.4 ± 20.2	32.5 ± 20.1	45.1 ± 18.0
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR			
Antecedente familiar MCH, n/total (%)	26/38 (68%)	22/31 (71%)	4/7 (57%)
Hipertensión arterial, n/total (%)	31/113 (27%)	25/92 (27%)	6/21 (28%)
Diabetes mellitus, n/total (%)	4/110 (4%)	4/90 (4%)	0/20 (0%)
Dislipemia, n/total (%)	14/110 (13%)	12/90 (13%)	2/20 (10%)
PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EVENTOS			
Fibrilación auricular, n/total (%)	20/84 (24%)	14/67 (21%)	6/17 (35%)
Síncope, n/total (%)	60/105 (57%)	43/84 (51%)	17/21 (80%)*
TV / FV documentada, n/total (%)	20/102 (19%)	15/84 (17%)	5/18 (27%)
Insuficiencia cardíaca, n/total (%)	55/107 (51%)	41/89 (46%)	14/18 (77%)*
CDI implantado, n/total (%)	44/110 (40%)	38/90 (42%)	6/20 (30%)
Miectomía / ablación SOH, n/total (%)	15/91 (16%)	12/75 (16%)	3/16 (18%)
Óbito, n/total (%)	15/128 (11%)	8/104 (7%)	7/24 (29%)**
CLASE FUNCIONAL NYHA			
CF I	7 (5%)	6 (6%)	1 (4%)
CF II	63 (48%)	51 (48%)	12 (50%)
CF III	15 (12%)	12 (11%)	3 (12%)
CF IV	15 (12%)	12 (11%)	3 (12%)
PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS Y DE RMC			
SIV máximo (mm), media ± DE	22.8 ± 8.7	23.6 ± 8.4	12.7 ± 5.0
Pared posterior (mm), media ± DE	10.6 ± 3.0	10.4 ± 2.8	11.0 ± 4.8
FEVI (%), media ± DE	56.0 ± 13.8	57.0 ± 12.5	49.9 ± 20.4
DDVI (mm), media ± DE	46.3 ± 9.8	46.0 ± 9.4	47.4 ± 12.4
Gradiente TSVI máx. (mmHg), media ± DE	41.8 ± 44.9	45.7 ± 45.7	6.4 ± 3.1**
Obstrucción TSVI ≥30 mmHg, n/total (%)	42/120 (35%)	42/97 (43%)	0/23 (0%)**



Resultados: La base contiene 12.265 estudios (Tabla1), con 161 estudios etiquetados como MCH (1,31%), correspondientes a 95 pacientes únicos. Esa cifra de ~1,3% es coherente con lo esperable en una población derivada para ecocardiografía, donde la prevalencia de MCH en ecocardiografías institucionales suele rondar 0,5–2%. La característica ecocardiográfica más discriminante entre ambos grupos fue la obstrucción del tracto de salida del VI (TSVI): presente en el 43% de la MCH sarcomérica vs. 0% en las fenocopias ($p < 0.01$). Esta diferencia tiene implicancia directa en el diagnóstico diferencial: un paciente con hipertrofia ventricular izquierda y obstrucción dinámi-

ca del TSVI tiene probabilidad muy alta de corresponder a una MCH sarcomérica. El hallazgo de validación más relevante para el trabajo es que el patrón bull's-eye permite orientar la sospecha del genotipo antes de conocer el resultado genético. Tabla e Imagen 2

Conclusión: Nuestros hallazgos buscan ofrecer una evaluación más precisa de la relación fenotipo-genotipo en la MCH, contribuir a identificar parámetros predictivos de mutación causal y reforzar la utilidad clínica del estudio genético dirigido. El concepto de ‹ecocardiografía genética› podría optimizar la indicación de pruebas genéticas y el asesoramiento familiar, aumentando la probabilidad pretest de identificar una mutación causal.

0305 - RIESGO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Arritmias y Electrofisiología

Eliana Patricia GARCIA TULISI | Joaquín PEREA | Julia JANCHES QUIÑONES | Ernesto A. PEYREGNE | Juan Pablo MANSILLA | Ricardo Alfredo VILLARREAL | Christian ZGRABLICH | Álvaro SOSA LIPRANDI

Sanatorio Güemes

Introducción: La Hipertensión Pulmonar del Grupo III representa una entidad con una elevada morbimortalidad. Disponemos de escasa información sobre las variables pronósticas e implementación de terapéutica en esta población.

Objetivos: Determinar las características clínicas basales, y tratamiento de nuestra población de pacientes (p) con Hipertensión Pulmonar del Grupo III

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo, prospectivo que incluyó p con diagnóstico de HP grupo III, confirmado por cateterismo derecho (CCD), según guías ESC 2022 entre 2011 y 2025. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, funcionales y terapéuticos en nuestra base de datos. Las variables cualitativas se expresan en porcentaje (%), las cuantitativas en media con desvío estándar (DS) o rango intercuartilo(RI) según distribución y calidad de las variables. Se determinó la significancia estadística a partir de un valor de p mayor a 0.05. Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA 14.

Resultados: Se incluyeron 149 p, edad media de 71,2 años (± 8,16) y 51,7% de sexo masculino. En cuanto a los subgrupos se observó 61,6% enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID), seguido de 18,5% Enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC), 19,9% síndrome combinado enfisema/fibrosis. El 65% presentó clase funcional (CF) avanzada (III/IV de la NYHA). El 38,7% presentó insuficiencia cardíaca, 6,7% síncope y el 5% ángor. La distancia media en el test de 6M fue de 282 metros +/- 132 y solo el 10% recorrió una distancia mayor a 440 metros. En el 68% de p se observa mayor diámetro basal del ventrículo derecho 47,5 +/- 6,44. El 45,4% presentó deterioro de la función sistólica de ventrículo derecho (FSVD), Onda S de VD de 12,73cm/seg +/- 3,66. El 17,5% presentó derrame pericárdico. El 60% de p mostró disminución en la DLCO una mediana de 31 (RI 24,5–38; n=52). Con respecto a las variables hemodinámicas, la presión media de la aurícula derecha (PAD) fue de 7,9 mm.Hg +/- 4,2, la presión media de la arteria pulmonar de 34,5 mm.Hg +/- 3,9, resistencia vascular pulmonar (RVP) media de 5,2 UW +/- 3,52 e IC de 2.83 l/min/m2 +/- 0,77. El NT-proBNP tuvo una mediana de 598 pg/ml (RI 538 +/-1565). Se utilizó en el 35,6% furosemida, en el 34,2% espironolactona y en el 2,7% de los pacientes ISGLT2 como tratamiento no específico. El 82% recibió inhibidores de fosfodiesterasa 5 (IFDE5) de los cuales el 76,53% fue tadalafilo y el 23,47% sildenafil, el 25% prostaglandinas inhaladas y el 2% selexipag.

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes con HP grupo III se observó una elevada prevalencia de población en CF avanzada y variables clínicas, ecocardiográfica, funcionales y hemodinámicas de alto riesgo, con un elevado uso de IPDE-5 en el tratamiento. Esta información nos obliga a profundizar el conocimiento con estudios a mayor escala y establecer un diagnóstico más precoz.

0309 - MISMATCH PRÓTESIS-PACIENTE PREDICHO POR TOMOGRAFÍA PARA LAS PRÓTESIS TRANSCATÉTER Y QUIRÚRGICAS DISPONIBLES EN EL URUGUAY

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Tomografía/resonancia Magnética Cardiovascular

Franco RUSSO | Sofía GUTIÉRREZ | Leandro JUBANY | Lucía MARTÍNEZ | Franco RUSSO | Damián TUB | Gabriel PARMA | Natalia LLUBERAS

CARDIOCENTRO

Introducción: Los pacientes con mismatch prótesis paciente (MPP) moderado o severo tras el reemplazo quirúrgico de válvula aórtica (SAVR) presentan una mayor mortalidad. La tomografía computarizada (TC) permite predecir el tamaño de la prótesis posible de implante tanto para el implante de prótesis transcatéter (TAVI) como para SAVR, y varios ensayos han reportado tasas más bajas de MPP con TAVI.

Objetivos: Comparar la incidencia de MPP predicho por TC para las prótesis TAVI y SAVR de dos centros basándonos en el área del orificio efectivo (AOE) de las prótesis TAVI y SAVR biológicas y mecánicas disponibles en Uruguay.

Materiales y Métodos: Se analizaron 211 pacientes sometidos a TC para TAVI por dos cardiólogos intervencionistas y dos cardiólogos de imagen. Las válvulas SAVR y TAVI posibles a ser implantadas fueron adjudicadas según el diámetro del anillo aórtico medido por TC. El MPP predicho para las válvulas SAVR disponibles en nuestro país (Magna, Avalus y mecánica ON-X) se basó en los valores de referencia del AOE para cada tamaño y modelo, obtenidos de datos publicados. El MPP predicho para las válvulas TAVI (S3, Evolut y Myval) se basó en los valores de referencia de AOE según el área del anillo aórtico (S3 y Myval) o el perímetro (Evolut) medidos por TC. Posteriormente se indexó a la superficie corporal para calcular el AOE indexado (AOEi). El MPP predicho se clasificó como: sin MPP (AOEi>0,85 cm^2/m^2), moderado (AOEi>0,65 y <=0,85 cm^2/m^2) o severo (AOEi<=0,65 cm^2/m^2) en la población no obesa; y como ninguno (AOEi>0,70 cm^2/m^2), moderado (AOEi>0,55 y <=0,70 cm^2/m^2) o severo (AOEi<=0,55 cm^2/m^2) en la población obesa (IMC >=30 kg/m^2).

Resultados: En el grupo de válvulas TAVI, el AOEi medio predicho para todos los tamaños de la válvula S3 fue de 0,87±0,12 cm^2/m^2; para Evolut, 1,03±0,13 cm^2/m^2 (p<0,0001 vs. S3); y para Myval, 1,11±0,17 cm^2/m^2 (p<0,0001 vs. S3 y p<0,0001 vs. Evolut). En el grupo SAVR, el AOEi medio para todos los tamaños de la Magna fue de 1,01±0,19 cm^2/m^2 (p<0,0001 vs. S3, p<0,0001 vs. Evolut y p<0,0001 vs. Myval). Para Avalus el AOEi medio fue de 0,88±0,13 cm^2/m^2 (p=0,27 vs. S3, p<0,0001 vs. Evolut y p<0,0001 vs. Myval). Para las prótesis mecánicas ON-X el AOEi medio fue de 1,08±0,17 cm^2/m^2 (p<0,0001 vs. S3, p<0,0001 vs. Evolut y p=0,13 vs. Myval). La incidencia de MPP predicho fue del 32,7% para S3 (68 pacientes con MPP moderado y 1 con MPP severo), del 0,5% para Evolut (1 MPP moderado, ninguno severo; p<0,0001 vs. S3) y del 1,4% para Myval (3 pacientes con MPP moderado, ninguno severo; p<0,0001 vs. S3 y p=0,62 vs. Evolut). En el grupo SAVR, la incidencia de MPP predicho fue del 11,4% para Magna (24 pacientes con MPP moderado, ninguno severo; p<0,0001 vs. S3, p<0,0001 vs. Evolut y p<0,0001 vs. Myval), del 31,5% para Avalus (63 pacientes con MPP moderado, ninguno severo; p=0,23 vs. S3, p<0,0001 vs. Evolut y p<0,0001 vs. Myval) y del 0,5% para ON-X (1 paciente con MPP moderado predicho; p<0,0001 vs. S3, p=1,00 vs. Evolut y p=0,62 vs. Myval).

Conclusión: Dentro de las válvulas protésicas disponibles en Uruguay, las prótesis TAVI Evolut y Myval y la prótesis SAVR mecánica ON-X presentaron las tasas más bajas de MPP predicho. Entre las válvulas TAVI, el MPP predicho fue significativamente mayor con S3 que con Evolut y Myval. En cuanto a las prótesis quirúrgicas, las bioprótesis disponibles presentaron mayores tasas de MPP que Evolut y Myval. La selección de prótesis, tanto TAVI como SAVR, guiada por TC preoperatoria puede contribuir a reducir el riesgo de MPP en pacientes sometidos a reemplazo valvular aórtico.

0318 - VALOR PRONÓSTICO DE LA CONGESTIÓN SUBCLÍNICA DETECTADA MEDIANTE ECOGRAFÍA PULMONAR EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Jorge Gabriel CRISTIANI | Mariano Fernando CENICE | Mónica Del Valle BUSTOS SALAZAR | Laura SUAREZ NASSIF | Bibiana María DE LA VEGA

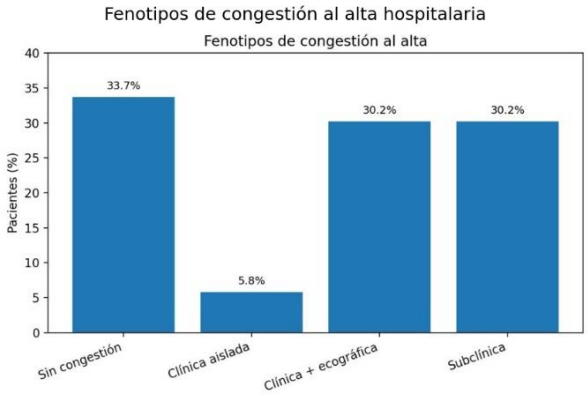
UNIDAD CORONARIA, HOSPITAL CENTRO DE SALUD ZENÓN J. SANTILLÁN, SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD (SIPROSA)

Introducción: La congestión constituye el principal mecanismo fisiopatológico de las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca aguda y uno de los principales determinantes de reinternación temprana. La evaluación clínica convencional

puede subestimar la persistencia de sobrecarga hídrica residual al alta hospitalaria. La ecografía pulmonar permite detectar congestión residual mediante la identificación de líneas B y otros marcadores ecográficos, posibilitando el reconocimiento de pacientes con congestión subclínica no detectada por el examen físico convencional.

Objetivos: Evaluar la prevalencia y el valor pronóstico de la congestión subclínica detectada mediante ecografía pulmonar en pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda.

Materiales y Métodos: Se realizó un registro observacional, prospectivo, longitudinal y unicéntrico entre marzo de 2025 y marzo de 2026. Se incluyeron 86 pacientes consecutivos internados por insuficiencia cardíaca aguda. Se registraron variables clínicas, ecográficas, bioquímicas y evolutivas durante la hospitalización y en el seguimiento a 30 y 90 días. La congestión subclínica fue definida como la presencia de congestión ecográfica residual en ausencia de signos clínicos de congestión al momento del alta hospitalaria. Se analizaron los predictores de reinternación mediante regresión logística univariada y multivariada.



Resultados: La edad media fue de 54,4 ± 11,6 años y el 88,4% de los pacientes fueron varones. La insuficiencia cardíaca de novo representó el 43,0% de la cohorte. La congestión clínica residual se observó en el 36,0% de los pacientes, mientras que la congestión ecográfica residual estuvo presente en el 60,5%. La congestión subclínica se identificó en 26 pacientes (30,2%), evidenciando una discordancia relevante entre la evaluación clínica convencional y la valoración ecográfica. La reinternación a 30 días fue del 18,5% y a 90 días del 18,9%. Las líneas B =3 al alta hospitalaria se asociaron significativamente con reinternación a 30 días (OR 21,33; IC95% 3,72-122,25; p=0,0003) y permanecieron como predictor independiente en el análisis multivariado (OR ajustado 18,74; IC95% 2,80-125,29; p=0,0025).

Conclusión: La congestión subclínica detectada mediante ecografía pulmonar fue frecuente, afectando aproximadamente a uno de cada tres pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda. La persistencia de líneas B al alta hospitalaria se asoció de forma independiente con reinternación temprana. Estos hallazgos respaldan la incorporación sistemática de la ecografía pulmonar como herramienta complementaria para la evaluación de la descongestión y la estratificación pronóstica antes del alta hospitalaria, permitiendo identificar pacientes con mayor riesgo de reinternación temprana.

0321 - RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y ANÁLISIS DE DISCORDANCIA ENTRE SCORE 2 Y LPA CLINICAL GUIDANCE EN PACIENTES CON LIPOPROTEINA A ELEVADA

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Lenin TUMBACO[1] | Soledad Ester GRAU[1] | Débora IBALO[1] | Diego COSTA[2]

CENTRO MEDICUS BELGRANO[1]; Universidad de Buenos Aires[2]

Introducción: Las calculadoras de riesgo tradicionales suelen subestimar el riesgo cardiovascular en prevención primaria en individuos con Lipoproteína A Lp(a) elevada, perpetuando un escenario de riesgo residual genético no diagnosticado.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la Lp (a) como herramienta de reclasificación mediante un análisis de discordancia frente al modelo SCORE 2 en una población de bajo riesgo cardiovascular en prevención primaria, y correlacionar los hallazgos con la carga aterosclerótica subclínica mediante eco-Doppler carotídeo.

Tabla 1: Características Generales de la Población (N = 117)
(Variables continuas en Mediana [RIC]; categóricas en n [%])

Variable Clínica / Demográfica	Cohorte Total (N = 117)
Edad (años)	53 [44 – 62]
Sexo Femenino	72 (62.0%)
Lp(a) Global (mg/dL)	190.0 [110.0 – 245.0]
Hipertensión Arterial	42 (35.8%)
Dislipemia Basal	67 (57.2%)
Tabaquismo Activo	41 (35.0%)
Diabetes Mellitus Tipo 2	19 (16.2%)
Sobrepeso / Obesidad (IMC ≥ 25)	69 (58.9%)
Riesgo Bajo por SCORE2 (<5%)	78 (66.6%)

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal en un centro ambulatorio especializado en prevención primaria. Se evaluó una cohorte de 117 pacientes con Lp(a) >50 mg/dL. Para suprimir variables de confusión, se excluyeron sujetos con riesgo basal SCORE 2 >5% (n=39), constituyendo un subgrupo final de análisis de 78 pacientes de bajo riesgo basal. Se analizó la discordancia severa (umbral

>30% de riesgo de por vida mediante Lp(a) Clinical Guidance). Se aplicó la ecuación correctora de la Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA, 2024) para c-LDL y se estratificó el daño carotídeo por ultrasonido.

Resultados: El análisis metodológico dividió la muestra en dos brazos: Concordante (n=50) y Discordante o de riesgo oculto severo (n=28). Bajo un umbral de reclasificación laxo (>10% de incremento relativo), el 43% de la cohorte catalogada inicialmente de "bajo riesgo" fue reclasificada hacia categorías superiores, desvelando la magnitud del sub diagnóstico basal. Al elevar la especificidad para aislar la discordancia severa o fenotipo extremo (>30%) la prevalencia de riesgo oculto se estableció en el 35.8% de los sujetos. En este grupo la mediana de Lp(a) fue de 85.5 mg/dL. La prevalencia de tabaquismo activo fue significativamente mayor en el brazo discordante (46.4 % vs. 22.0 %; p=0.02), mientras que la diabetes tipo 2 exhibió una asociación inversa significativamente menor en este grupo (14.2 % vs. 30.0 %; p=0.041). La aplicación de la fórmula correctora de Delgado-Lista determinó un c-LDL real en el grupo discordante de 109.3 mg/dL (frente a 135.0 mg/dL medidos). (fig 1). La validación anatómica por eco-Doppler carotídeo reveló una asimetría macrovascular crítica (p < 0.0001). El 90 % del grupo concordante presentó arterias sin lesiones, mientras que el 96.4% del grupo de riesgo oculto evidenció daño estructural latente (53.5% engrosamiento miointimal y 42.8 % placa de ateroma no significativa). (fig. 2).

Conclusión: El análisis de discordancia clínica severa identificó un 35.8 % de riesgo residual oculto en una población joven erróneamente catalogada de bajo riesgo. Esta brecha predictiva posee una correlación anatómica real y masiva, ratificando la Lp (a) como un «motor aterogénico» independiente, capaz de guiar la enfermedad estructural macrovascular subclínica, a pesar de niveles óptimos de c-LDL real (109.3 mg/dL) y que se ve potenciada por el tabaquismo como modulador ambiental. Se justifica la implementación sistemática del cribado de Lp(a) en la prevención primaria cardiovascular de nuestro medio.

0323 - PREVALENCIA DE TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA EN PACIENTES CON ASISTENCIA CON MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Antonella CARUGNO | Ramiro ESPINOSA | Martín Andrés FASAN | Lucrecia BURGOS | Juan Mariano VRANCIC | Juan Pablo COSTABEL | Mirta DIEZ | Leonardo SEOANE

Instituto Cardiovascular

Introducción: La trombocitopenia inducida por heparina (HIT) es un efecto adverso inmunomediado, relativamente frecuente y potencialmente grave asociado al uso de heparina, caracterizada por el descenso del recuento plaquetario y aumento paradojal del riesgo trombótico. El soporte con membrana de oxigenación extracorpórea venoarterial (ECMO-VA) requiere anticoagulación sistémica prolongada. La prevalencia de HIT en esta población es variable, probablemente debido a diferencias en los criterios diagnósticos, características basales y el uso de pruebas inmunológicas y funcionales. Su identificación en pacientes con ECMO-VA es compleja debido al origen multifactorial de la trombocitopenia y resulta clínicamente relevante por su asociación con eventos trombóticos, disfunción del circuito extracorpóreo, mayor morbimortalidad y necesidad de modificar la estrategia anticoagulante.

Objetivos: Determinar la prevalencia de HIT en pacientes con asistencia con ECMO-VA, las características basales y eventos clínicos de dicha población en un centro monovalente de alta complejidad cardiovascular.

Eventos	Pacientes con HIT (n=8)	Global (n=130)
Edad, años (RI)	41, (RI 25-75: 30-60)	55, (RI 25–75: 45–63)
Sexo masculino n, (%)	4 (50%)	80 (61,5%)
Injuria renal aguda n, (%)	5 (62,5%)	80 (61,5%)
Infecciones n, (%)	5 (62,5%)	63 (48,4%)
Sangrado del sitio quirúrgico n, (%)	4 (50%)	53 (40,7%)
Trombosis n, (%)	7 (87,5%)	51 (39,2%)
Isquemia de miembros inferiores n, (%)	2 (25%)	32 (24,6%)
Mortalidad intrahospitalaria n, (%)	5 (62,5%)	74 (56,9%)
Mortalidad en ECMO-VA n, (%)	3 (37,5%)	54 (41,5%)

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo, a partir de la base de datos informatizada de pacientes con asistencia ventricular mecánica, completada prospectivamente. Se incluyeron aquellos pacientes adultos consecutivos que requirieron asistencia con ECMO-VA por shock cardiogénico o paro cardiorrespiratorio refractario, entre febrero de 2014 y marzo de 2026. Se describieron las características clínicas de los pacientes, recuento plaquetario y complicaciones asociadas como sangrados y trombosis. El diagnóstico se realizó con dosaje de factor plaquetario 4 en pacientes con sospecha clínica, a partir de pacientes con probabilidad intermedia/alta del Score 4T. Las variables cuantitativas se expresaron en medianas y rango intercuartilos, y las categóricas en porcentajes.

Resultados: Se analizaron 130 pacientes con asistencia ventricular mediante ECMO-VA, de los cuales 8 desarrollaron HIT, con una prevalencia del 6%. La mortalidad intrahospitalaria global fue del 56,9% (n=74) y del 41,5% durante ECMO-VA (n=54). La mediana de asistencia fue de 6 días (RI 25–75: 3–9). Las principales indicaciones fueron postcardiotomía (29,2%, n=38) y shock cardiogénico post infarto agudo de miocardio (26,1%, n=34), mientras que el 19,2% (n=25) requirió soporte durante paro cardiorrespiratorio. Las complicaciones más frecuentes fueron injuria renal aguda (61,5%), infecciones (48,4%) y sangrado del sitio quirúrgico (40,7%). En los pacientes con HIT, la mediana de edad fue de 41 años (RI 25–75: 30–60), con distribución similar entre sexos. El nadir plaquetario fue de 25.000/mm³ (RI 25–75: 16.000–31.500) al séptimo día de anticoagulación, con un descenso promedio del 84,5% respecto al valor basal. Tras el diagnóstico, dos pacientes recibieron bivalirudina (25,0%), mientras que el resto fue tratado con fondaparinux o anticoagulantes orales directos. Siete pacientes (87,5%) presentaron eventos trombóticos, incluyendo trombosis del circuito ECMO en tres casos (37,5%). La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con HIT fue del 62,5% (n=5), y la principal causa de muerte fue el sangrado quirúrgico (Tabla 1).

Conclusión: La prevalencia de HIT en pacientes con asistencia con ECMO-VA fue del 6%, siendo en nuestra población una complicación frecuente y de relevancia clínica, asociándose a una elevada incidencia de eventos trombóticos y morbimortalidad. En esta cohorte, la marcada caída del recuento plaquetario y la frecuente presencia de trombosis resaltan la importancia de mantener un alto índice de sospecha diagnóstica en esta población compleja.

0327 - EFECTO DE LA COHORTE DE NACIMIENTO EN LA PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN PACIENTES QUE INGRESAN POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO A UN HOSPITAL DEL CONURBANO BONAERENSE

Cardiopatía Isquémica

María José MARTINEZ | **Luciana TRAPANI** | Ignacio MARTÍNEZ RUSLENDER | Luciana MEZA | Karen Yamila GRECCO | Gloria LUNA | Heraldo D› IMPERIO | Maximiliano DE ABREU

Hospital de Alta Complejidad El Cruce

Introducción: La prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) en pacientes que han sufrido un evento coronario es elevada. El tabaquismo, la hipertensión arterial (HTA), la dislipemia y la diabetes son los más ampliamente estudiados en este contexto.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es evaluar el efecto de la cohorte de nacimiento en la prevalencia de FRCV en pacientes que sufrieron un síndrome coronario agudo (SCA).

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de un registro observacional y continuo de pacientes con SCA admitidos en un centro de tercer nivel de atención del conurbano bonaerense. La base cuenta con 2710 registros entre abril del 2009 y septiembre del 2025. Para este análisis se utilizaron los registros con datos completos y se dividió a los pacientes en 7 grupos según la década de su nacimiento (1930, 1940, 1950, 1960, 1970, 1980 y 1990). Las variables cuantitativas se presentaron como media/desvío estándar o mediana/rangos intercuartilo (RIC) según su distribución. Las variables discretas se notificaron como número y porcentaje. El análisis comparativo de variables cuantitativas se realizó con métodos paramétricos o no paramétricos según su distribución. El análisis de la asociación entre variables discretas se realizó con tablas de contingencia, y se estableció su nivel de p. Posteriormente se realizaron análisis multivariados para cada FRCV. Se construyeron modelos de regresión logística para evaluar la asociación entre cada FRCV y la cohorte de nacimiento, corregidos por edad, sexo y tipo de SCA. Para el análisis se utilizó el programa R (versión 4.5.3) y Rstudio (versión 2026.04.0+526)

Tabla1. Factores de riesgo cardiovasculares, forma de presentación del SCA y mortalidad segun la cohorte de nacimiento

	Total	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	p
n	2680	60	257	902	930	423	88	20	
Edad, media (DS)	56,2 (9,3)	77,4 (4,9)	66,7 (4,8)	60,5 (4,5)	54,3 (4,9)	46,0 (4,8)	37,7 (4,1)	28,1 (3,9)	<0,01
Sexo femenino, n (%)	407 (15,3)	20 (33,9)	37 (14,4)	156 (17,4)	130 (14,1)	48 (11,6)	14 (15,9)	2 (10,5)	<0,01
HTA^, n (%)	1594 (40,3)	40 (66,7)	178 (69,3)	571 (63,7)	572 (61,8)	198 (46,8)	32 (34,6)	3 (15)	<0,01
DLP^^, n (%)	838 (31,4)	25 (41,7)	97 (37,7)	292 (32,6)	291 (31,5)	117 (27,7)	13 (14,8)	3 (15)	<0,01
Diabetes, n (%)	667 (25)	11 (18,3)	55 (21,4)	272 (30,3)	243 (26,3)	77 (18,2)	9 (10,2)	0	<0,01
TBQ^^^ actual, n (%)	1415 (58,9)	13 (26,5)	103 (45,4)	442 (54,6)	514 (61,7)	267 (70,1)	65 (76,5)	11 (64,7)	<0,01
AHF^^^^, n (%)	318 (11,9)	4 (6,7)	24 (9,3)	112 (12,5)	98 (10,6)	60 (14,2)	19 (21,6)	1 (5)	0,01
ST elevado ^^^^^, n(%)	1656 (70,8)	33 (60)	166 (67,8)	559 (69,2)	561 (70,6)	274 (77,6)	53 (75,7)	10 (71,4)	0,02
Mortalidad	164 (6,2)	4 (6,7)	23 (8,9)	61 (6,8)	54 (5,9)	22 (5,3)	0	0	0,06

^Hipertensión arterial ^^Dislipemia ^^^Tabaquismo ^^^^Antecedentes heredo-familiares ^^^^^SCA con elevación del segmento ST

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 56,2 años (+/- 9,3) y el 15,3% fueron de sexo femenino. El factor de riesgo cardiovascular más prevalente fue el antecedente de tabaquismo (58,9%), seguido por HTA (40,3%), dislipemia (31,4%), diabetes (25%) y antecedentes heredo-familiares (AHF) (11,9%). En el análisis por cohortes se observó un descenso progresivo en la prevalencia de HTA y dislipemia, con los valores más bajos registrados en las cohortes más jóvenes. El porcentaje de pacientes diabéticos experimentó un aumento progresivo, con su máxima prevalencia en la cohorte de 1950, y luego un descenso progresivo. El tabaquismo y los AHF experimentaron un aumento en las sucesivas cohortes, con sus valores más altos en las cohortes más jóvenes. Luego de ajustar cada FRCV por edad, tipo de SCA y sexo, el comportamiento diferencial según la cohorte de nacimiento de la dislipemia y los AHF continúan siendo estadísticamente significativos, no así el de la HTA, tabaquismo y diabetes.

Conclusión: La presencia de los FRCV en pacientes con SCA es elevada. La prevalencia de dislipemia y los AHF presentó un comportamiento diferente según la cohorte de nacimiento. La evolución de la prevalencia del tabaquismo, HTA y diabetes no mostró asociación con las cohortes de nacimiento.

0347 - PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON CANCER, EN UN HOSPITAL ONCOLOGICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

Cardioncología / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Victoria CRETA | Edisson Ferney ACEVEDO TORRES | Carlos Alberto QUIROGA AVALOS

Hospital Oncología Maria Curie

Introducción: Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) son comunes en la población oncológica, con una prevalencia elevada y, muchas veces, sin diagnóstico ni tratamiento, lo que incrementa la morbimortalidad y el riesgo de cardiotoxicidad durante la terapia oncológica. Es por esto que es fundamental optimizar el control de los FRCV para prevenir las complicaciones cardiovasculares y evitar la suspensión del tratamiento oncológico.

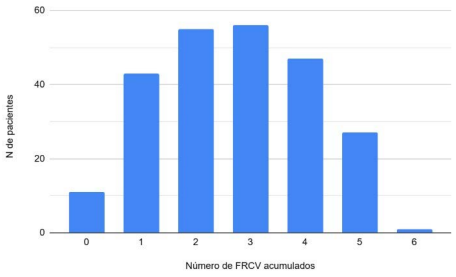
Objetivos: Identificar la prevalencia de los FRCV en pacientes oncológicos para orientar medidas de prevención primaria, en un hospital oncológico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo que incluyó 240 pacientes con diagnóstico reciente de cáncer, en un período de 20 meses entre el año 2024 y 2026. Se evaluaron FRCV clásicos como hipertensión arterial (HTA), dislipemia, diabetes mellitus (DM) y tabaquismo, se realizó medición del índice cintura/altura (ICA) y se evaluó la presencia de ateromatosis subclínica mediante ecografía doppler de arterias carótidas y femorales.

Resultados: Se incluyeron un total de 240 pacientes, con predominio del sexo femenino (75%, n=180) y edad media de 54.8 ± 13 años. La media del índice de masa corporal (IMC) fue de 31.9 ± 15.2 kg/m² (31.1 ± 6.7 kg/m² en mujeres y 29.4 ± 6.2 kg/m² en varones). Respecto al estado nutricional: Sobrepeso: 26.5% (n=63). Obesidad: 51.2% (n=123), siendo más frecuente en mujeres que en hombres (54.4% vs. 39.6%). Estratificación de la obesidad: grado I (52%, n=64); grado II (30.8%, n=38); grado III (17%, n=21). En cuanto al ICA, la media fue de 0.60 ± 0.09. Índice elevado (0.5–0.59): 27.9% de la muestra. Índice muy elevado (>0.6): 57.9% de la muestra. Prevalencia y diagnóstico de comorbilidades cardiometabólicas: 1. HTA: registró una prevalencia global del 38.8% (n=92), siendo significativamente mayor en hombres que en mujeres (46.5% vs. 35.7%). El 21.7% (n=20) de los pacientes fueron diagnosticados durante las consultas, y el 32% (n=30) conocían su diagnóstico, pero no recibían tratamiento adecuado o no estaban controlados. 2. DM: afectó al 19.1% (n=46) de la población, con una distribución homogénea entre sexos

Caracteristicas		N (%)
Femenino		182 (75.8)
Masculino		58 (24.2)
IMC	Sobrepeso	63 (26.5)
	Obesidad	123 (51)
	I	64 (52)
	II	38 (31)
	III	21 (17)
ICA	Elevado (0.5 - 0.59)	67 (27.9)
	Muy elevado (>0.6)	139 (57.9)
HTA		92 (38.8)
	Diagnóstico reciente	20 (21.7)
	No controlados	30 (32)
DBT		46 (19.1)
	Diagnóstico reciente	11 (23.9)
TBQ		41 (17)
Ex TBQ		70 (29.1)
Sedentarismo		199 (82.9)
Dislipidemia		150 (62)
	Diagnóstico reciente	95 (63)
	No tratados	35 (23.3)

(20% en hombres y 18.6% en mujeres). El 23.9% (n=11) de estos casos correspondió a diagnósticos de novo durante el seguimiento. 3. Dislipidemia: presentó una prevalencia del 62% (n=150), con mayor afectación en el sexo femenino (64.8% vs. 55.1%). El 63% (n=95) de los casos se detectaron en las consultas, y el 23.3% (n=35) tenían conocimiento de la patología, pero se encontraban sin tratamiento o con control inadecuado. Estilo de vida y hábitos: Tabaquismo: el 17% (n=41) eran fumadores activos y el 29.1% (n=70) ex-fumadores. Sedentarismo: afectó al 82.9% (n=199) de la muestra, con una prevalencia superior en hombres que en mujeres (87.9% vs. 81.3%). Al evaluar la sumatoria de FRCV por paciente, se encontró que la mayoría presentaba 3 FRCV y el 95.5% al menos 1 FRCV (gráfico 2). Luego de realizar ecografía doppler vascular de carótidas y de femorales se encontró que 130 pacientes (55%) presentaban ateromatosis subclínica.



Conclusión: Se observó una alta prevalencia de FRCV no diagnosticados y no controlados, así como de ateromatosis subclínica en pacientes oncológicos. El abordaje integral del paciente oncológico, con la participación del cardiólogo, permite mejorar la detección precoz y el control de los FRCV, siendo fundamental para reducir las complicaciones cardiovasculares de los tratamientos oncológicos y así mejorar el pronóstico de los pacientes.

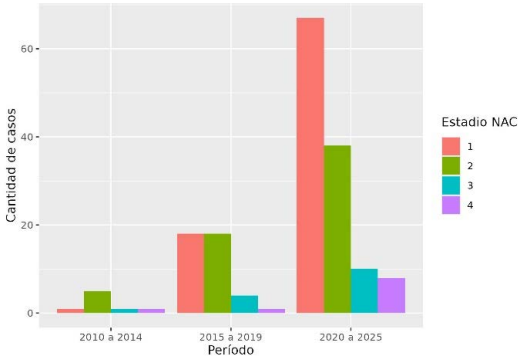
0351 - ESTADIO NAC EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRASTIRRETINA: EVOLUCIÓN A TRAVÉS DE LOS AÑOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Multimagen

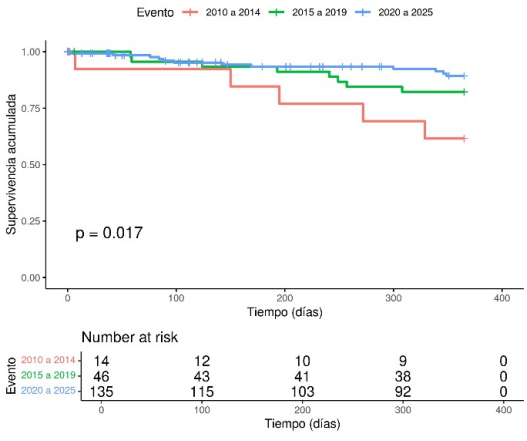
Macarena Elizabeth MASERA | Diego SANCHEZ THOMAS | Santiago DECOTTO | María Adela AGUIRRE | Elsa NUCIFORA | Rocío BLANCO | Rodolfo PIZARRO | Diego PÉREZ DE ARENAZA

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La cardiopatía amiloidótica por transtiretina (CA-TTR) es una enfermedad progresiva e infradiagnosticada, caracterizada por el depósito anómalo de proteína amiloide en el espacio intersticial. El pronóstico se establece en función del estadio del "National Amyloidosis Center score" (NAC), en categorías de I a IV según el riesgo de mortalidad. Con el paso del tiempo y debido al mayor conocimiento sobre la enfermedad, se ha observado una disminución en los tiempos diagnósticos, facilitando el inicio oportuno del tratamiento en fases tempranas.



Objetivos: Comparar las características clínicas, imagenológicas y de laboratorio de pacientes con diagnóstico de CA-TTR en los siguientes períodos de 5 años 2010 a 2014 (P1), 2015 a 2019 (P2) y 2020 a 2025 (P3).



Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal, observacional y retrospectivo, incluyendo pacientes del registro institucional de amiloidosis con diagnóstico de CA-TTR evaluados desde enero de 2010 hasta diciembre del 2025. Se los agrupó en terciles según el período de diagnóstico con el objetivo de comparar sus características basales. Las variables categóricas se presentan como valor absoluto y relativo, y las continuas como mediana y rango intercuartil. Se compararon las diferencias entre grupos mediante ANOVA. Se utilizó la estadificación de NAC de IV estadíos.

Resultados: Se incluyeron un total de 195 pacientes. La mediana de edad fue de 82 años (IIC 75-87) y el 82% (n=160) fueron hombres. Se obtuvo el estadío NAC en 171 pacientes. En P1 se diagnosticaron 8 pacientes: un paciente (13 %) en los estadios I, un paciente (13 %) en los estadios III y un paciente (13 %) en los estadios IV y 5 pacientes en estadio II (61%). En P2 se diagnosticaron 41 pacientes: 18 pacientes

(44%) en estadio I, 18 (44%) en estadio II, 4 en estadio III (9,6%) y 1 en estadio IV (2,4%). En P3 se diagnosticaron 135 pacientes: 122 pacientes (55%) en estadio I, 37 (30%) en estadio II, 10 (8,2%) en estadio III y 8 (6,8%) en estadio IV. La prevalencia de insuficiencia cardíaca al diagnóstico fue de 60% (n=117) con 13 (93%) en P1, 29 (63%) en P2 y 75 (56%) en P3. La mediana de proBNP para P1, P2 y P3 fue 3388 pg/mL (IIC 1698-7987), 2762,5 pg/mL (IIC 1581-5199) y 2494 pg/mL (IIC 934-5356) respectivamente. La prevalencia de fibrilación auricular al diagnóstico fue disminuyendo con 11 pacientes (79%) en P1, 25 (54%) en P2 y 60 (44%) en P3.

Conclusión: En nuestra cohorte, se observó un incremento en el número de pacientes diagnosticados en estadios NAC tempranos (I Y II) durante los últimos años, con menor prevalencia de fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca y menor remodelado estructural ecocardiográfico, con menor mortalidad al año desde el diagnóstico.

0352 - FACTORES ASOCIADOS A FRAGILIDAD Y POLIFARMACIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES AMBULATORIOS MAYORES DE 80 AÑOS

Cardio Geriatría / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Pablo Omar SCHYGIEL | Guillermo Alberto SUAREZ | Laura FLOR | Patricia BLANCO | **Florencia SOBRINO** | Soledad PALACIO | María Sol DONATO | María Alejandra ANGRISANI

Consejos: Cardiogeriatría

Introducción: La polifarmacia y fragilidad son muy prevalentes en pacientes octogenarios ambulatorios, su asociación con factores de riesgo modificables o con patología cardiovascular prevalente ha sido poco estudiada.

Objetivos: Evaluar la asociación de polifarmacia y fragilidad funcional con factores de riesgo modificables y antecedentes de enfermedad cardiovascular.

Materiales y Métodos: Estudio transversal prospectivo de 185 pacientes ambulatorios cardiológicos consecutivos de 80 o más años (mayo–junio de 2025). Polifarmacia fue definida como uso de 5 o más medicamentos y fragilidad funcional medida según la escala FRAIL mayor o igual a 3. Se encuestaron la presencia de factores de riesgo modificables y/o enfermedad cardiovascular previa (HTA, diabetes, dislipemia, tabaquismo, sedentarismo, fibrilación auricular, enfermedad coronaria, enfermedad vascular periférica, ACV, enfermedad valvular, significativa, insuficiencia cardiaca). La inactividad física se definió como menos de 150 minutos de actividad física de intensidad moderada por semana. Se utilizaron modelos de regresión logística multivariada para identificar factores asociados de forma independiente con la fragilidad y/o polifarmacia.

Variable	OR	IC 95%	Valor p
Fragilidad			
Inactividad física	4.12	2.05 – 8.28	0.001
Insuficiencia cardiaca	2.85	1.12 – 7.25	0.04
Edad (por año	1.15	1.02 – 1.30	0.02
Polifarmacia			
Insuficiencia cardiaca	5.2	2.58 – 10.46	0.001
HTA	3.8	1.45 – 9.92	0.01
Fibrilación Auricular	2.95	1.18 – 7.36	0.03

Resultados: La edad media fue de 85,5±4,2 años; El 61% fueron mujeres. La prevalencia de polifarmacia fue del 62% y fragilidad funcional del 58%. Luego del análisis multivariado la fragilidad se asoció de forma independiente con la inactividad física (OR 4,12; IC 95% 2,05–8,28; p<0,001), edad avanzada (OR 1,15 por año; IC 95% 1,02–1,30; p=0,02) e insuficiencia cardíaca (OR 2,85; IC 95% 1,12–7,25; p=0,04). La polifarmacia se asoció de forma independiente con condiciones cardiovasculares que requerían terapia a largo plazo: insuficiencia cardíaca (OR 5,20; IC 95% 2,58–10,46; p<0,001), hipertensión (OR 3,80; IC 95% 1,45–9,92; p=0,01) y fibrilación auricular (OR 2,95; IC 95% 1,18–7,36; p=0,03). Tabla 1

Conclusión: En pacientes octogenarios ambulatorios, la polifarmacia está asociada de forma independiente con carga de comorbilidad cardiovascular, mientras que la fragilidad está fuertemente asociada con la inactividad física, un factor potencialmente modificable. Estos hallazgos apoyan la evaluación integral de estos pacientes, estrategias de prescripción adecuada de medicamentos y desprescripcion de medicación inapropiada en el caso de la polifarmacia y estrategias estructuradas de actividad física en cuidados rutinarios de cardiología en pacientes octogenarios.

0353 - ELECTROCARDIOGRAMA EN LA PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA MIOCARDIOPATÍA CHAGASICA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO LATINOAMERICANO

Enfermedad de Chagas

Aida Carolina NUÑEZ BURGOS[1] | Jorge Eduardo MITELMAN[2] | Luisa Josefina E GIMENEZ[3] | Ahmad Hamze SABRA[4] | Claudia FRAGATA[5] | Juan URIONA[6] | Ninoska MALDONADO[7] | Eduardo Alberto ESPINA[8]

HOSPITAL PAPA FRANCISCO[1]; -[2]; -[3]; -[4]; -[5]; -[6]; -[7]; -[8]

Introducción: Evaluar la prevalencia de alteraciones electrocardiográficas en individuos con serología positiva para Enfermedad de Chagas, asintomáticos. Cerca del 30 % de los mismos desarrollarían la miocardiopatía con daños sutiles y que sería imprescindible su detección precoz siendo el electrocardiograma una herramienta confiable, difundida dentro del ámbito de la salud pública y de bajo costo Es importante no realizar un diagnóstico apresurado sino por el contrario realizar una lectura del mismo detenida en distintos marcadores de riesgo de evolución e incluso de riesgo potencial de muerte súbita.

Objetivos: Describir la frecuencia de alteraciones electrocardiográficas precoces en pacientes serológicamente positivos de una población latinoamericana asintomática con la finalidad de correlacionar dichos hallazgos con un diagnóstico temprano de constituir un posible daño subclínico y potencial factor de riesgo de desarrollar una cardiopatía.

Materiales y Métodos: Fueron incorporados 648 pacientes,372 mujeres y 276 hombres, edades comprendidas entre los 21 años y 55 años media 48 años. Los electrocardiogramas fueron analizados por dos grupos de investigadores independientes y se incorporaron nuevos índices de actividad subclínica e incluso de muerte súbita: el análisis de la frecuencia cardiaca, el QTc, alteraciones de la repolarización inespecíficas, el eje de la onda T (Normal entre 15° y75°), el Intervalo (ITp-e) se midió desde el pico de la onda T hasta su fin (repolarización ventricular) en las derivaciones precordiales como V2 o V5 (se consideró prolongado cuando supero los 90 ms (0,09 s)).

Resultados: Las alteraciones detectadas fueron del 36 % Se observó predominio de mujeres con alteraciones en el electrocardiograma; disautonómicas (Bradicardia sinusal) y dispersión del periodo refractario asociado al QTc prolongado. La bradicardia sinusal y los trastornos inespecíficos dentro de las alteraciones observadas fue estadísticamente significativa $P<0,05$. El QTc alterado alcanzo a 29 pacientes Tpeak a 3 no significativo hasta el número estudiado.

Conclusión: El surgimiento de innovaciones tecnológicas en la cardiología ha impactado fuertemente en el diagnóstico precoz de muchas cardiopatías, pero su acceso se ve limitado en muchos casos por disparidades de su presencia en muchos sitios de un mismo país, El electrocardiograma continúa constituyendo una herramienta imprescindible para la búsqueda de daños subclínicos en poblaciones de escasos recursos con sistemas de salud en muchos casos carentes de tecnologías avanzadas de bajo costo, siendo insistimos necesario la evaluación minuciosa de los registros en la búsqueda activa de alteraciones sutiles pero que podrían indicar la actividad de los mecanismos que conducen a la miocardiopatía.

0355 - DIFERENCIA DE GÉNERO EN EL PERFIL DE RIESGO Y RESULTADOS PERIOPERATORIOS DE LA PLÁSTICA DE VÁLVULA MITRAL: UN ANÁLISIS COMPARATIVO

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Valvulopatías

María Victoria GONZÁLEZ FERREÑO | Micaela PARRA | Giselle Romina VERA LÓPEZ | Bianca Soledad MAZZARO | Gustavo GIUNTA | José Alberto ABUD | Héctor Alfredo RAFFAELLI | Roberto Rene FAVALORO

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La insuficiencia mitral (IM) es la segunda valvulopatía más frecuente y la plástica de válvula mitral (PVM) se ha consolidado como el tratamiento de elección debido a su menor mortalidad en comparación con el reemplazo valvular. Sin embargo, existen diferencias en la forma en que hombres y mujeres acceden a esta intervención, lo que puede influir en su perfil de riesgo preoperatorio y en los resultados inmediatos.

Objetivos: Analizar las diferencias de género en cuanto a características basales, puntajes de riesgo quirúrgico y evolución postoperatoria inmediata en pacientes sometidos a PVM.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional y transversal sobre una población de pacientes consecutivos

intervenidos mediante PVM entre 2010 y 2025 en un centro de alta complejidad en la Ciudad de Buenos Aires. Se evaluaron antecedentes clínicos, parámetros ecocardiográficos y scores de riesgo (EuroSCORE II, ArgenScore). Se excluyeron procedimientos combinados con otras válvulas, revascularización miocárdica o plásticas mitrales fallidas (dígase: aquellas con insuficiencia mayor a leve con requerimiento de reemplazo valvular). Por otro lado, se consideraron pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva aquellos que presentaban disnea clase funcional mayor o igual a 2 de acuerdo a clasificación NYHA; así como valvulopatías orgánicas a todas aquellas donde el daño primario fuera valvular (dígase: ruptura cordal, prolapso valvar y/o perforación valvar).

Tabla 1

Variable Analizada	Hombres (n=103)	Mujeres (n=77)	Valor de p
Características basales			
Edad (años), *Media ± DE*	57.3 ± 13.7	62.3 ± 14.2	**0.005**
Hipertensión arterial (HTA), % (n)	35.9% (37)	40.3% (31)	0.661
Diabetes (DBT), % (n)	3.9% (4)	2.6% (2)	0.955
Enfermedad renal crónica (ERC), % (n)	1% (1)	3.9% (3)	0.42
Insuficiencia Cardiaca (ICC) previa, *% (n)*	9.7% (10)	24.7% (19)	**0.013**
Fibrilación/Aleteo Auricular previos, *% (n)*	20.38% (21)	18.18% (14)	**0.83**
Mecanismo de valvulopatía			
Orgánica, *% (n)*	96.1% (99)	98.7% (76)	0.4
Funcional, *% (n)*	3.8% (4)	1.3% (1)	
Puntajes de riesgo quirúrgico			
EuroSCORE II, *Media ± DE*	1.08 ± 1.01	1.30 ± 0.69	**< 0.001**
ArgenScore, *Media ± DE*	11.22 ± 5.63	17.06 ± 6.09	**< 0.001**
ArgenScore mortalidad, Media ± DE	0.91 ± 0.57	1.58 ± 0.9	**< 0.001**
Datos ecocardiográficos			
iDDVI (ml/m^2), Media ± DE	32.86 ± 5.86	31.18 ± 4.9	**0.06**
iDSVI (ml/m^2), Media ± DE	19.08 ± 3.9	19.7 ± 3.93	0.36
FEVI (%), Media ± DE	60.87 ± 11.9	63.77 ± 5.51	0.228
PSAP (mmHg), Media ± DE	42.82 ± 14.43	40.92 ± 13.19	0.555
Información de procedimiento			
Tiempo de bomba (min), Mediana (Q1-Q3)	124 (103, 160)	123 (110, 144)	0.469
Tiempo de clampeo (min), Mediana (Q1-Q3)	103 (84, 130)	100 (85, 119)	0.236
Uso de neocuerdas, *% (n)*	21% (21)	17.8% (13)	0.743
Resección, *% (n)*	66.3% (67)	73.6% (53)	0.392
Resultados Postoperatorios			
Internación en UCI > 48 horas, *% (n)*	37.6% (39)	58.4% (45)	**0.036**
Días de internación totales, *Mediana (RIC)*	6 (5-7)	6 (5-8)	0.258
Mortalidad hospitalaria / 30 días, *% (n)*	0 (0)	1.30 (1)	> 0.05

*DE: Desviación Estándar; RIC: Rango Intercuartílico; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; ICC: Insuficiencia Cardiaca Congestiva.

Resultados: De los 180 pacientes sometidos a cirugía (59.45 años ± 14.16), la IM orgánica representó el 97.22%. En cuanto a diferencias de género, más de la mitad (103) fueron hombres. Las mujeres presentaron edad significativamente mayor que los hombres (62.3 ± 14.2 vs 57.3 ± 13.7 años; p=0.005) y presentaron una mayor prevalencia de insuficiencia cardíaca (ICC) previa (24.7% vs 9.7%; p=0.013). En consecuencia, los modelos de riesgo analizados fueron más elevados en las mujeres: EuroSCORE II (1.30 ± 0.69 vs 1.08 ± 1.01; p<0.001), y ArgenScore (17.06 ± 6.09 vs 11.22 ± 5.63; p<0.001). Los operadores fueron 6 cirujanos, con una distribución heterogénea de procedimientos, uno de los cuales presentaba el 42.8% (85) de las PVM. En el postoperatorio, una mayor proporción de mujeres requirió internación en Unidad de Cuidados Intensivos superior a 48 horas (58.4% vs 37.6%; p=0.036). No obstante, no se observaron diferencias significativas en el total de días de internación postoperatoria, registrándose una mediana de 6 días (RIC 5–8) en mujeres frente a 6 días (RIC 5–7) en hombres (p=0.258). Por otro lado, la mortalidad hospitalaria a los 30 días fue muy baja en la cohorte global (0.55%), registrándose un único deceso.

Conclusión: En nuestra cohorte, las mujeres que se someten a una plástica de válvula mitral presentan un perfil clínico más desfavorable, con mayor edad y antecedentes de ICC, lo que se traduce en scores de riesgo más elevados y estancias más prolongadas en terapia intensiva. No obstante, la PVM demuestra ser un procedimiento seguro para ambos sexos, logrando resultados de mortalidad excelentes y equiparables, siendo los resultados similares a los encontrados en estudios previos.

0360 - LA ANGINA COMO VARIABLE DE RIESGO EN HIPERTENSION PULMONAR. ¿PRESENTA VALOR ADITIVO?

Enfermedad Vascular Pulmonar / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Guillermina SORASIO | Nicolás SILVA CROOME | Pablo COSTAS | Julieta SORICETTI | Manuel FIGUEROA | Ianina FERNANDEZ | Ezequiel BESMALINOVICH | Adrián LESCANO

Centro Gallego de Buenos Aires

Introducción: La Hipertensión Pulmonar (HP) es una entidad agresiva, progresiva y compleja que. a pesar de los avances terapéuticos continúa presentando una elevada morbi-mortalidad. La estratificación de riesgo es fundamental para predecir el pronóstico y guiar la terapéutica. En nuestra región aún no contamos con la validación de herramientas pronosticas utilizadas a nivel internacional

Objetivos: Determinar si las variables pronosticas incluidas en las guías de la práctica clínica y otras de suma importancia no incorporadas en las mismas predicen riesgo en nuestra población de pacientes (p) con HP en Argentina.

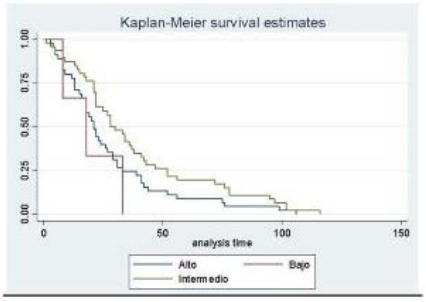
Tabla 1 Análisis multivariado

Variable	*OR*	*IC 95%*	*Valor de P*
NTproBNP (pg/ml)	*8.70*	*2.38-31.86*	*0.01*
Ángor	*1.86*	*1.05-5.93*	*0.02*
Distancia TC6M (mts)	*0.99*	*0.93-0.99*	*0.01*
IVS (ml/m2)	*0.95*	*0.91-0.99*	*0.04*

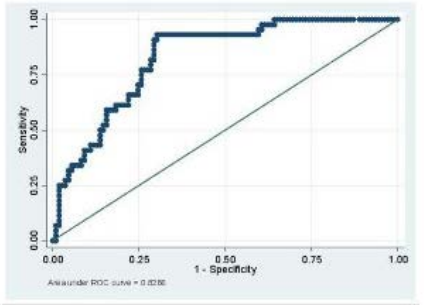
Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, observacional y multicéntrico que incluyó p con diagnóstico de HP confirmada por cateterismo cardíaco derecho en Argentina entre enero del 2012 a febrero de 2026. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, funcionales, bioquímicos, ecocardiográficos y hemodinámicos. Se analizaron tanto variables de riesgo incluidas en las guías internacionales de práctica clínica (GPC, europeas ESC/ERS 2022) y por el score REVEAL

2.0 y otras no incluidas en las herramientas pronósticas mencionadas. La variable dependiente pronostica se definió como mortalidad global (A vivo, B muerto). Las variables categóricas se expresaron en porcentaje y las continuas en media o medianas con respecto a desvió standard o rango intercuartilo. Se definió el parámetro de discriminación valorando el área bajo la curva ROC. Se adjudicó significancia estadística a un valor de p menor a 0.05 y se utilizó el programa STATA 14.

Análisis de sobrevida según estratificación de riesgo



Área bajo la curva ROC



Resultados: Se incluyeron 526 p con una edad media de 63.3 años ± 17.1, sexo femenino 65.78% y grupo 1 en el 51.96%. En el 26.3% la etiología fue idiopática y 28.7% enfermedad del tejido conectivo (ETC). El 47.13 % presentó clase funcional avanzada (III/IV) La distancia media en el TC6M fue de 335 metros y solo el 25% recorrió una distancia mayor a 440 metros. El 28,2% se clasifico como riesgo bajo, 53.83% intermedio y 17.24 % alto riesgo con mortalidad a un año del 5,6%, 46,2% y 48,1% respectivamente (p,0.0001). En el análisis univariado los factores asociados a mortalidad fueron (A y B): sexo masculino (27.84% versus 17.80%, p 0.008), la distancia recorrida en el TC6M (OR 0,996 por metro, p=0,015), insuficiencia cardiaca (31.93% vs 14.15%, p 0.0001), ángor (OR 3.60, IC 95% 1.88-7.11, p0.0001), NTproBNP elevado (OR 18.8%, IC 95% 6,41-74.08%, p 0.0001), TAPSE (20.41% versus 17.7%, p 0.0001), resistencia vascular pulmonar (RVP) (7.71 vs 3.96 UW, p 0.0001), frecuencia cardiaca (85 vs 80 lpm , p 0.002), presión de aurícula derecha (10.3 vs 8.91 mm Hg, p 0.008) índice cardiaco (2.44 vs 2.96, p 0.0001) y el índice de volumen sistólico (9,9 vs. 37,6 mL/m 2, p 0,001) En el análisis multivariado las variables que se asociaron a mortalidad fueron: NTproBNP elevado (OR 8.70, IC 95% 2.38-31.86, p 0.01), ángor (OR 1.86, IC 95% 1.05-5.93, p 0.02), distancia en TC6M (OR 0.99, IC 95% 0.93-0.99, p 0.01) e índice de volumen sistólico (OR 0.95, IC 95% 0.91-0.99, p 0.04) El área de la curva ROC fue de 0.82

Conclusión: En nuestra población de pacientes con Hipertensión Pulmonar, se observó que variables ya incluidas en las GPC, como el NTproBNP elevado, menor distancia en el test de caminata de 6 minutos y menor índice de volumen sistólico se asociaron a mayor mortalidad, así como la presencia de ángor que no está contemplada en estas escalas, con una adecuada estimación del modelo (AUC 0.82)Este último parámetro clínico de fácil obtención puede contribuir a una mejor precisión en la determinación del riesgo de pacientes con HP.

0363 - REGISTRO UNICÉNTRICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA ZONA ENDÉMICA DE ENFERMEDAD DE CHAGAS

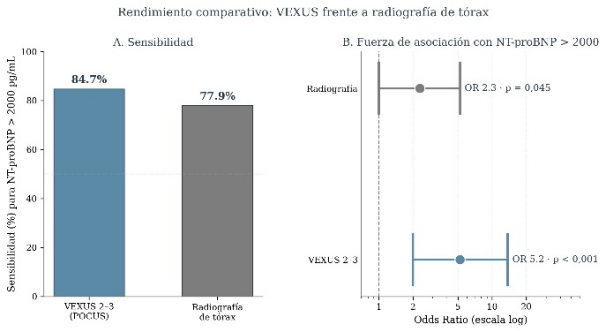
Enfermedad de Chagas / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Walter Armando BERNAL ARANA[1] | **Mauricio ESPADA ARANCIBIA**[2]

CENTRO INTEGRAL DE ARRITMIAS TUCUMAN[1]; HOSPITAL SANTA BARBARA[2]

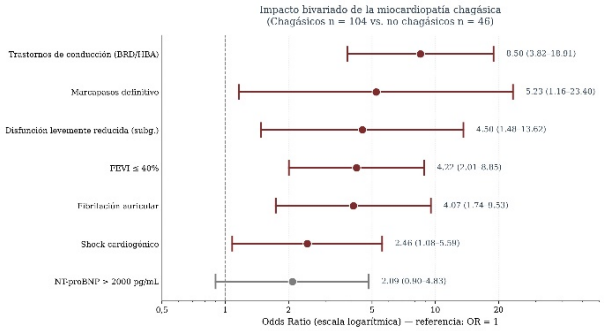
Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) en América Latina presenta realidades regionales heterogéneas. En Bolivia, la endemia por Trypanosoma cruzi impone una pesada carga sobre los sistemas de salud.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil clínico, etiológico, ecocardiográfico, hemodinámico y evolutivo de los pacientes ingresados por IC descompensada en el Hospital Santa Bárbara de Sucre, analizando críticamente el impacto del nivel socioeconómico, el rendimiento del score VEXUS y la invisibilización diagnóstica de la cardiopatía isquémica por limitaciones en el acceso a la cinecoronariografía (CCG)



Materiales y Métodos: Registro observacional, descriptivo y transversal de 150 pacientes consecutivos hospitalizados por IC aguda descompensada. Se evaluaron variables clínicas, electrocardiográficas, ecocardiográficas, biomarcadores

(NT-proBNP) y de congestión venosa mediante score VEXUS por ultrasonido a la cabecera (POCUS). Las asociaciones estadísticas se analizaron mediante Chi-cuadrado y Odds Ratio (OR) con intervalo de confianza (IC) del 95%.



Resultados: La miocardiopatía chagásica fue la etiología gobernante (69.3%), mientras que la cardiopatía isquémica representó el 12.0%. El Chagas cuadruplicó el riesgo de disfunción sistólica severa (FEVI ≤ 40%; OR=4.22, p<0.001), multiplicó por 8.5 los trastornos de conducción (BRD/hemibloqueos; p<0.0001) y cuadruplicó la fibrilación auricular (OR=4.07, p<0.001). El bajo nivel de instrucción (58.0% de la cohorte) triplicó el riesgo de recibir terapia basal nula/subóptima (OR=2.82, p=0.022) y casi cuadruplicó el ingreso en estadios críticos (NYHA III-IV; OR=3.85, p=0.005). El score VEXUS grados 2-3 demostró una excelente correlación semiológica (OR=6.8, p<0.001), predijo el shock cardiogénico (OR=3.81, p=0.004) y superó a la radiografía de tórax para identificar estrés parietal extremo (NT-proBNP > 2000 pg/mL; Sensibilidad: 84.7% vs 77.9%; OR=5.2 vs 2.3). Al ingreso, el 85.3% presentaba terapia deficiente, lográndose al egreso una formidable optimización de los cuatro pilares farmacológicos (>90% para ARNI, iSGLT2 y betabloqueantes).

Conclusión: La IC en el medio interandino está fuertemente determinada por el fenotipo destructivo y arritmogénico chagásico y la vulnerabilidad social. La aparente baja prevalencia isquémica está condicionada por la invisibilización diagnóstica derivada de la falta de salas de hemodinamia locales para realizar CCG. El score VEXUS es una herramienta de monitoreo superior a la radiografía clásica. La instauración de la cuádruple terapia óptima es plenamente realizable en contextos de recursos asimétricos.

0364 - MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA MÁS ALLÁ DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN: EXPERIENCIA MULTIMODAL CON TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIOVASCULAR

Enfermedad de Chagas / Tomografía/resonancia Magnética Cardiovascular

William Alberto PALMA ROMERO | María José CAMPOS TURCIOS

HOSPITAL NACIONAL ROSALES

Introducción: La miocardiopatía chagásica continúa siendo una causa relevante de insuficiencia cardíaca, arritmias ventriculares y muerte súbita en América Latina. Sin embargo, su expresión cardiovascular puede simular enfermedad coronaria o presentarse tardíamente como miocardiopatía dilatada avanzada. La integración de tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética cardiovascular (RMC) permite ir más allá de la fracción de eyección y reconocer la huella anatómica y fibrótica de la enfermedad.

Objetivos: Describir, mediante una experiencia multimodal basada en casos, los hallazgos clave de TC y RMC que permiten caracterizar el compromiso cardíaco por enfermedad de Chagas, diferenciarlo de imitadores isquémicos e identificar complicaciones estructurales y sustrato arrítmico.

Materiales y Métodos: Se analizaron dos pacientes adultos con serología positiva para Trypanosoma cruzi evaluados por indicación clínica mediante TC, RMC o ambas. Se revisaron anatomía coronaria, volúmenes ventriculares, función sistólica, trastornos segmentarios, aneurisma o pseudoaneurisma, trombo, calcificación, realce tardío con gadolinio y mapeo T1.



Caso 1. Hombre de 60 años con disnea/dolor torácico, serología positiva para Chagas y sin HTA/DM. Ecocardiograma: cavidades izquierdas dilatadas, FEVI reducida. TC: A) coronarias normales, B) VI dilatado —FEVI 40%, VTD 206 mL; 114,5 mL/m^2—, C+D) pseudoaneurisma de la pared lateral sin trombo.

Resultados: El primer caso correspondió a un hombre de 60 años con disnea y dolor torácico, remitido para descartar cardiopatía isquémica. La TC demostró arterias coronarias sin lesiones significativas, dilatación ventricular izquierda, fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) de 40%, volumen telediastólico de 206 ml, indexado a 114,5 ml/m², y pseudoaneurisma lateral sin trombo. El segundo caso correspondió a un hombre de 69 años con antecedente de taquicardia ventricular. La RMC

evidenció adelgazamiento parietal y acinesia basal, realce tardío transmural inferolateral basal y medio, e incremento de los tiempos T1 con volumen extracelular de 37%, compatible con fibrosis difusa. La lectura integrada mostró dos caras complementarias de la enfermedad: la TC definió anatomía, coronarias y complicaciones mecánicas; la RMC expuso el sustrato fibrótico asociado a disfunción ventricular y riesgo arrítmico.

Conclusión: En la miocardiopatía chagásica, la imagen multimodal transforma hallazgos aislados en un fenotipo clínico accionable. La TC permite descartar imitadores isquémicos y documentar complicaciones anatómicas, mientras que la RMC caracteriza función, fibrosis y sustrato arrítmico. Este abordaje puede mejorar la confianza diagnóstica y orientar la estratificación de riesgo en regiones endémicas.

0367 - PROGRAMA ASISTENCIAL PILOTO PARA LA TRANSICIÓN A ACOD EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR: RESULTADOS A CASI 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Arritmias y Electrofisiología / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Daniela TRINDADE DE LOS SANTOS | Virginia ESTRAGÓ | Ramón ÁLVAREZ-VAZ

Introducción: La fibrilación auricular no valvular (FANV) es la arritmia con mayor morbimortalidad global. Los anticoagulantes orales directos (ACOD) son primera línea según las guías de práctica clínica para evitar eventos tromboembólicos, salvo contraindicaciones, superan varias limitaciones prácticas de los dicumarínicos (AVK), como la necesidad de monitorización estrecha, ajuste frecuente de dosis e interacciones farmacoalimenticias. La Unidad de Control de Pacientes Anticoagulados (UCPA) de nuestro centro implementó un programa para ofrecer cambio de AVK a ACOD a pacientes candidatos con FANV y acompañar su evolución clínica, evaluando el impacto de la transición y optimizando la calidad asistencial.

Objetivos: Evaluar los resultados de la implementación del programa asistencial de la UCPA. Valorar mortalidad, eventos hemorrágicos y embólicos, internaciones, calidad de vida y tiempo en rango terapéutico (TRT).

Materiales y Métodos: Estudio observacional, unicentro, analítico y prospectivo de la cohorte desde agosto de 2024 a mayo de 2026. Se analizaron historias clínicas electrónicas y se realizaron encuestas telefónicas a pacientes asistidos en el programa. Se compararon los eventos de interés durante el seguimiento entre el grupo que mantuvo tratamiento con AVK, y el grupo que transicionó a ACOD. Para variables categóricas pareadas se usó McNemar y tablas de contingencia para evaluar asociaciones.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes (edad 74±9,4 años; 42,4% mujeres), 96 (62,7%) aceptaron el cambio a ACOD. El perfil clínico de los grupos AVK y ACOD fue similar, destacando un score de riesgo de sangrado HAS-BLED significativamente mayor en el grupo AVK (p 0,0420), tabla 1. La mediana de seguimiento fue 22 meses, con una pérdida de seguimiento de 12 pacientes (8 para el grupo ACOD y 4 para el grupo AVK). Hubo un cruce de AVK a ACOD de 16 pacientes y de ACOD a AVK de 1 paciente. La mortalidad global fue 8,5%, sin diferencias significativas entre los grupos AVK y ACOD (7,01% vs. 9,4%; p=0,768). Los eventos hemorrágicos y las hospitalizaciones fueron infrecuentes en ambos grupos. En grupo AVK se registraron 7 eventos hemorrágicos, 1 sangrado fatal intracraneal y 4 hospitalizaciones de cualquier causa. En el grupo ACOD hubo 17 eventos hemorrágicos (0 fatales) y 9 hospitalizaciones de cualquier causa. Se reportó un ACV isquémico en el grupo ACOD en una paciente subtratada. En la cohorte AVK se evaluó la calidad de la anticoagulación utilizando un umbral mínimo aceptable de TTR >= 60%, se realizó una comparación del TTR previo al inicio del programa y luego del seguimiento estructurado (gráfica 1). Inicialmente, 18 pacientes (56,2%) presentaban un control adecuado, aumentando a 21 pacientes (65,6%) en el control actual. 7 pacientes lograron superar el umbral del 60%, frente a 4 pacientes que empeoraron. La prueba de McNemar no demostró significancia (X^2 = 0.8182, p = 0.3657). La calidad de vida relacionada con la salud, fue evaluada mediante el índice EQ-5D-5L y el estado de salud autopercibido (Gráfico 2).

Conclusión: El programa evidenció alta factibilidad con aceptación del 62,7%. Los pacientes que optaron por no transicionar presentaban un riesgo hemorrágico significativamente mayor (HAS-BLED, p=0,042). A 22 meses de seguimiento, la mortalidad global (8,5%), las hospitalizaciones y la tasa global de sangrados no difirieron significativamente entre grupos (p=0,768 para mortalidad). El modelo de atención optimizó el control del grupo AVK. La baja proporción de eventos adversos y el alto nivel de bienestar justifican la inclusión de los ACOD dentro de las prestaciones del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS).

0369 - PROTOCOLO VEXUS. PATRONES NORMALES, DETERMINANTES E INTERRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DE MEDICIÓN DEL SCORE

Multimagen / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Francisco Alberto PASTORE | Miguel Ángel BARRANCO | Héctor Gabriel ROITER | Ricardo Alberto MIGLIORE | Carlos Aníbal GIUDICI COSTA

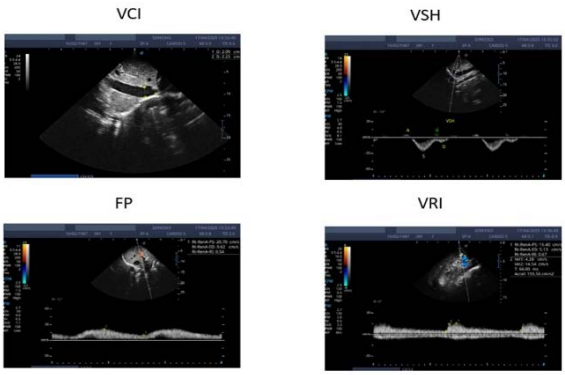
HIGA EVA PERON (EX- CASTEX)

Introducción: Desde su origen y aplicación en el posoperatorio de cirugía cardíaca, el uso del Score VExUS se ha extendido a la evaluación de la congestión sistémica en la insuficiencia cardíaca. Se menciona la existencia de errores potenciales («pitfalls»), en su realización.

Objetivos: 1. Evaluar la prevalencia y variables asociadas a hallazgos anormales: vena cava inferior >= 21 mm, alta fracción de pulsatilidad portal >= 50%, o flujo venoso renal anormal, en pacientes (pts) normales. 2. Definir los patrones propios de normalidad para el uso del protocolo en nuestro medio.

GRUPO	I	II	III
n	42	42	42
EDAD	32.5 (23-40)	49(41-60)	67(61-77)
PESO Kg	70.5(46-103)	75(51-115)	69.5(48-130)
TALLA cm	169±8.3	169±11.3	165±9.2
IMC	24.9±3.6	26.9±4.7	25.9±4.1
VCI	16.3±3.8▲	15.9± 4.3▲	13.5± 3.7
ONDA S	30(14-66)	32(10-63)	25(9-69)
ONDA D	21(10-32)	18(9-65)	19(9-57)
S/D	1.55(1.0-3.5)*	1.56 (0.33-2.4)*	1.3(0.95-2.83)
FP	37(18-67)♥	33(17-66)♥	26(19-52)
VCI≥21	8(19%)♦	8(19%)♦	1(2,3%)
FP≥50	9((21%)●	7(16,6%)●	1 (2,3%)

▲ p < 0.01 GI y GII vs GIII *♦● p < 0.05GI y GII vs GIII ♥ p < 0.001 GI y GII vs GIII



Mujer de 38 años. Talla 162 cm Peso 53 Kg. IMC 20
VCI Vena Cava Inferior **22** mm
VSH venas supra hepáticas con patrón espectral normal
FP fracción de pulsatilidad portal **54%**
VRI vena renal interlobar patrón de flujo normal

Materiales y Métodos: Fueron incluidos en forma consecutiva 126 pts, 50% mujeres, divididos por edad en tres grupos (G): GI rango 21 a 40, GII 41 a 60 y GIII 61 a 80 años. Todos ellos sin cardiopatía, con electrocardiograma y Doppler Cardíaco normal. Completaron el protocolo VExUS en todos sus pasos. Se midió el diámetro de la VCI, las velocidades de onda S, D y la relación S/D en las venas suprahepáticas (VSH), la Fracción de Pulsatilidad Portal (FP), VM - VMi/ VM x 100 (VM velocidad máxima, VMi velocidad mínima) y la morfología espectral del Flujo Venoso Renal (FVR). Dichas estimaciones fueron comparadas entre los tres grupos; para las variables continuas de distribución normal se usó el test de ANOVA, para las de distribución anormal el test de Kruskal-Wallis. El test de Fischer fue utilizado para comparar variables nominales. Para evaluar la asociación de las distintas variables con el diámetro de la VCI y la FP se utilizó la regresión multivariada.

Resultados: El diámetro de la VCI disminuyó con el incremento de la edad GI 16.3±3.8, GII 15.9± 4.3, GIII 13.5± 3.7 (p < 0.01 GI y GII vs GIII). La prevalencia de VCI >= 21 mm fue de 19% (8 pts) en los GI y GII vs 2,3% en el GIII (1 pt) p < 0.05. La relación S/D en VSH disminuyó con la edad 1.55 (1.0-3.5) y 1.56 (0.33-2.4) en los grupos I y II vs 1.3 (0.95-2.83) en el G III p < 0.05. La FP descendió con la edad, fue: 37 (18-67) GI, 33 (17-66) GII vs 26 (19-52) GIII con p < 0.001; la prevalencia del FP >= 50% fue más alta en los GI y GII 21% (9 pts) y 16,6% (7 pts) vs 2,3% (1 pt) en el GIII. El patrón de FVR fue continuo, normal, en todos los casos. Ver Tabla. En el análisis multivariado para el total de los 126 pts, utilizando a la VCI como variable dependiente y como predictores a la edad, sexo, peso, altura e índice de masa corporal (IMC) solo la edad demostró una asociación inversa y significativa con el diámetro de la VCI (p < 0.01), con una correlación global del modelo baja a moderada r 0.41 (IC 95% 0.26-0.55); cuando la FP fue considerada la variable dependiente e iguales variables independientes más la incorporación de la VCI y la relación S/D en VSH, el modelo mejoró con una r 0.64 (IC 95% 0.53-0.74), teniendo como variables predictivas significativas a la edad, la VCI y la relación S/D con p < 0.001 y, al sexo con p < 0.05.

Conclusión: 1. Conforme aumenta la edad el diámetro de la VCI, la pulsatilidad en las VSH (alta S/D) y la FP disminuyen. 2. El punto de corte propuesto para el inicio del protocolo VExUS (VCI >= 21 mm) es adecuado para el uso en nuestro medio ya que se halló a más de dos desvíos estándar para el caso de los pts mayores de 60 años (20,9 mm). 3. Una FP >= 50% estaría también por encima del rango de normalidad para mayores de 60 años. 4. En alrededor de dos de cada diez pts menores de 60 años pueden encontrarse diámetros aumentados de VCI y/o alta pulsatilidad portal, el pre test clínico es mandatorio para este grupo. A la inversa, es muy poco probable que esa situación ocurra en mayores de 60 años. 5. El modo secuencial en que el protocolo se desarrolla contribuye a disminuir la probabilidad de falsos positivos.

0375 - EJES FISIOPATOLÓGICOS GENERADOS A PARTIR DE MACHINE LEARNING SE ASOCIAN A MAYOR RIESGO DE EVENTOS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

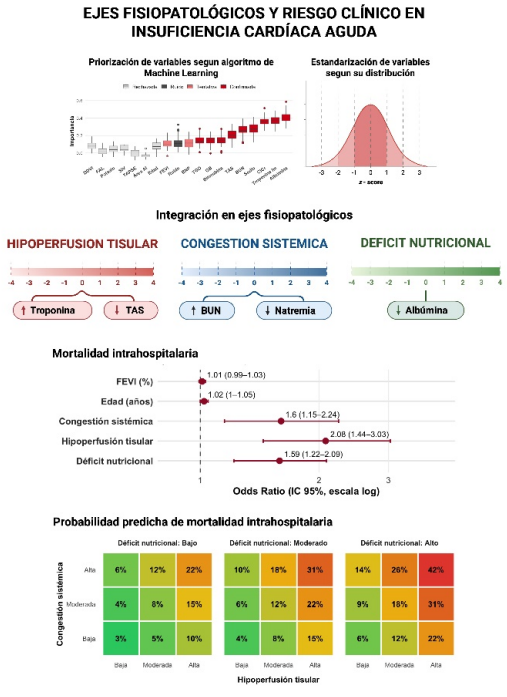
Jorge Hernán AGUIRRE DE LA CAMARA | Julia JANCHES QUIÑONES | Félix Agustín VEGA | Cristian Javier SILVA ESPINOZA | David Alejandro CASTAÑEDA RON | María Cecilia AGUIRRE DE LA CÁMARA | Joaquín PEREA | María Inés SOSA LIPRANDI

Sanatorio Güemes

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) aguda representa un síndrome clínicamente heterogéneo asociado con elevada morbimortalidad intrahospitalaria. Los modelos pronósticos convencionales presentan limitaciones para capturar la complejidad fisiopatológica asociada con la evolución clínica y el pronóstico en la insuficiencia cardíaca aguda. Las técnicas de aprendizaje automático podrían contribuir a facilitar la comprensión de los mecanismos fisiopatológicos vinculados con la evolución clínica en insuficiencia cardíaca aguda.

Objetivos: Construir ejes fisiopatológicos para analizar su asociación con la mortalidad intrahospitalaria y los eventos clínicos a 12 meses en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda.

Variable	Total (N=489)	Sin mortalidad intrahospitalaria (N=415)	Mortalidad intrahospitalaria (N=74)	Valor de p
Edad, años	74.00 (64.00–82.00)	73.00 (63.00–82.00)	78.50 (69.00–84.00)	0.010
Sexo masculino	293 (60%)	254 (61%)	39 (53%)	0.213
Hipertensión arterial	379 (78%)	320 (77%)	59 (80%)	0.729
Diabetes mellitus	152 (31%)	126 (30%)	26 (35%)	0.496
Dislipidemia	226 (46%)	189 (46%)	37 (50%)	0.561
Tabaquismo	260 (53%)	219 (53%)	41 (55%)	0.770
Síndrome coronario agudo previo	123 (25%)	107 (26%)	16 (22%)	0.539
Fibrilación auricular previa	154 (31%)	134 (32%)	20 (27%)	0.446
Internación previa por insuficiencia cardíaca	173 (35%)	147 (35%)	26 (35%)	>0.999
Enfermedad renal crónica	75 (15%)	60 (14%)	15 (20%)	0.270
En tratamiento con betabloqueantes	308 (63%)	264 (64%)	44 (59%)	0.581
En tratamiento con IECA o ARA II	250 (51%)	216 (52%)	34 (46%)	0.4
En tratamiento con ARNI	37 (7.6%)	33 (8.0%)	4 (5.4%)	0.6
En tratamiento con antagonistas de aldosterona	139 (28%)	120 (29%)	19 (26%)	0.668
En tratamiento con inhibidores SGLT2	76 (16%)	69 (17%)	7 (9.5%)	0.163
En tratamiento con furosemida	179 (37%)	153 (37%)	26 (35%)	0.878
Tensión arterial sistólica, mmHg	120.00 (110.00–140.00)	122.00 (110.00–140.00)	110.00 (100.00–135.00)	0.001
Tensión arterial diastólica, mmHg	70.00 (65.00–80.00)	70.00 (65.00–80.00)	70.00 (60.00–80.00)	0.007
Hemoglobina, g/dL	11.70 (10.00–13.50)	11.80 (10.00–13.50)	11.55 (9.70–12.80)	0.124
Leucocitos, células/mm³	8,500.00 (6,820.00–11,120.00)	8,460.00 (6,800.00–10,890.00)	9,050.00 (7,270.00–12,700.00)	0.121
Proteína C reactiva, mg/L	28.74 (9.22–132.00)	22.07 (8.43–98.00)	100.00 (19.80–168.00)	0.002
Nitrógeno ureico en sangre (BUN), mg/dL	24.11 (16.59–37.38)	23.18 (16.36–34.72)	31.66 (21.12–51.26)	<0.001
Clearance de creatinina, mL/min	56.00 (36.24–76.00)	58.00 (38.00–77.00)	46.09 (22.61–70.00)	0.004
Sodio sérico, mEq/L	135.00 (132.00–138.00)	136.00 (133.00–138.00)	133.00 (128.00–137.00)	<0.001
Albúmina sérica, g/dL	3.50 (3.10–3.80)	3.50 (3.16–3.84)	3.27 (2.80–3.60)	<0.001
BNP, pg/mL	1,597.00 (707.00–3,500.00)	1,564.00 (648.00–3,264.00)	2,203.50 (1,043.00–4,969.00)	0.009
Troponina ultrasensible, pg/mL	47.10 (22.00–150.10)	43.00 (21.00–129.00)	102.50 (25.90–762.10)	0.001
FEVI, %	42.00 (30.00–57.00)	41.00 (30.00–57.00)	50.00 (34.00–59.00)	0.177



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte unicéntrica de pacientes adultos internados por IC aguda entre septiembre de 2022 y marzo de 2026. Para la construcción de los ejes se utilizaron métodos de selección de variables por algoritmos de machine learning. Las variables seleccionadas fueron posteriormente integradas en ejes fisiopatológicos según su plausibilidad biológica y relevancia clínica. Las variables con distribución asimétrica fueron transformadas mediante logaritmo natural. Las variables fueron estandarizadas mediante puntajes z y combinadas para generar un puntaje continuo por eje. El desenlace principal fue la mortalidad intrahospitalaria y un compuesto de mortalidad e internación por insuficiencia cardiaca durante el seguimiento a 12 meses posterior a la internación basal. Para el análisis se utilizaron modelos de regresión logística y de cox ajustados por edad y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). Finalmente, se construyeron escenarios teóricos basados en distintas combinaciones de alteración simultánea de los ejes para estimar las probabilidades predichas de mortalidad intrahospitalaria según diferentes perfiles fisiopatológicos.

Resultados: Se incluyeron 489 pacientes. La mortalidad intrahospitalaria fue del 15% (n = 74). Los pacientes fallecidos presentaron mayor edad, menor tensión arterial sistólica, peor función renal, menores niveles de natremia, albúmina y mayores niveles de troponina ultrasensible y BNP al ingreso, sin diferencias significativas en la FEVI. Las técnicas supervisadas de selección de variables identificaron consistentemente troponina ultrasensible, tensión arterial sistólica, nitrógeno ureico en sangre, sodio y albúmina entre las variables con mayor relevancia pronóstica. La integración fisiopatológica de las variables seleccionadas permitió construir tres dominios fisiopatológicos continuos vinculados con hipoperfusión tisular, congestión sistémica y déficit nutricional. En el análisis multivariado ajustado por edad y FEVI, los ejes de hipoperfusión tisular (OR 2,08; IC95% 1,44–3,08), congestión sistémica (OR 1,41; IC95% 1,15–2,26) y déficit nutricional (OR 1,36; IC95% 1,02–2,09) se asociaron independientemente con mortalidad intrahospitalaria. Durante el seguimiento a 12 meses, el eje de congestión sistémica mantuvo asociación con el desenlace compuesto de muerte u hospitalización por insuficiencia cardíaca (HR 1,44; IC95% 1,14–1,89).

Conclusión: La construcción de ejes fisiopatológicos derivados de variables de ingreso permitió integrar la heterogeneidad clínica de la insuficiencia cardíaca aguda en dominios biológicamente plausibles y clínicamente interpretables. Este enfoque podría aportar una perspectiva complementaria para la estratificación del riesgo y la comprensión de los mecanismos asociados con la evolución clínica.

0390 - COMPARACIÓN DEL RÉDITO DIAGNÓSTICO DE LA ECOGRAFÍA CAROTÍDEA Y FEMORAL PARA LA DETECCIÓN DE ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA: ESTUDIO OBSERVACIONAL DE CORTE TRANSVERSAL

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Multimagen

Ana DEL PUERTO MORGAN | Alejo Andrés PÉREZ DE LA HOZ | Nelson Javier SOTO | Joel Emir VALLEDOR | Carolina CHAVIN | Ariel Karim SAAD | Claudia BUCAY | Verónica Inés VOLBERG

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

Introducción: La enfermedad cardiovascular (CV) es la principal causa de morbimortalidad mundial. Su prevención requiere identificar factores de riesgo y estratificar adecuadamente el riesgo individual mediante un abordaje escalonado, basado en la estimación clínica inicial y el uso selectivo de métodos complementarios, como la ecografía vascular, que permite reestratificar el riesgo, especialmente en pacientes de bajo o moderado. Las estrategias de prevención CV adquieren mayor impacto cuando se sustentan en métodos diagnósticos accesibles, reproducibles y de bajo costo. En este contexto, nuestro trabajo compara la ecografía vascular femoral con la ecografía carotidea para determinar cuál detecta con mayor rédito la ateromatosis subclínica en nuestra población.

Objetivos: Determinar cuál de los territorios evaluados por ecografía vascular (carotídeo o femoral) presenta mayor frecuencia de ateromatosis subclínica en nuestra población, y establecer si la diferencia observada entre ambos territorios resulta estadísticamente significativa.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional de corte transversal. Se incluyeron a todos los pacientes que concurrieron a las jornadas de prevención CV mayores de 40 años que dieron su consentimiento, en un hospital universitario de CABA. Se les calculó el riesgo CV a través de la calculadora de riesgo HEARTS de la OPS y se realizaron ecografías vasculares carotídeas y femorales.

Tabla 1. Características generales de la población evaluada (n = 376)

Características	Global, n (%)
Edad, años	61 ± 11
Sexo	
Masculino	109 (29,0)
Femenino	267 (71,0)
Antecedentes clínicos	
Diabetes mellitus	48 (12,8)
Hipertensión arterial	157 (41,8)
ACV	18 (4,8)
IAM	15 (4,0)
Dislipemia	174 (46,4)
Tabaquismo activo	45 (12,0)
Ex tabaquismo	104 (27,7)
No tabaquismo	227 (60,3)
IMC, kg/m²	29,31 ± 5,5
Categoría de riesgo cardiovascular	
Bajo	110 (29,3)
Moderado	84 (22,3)
Alto	137 (36,4)
Muy alto	45 (12)
Hallazgos ecográficos	
Placa carotídea	200 (53,2)
Placa femoral	179 (47,6)
Placa en al menos un territorio vascular	247 (65,7)
Placa en ambos territorios vasculares	132 (35,1)

Los datos se expresan como n (%) o media ± desvío estándar, según corresponda. ACV: accidente cerebrovascular; IAM: infarto agudo de miocardio; IMC: índice de masa corporal.

Tabla 2. Características generales de la población de riesgo bajo y moderado

Características	Riesgo bajo (n = 110), n (%)	Riesgo moderado (n = 84), n (%)
Sexo		
Femenino	107 (97,3)	53 (63,1)
Masculino	3 (2,7)	31 (36,9)
Antecedentes clínicos		
HTA	22 (20,0)	25 (29,8)
Dislipidemia	45 (40,9)	35 (41,7)
Tabaquismo activo	7 (6,4)	17 (20,2)
Ex tabaquismo	22 (20,0)	20 (23,8)
No tabaquismo	81 (73,6)	47 (56,0)
Hallazgos ecográficos		
Placa carotídea	22 (20,0)	42 (50,0)
Placa femoral	27 (24,5)	40 (47,6)
Placa en al menos un territorio vascular	39 (35,4)	55 (65,5)
Placa en ambos territorios vasculares	10 (9,1)	27 (32,1)

Los datos se expresan como n (%). HTA: hipertensión arterial.

Resultados: Se incluyeron 376 pacientes adultos, con una edad media de 61 ±11 años y predominio del sexo femenino. Las características generales de la población se describen en la Tabla 1. La ateromatosis en al menos un territorio vascular se observó en 247 pacientes (65,69%). Del total, 194 pacientes (51,6%) corresponden a las categorías de riesgo bajo o moderado, de los cuales el 56.7% fue de bajo riesgo y el 43.3% de riesgo moderado. En este subgrupo, el 48% presentó ateromatosis subclínica, con una prevalencia significativamente mayor en los pacientes de riesgo moderado respecto de los de riesgo bajo (65.5% vs. 35%; p<0,001). La placa carotídea fue más frecuente en el grupo de riesgo moderado que la placa femoral, aunque no se alcanzó la significancia estadística. La afectación simultánea de ambos territorios fue más frecuente en pacientes de riesgo moderado. En pacientes de bajo riesgo con factores moduladores, no se observó predominio de ateromatosis

en un territorio específico. Aunque la afectación de ambos territorios fue baja (9,1%), el 35% presentó ateromatosis subclínica, por lo que la pesquisa inicial debería incluir ambos territorios. En pacientes de riesgo moderado, el 65,5% presentó ateromatosis subclínica. Entre ellos, el compromiso de ambos territorios se observó en aproximadamente el 32%. Si bien la ateromatosis carotídea fue más frecuente que la femoral aislada, esta diferencia no alcanzó significancia estadística, lo cual puede deberse al tamaño muestral del subanálisis. (Tabla 2.)

Conclusión: En nuestra población, la ateromatosis subclínica fue frecuente, presente en aproximadamente dos tercios de los pacientes. A partir de los resultados obtenidos, en pacientes de bajo riesgo con factores moduladores, dada la prevalencia de ateromatosis subclínica, la pesquisa inicial debería incluir ambos territorios. A fin de reducir los costos en prevención, en pacientes con riesgo moderado, se justificaría iniciar la pesquisa con la evaluación del territorio carotídeo y en aquellos que presenten una primera evaluación negativa solicitar una segunda valoración femoral cuando la disponibilidad de los métodos o sus costos sean una variable determinante a la hora de solicitarlos.

0393 - FENOTIPOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y CARGA DE ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON DIABETES

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

María Victoria FERRARA | Jimena Rocío SALOMON | María Del Rosario RODRÍGUEZ | Fiorella Sofía CHICOTE | Manuel Ignacio ZUBIMENDI | Juan Pablo YAPUR | Hugo Daniel SANABRIA

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) constituye una de las principales complicaciones relacionadas a la diabetes (DM) y un determinante clave en el riesgo cardiovascular. Actualmente, se reconoce una presentación heterogénea con fenotipos definidos a partir de la albuminuria y/o la disminución del filtrado glomerular, presentándose de forma conjunta o independiente. Sin embargo, la evidencia actual no ha logrado establecer con claridad si cada uno de estos fenotipos se asocia a un perfil de riesgo cardiovascular o carga de ateromatosis subclínica diferente.

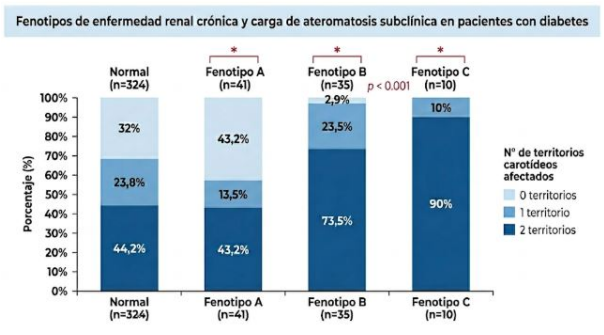
Tabla 1. Características basales de la población.

Variable	Total (n=410)	Normal (n=324)	Fenotipo A (n=41)	Fenotipo B (n=35)	Fenotipo C (n=10)	p value
Edad [media (DE)] (años)	60.90 (11.83)	59.44 (11.41)	59.95 (11.00)	71.77 (8.48)	74.20 (11.93)	<0.001
Sexo Masculino (%)	58.8	59	70.7	42.9	60	0.059
Evolución DM [mediana (IQR)] (años)	10.0 (5–15)	10.0 (5–15)	10.0 (5–15)	15.0 (10–20)	19.5 (12–25)	0.002
Tipo de diabetes (%) • DM1 • DM2	 17.0 80.7	 18.5 79.0	 12.2 87.8	 17.1 82.9	 0 100	0.231
HTA (%)	57.6	52.2	63.4	91.4	90.0	<0.001
HbA1c [media (DE)] (%)	7.06 (1.35)	6.97 (1.24)	7.38 (1.79)	7.30 (1.56)	7.52 (1.71)	0.186
Creatinina [media (DE)] (mg/dl)	0.87 (0.24)	0.82 (0.15)	0.82 (0.17)	1.31 (0.31)	1.40 (0.21)	<0.001
eGFR [media (DE)] (mL/min/1.73 m²)	88.14 (18.78)	90.78 (13.42)	91.93 (13.81)	48.26 (8.69)	45.35 (8.93)	<0.001
UACR [mediana (IQR)] (mg/g)	24.95 (5.97–127.72)	4.86 (3.17–14.28)	149.26 (60.24–347.69)	9.15 (5.10–17.90)	218.28 (72.45–274.25)	<0.001
ISGLT2 (%)	33.4	29.3	43.9	54.3	50.0	0.008
ARA II (%)	32.4	27.2	43.9	60.0	60.0	<0.001

Objetivos: Analizar la relación entre la carga de ateromatosis subclínica en territorio carotídeo entre los distintos fenotipos de la enfermedad renal en una población con diabetes en una institución monovalente cardiovascular.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional mediante revisión de historias clínicas electrónicas de pacientes con DM sin eventos cardiovasculares previos evaluados ambulatoriamente entre noviembre de 2023 y octubre de 2025. Se registraron factores de riesgo cardiovascular, tratamiento médico, laboratorio con medición de albuminuria y creatinina con cálculo de tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe, CKD-EPI), ecocardiograma Doppler transtorácico y eco Doppler carotídeo. Los fenotipos de enfermedad renal se definieron según albuminuria y TFGe en: normal (UACR <30 mg/g y TFGe ≥60 mL/min/1.73 m²), albuminúrico aislado o Fenotipo A (UACR ≥30 mg/g y TFGe ≥60 mL/min/1.73 m²), filtrado reducido no albuminúrico o Fenotipo B (UACR <30 mg/g y TFGe <60 mL/min/1.73 m²) y mixto o Fenotipo C (UACR ≥30 mg/g y TFGe <60 mL/min/1.73 m²).

Figura 1. Resultados del Endpoint primario



Resultados: Se analizaron los datos de 410 pacientes con diabetes, de los cuales el 58,8% eran de sexo masculino, con una edad media de 60,9 ± 11,8 años. El 79% (n=324) presentó función renal normal, el 10% (n=41) correspondió al Fenotipo A, el 8,5% (n=35) al Fenotipo B y el 2,4% (n=10) al Fenotipo C. Los pacientes pertenecientes a los Fenotipos B y C fueron significativamente más añosos (71,7 y 74,2 años, respectivamente), presentaron mayor tiempo de evolución de diabetes (15 y 19,5 años, respectivamente; p=0,002) y una prevalencia significativamente mayor de HTA en comparación con el grupo con función renal normal (91,4% y 90% vs 55,6%; p<0,001). (Tabla 1). La albuminuria fue significativamente

mayor en el Fenotipo C (218,2 mg/g; p<0,001). Se observó una asociación estadísticamente significativa entre los diferentes fenotipos de enfermedad renal y la carga de ateromatosis carotídea frente a los pacientes sin ERC (p<0,001). Los fenotipos con filtrado glomerular reducido (B y C) presentaron la mayor proporción de pacientes con compromiso carotídeo bilateral (73,5% y 90 % respectivamente). (Figura 1) Asimismo, el Fenotipo C presentó mayores valores de índice de masa ventricular izquierda (86,1 [72,6–94,4] g/m²; p=0,012), mientras que el Fenotipo B presentó la mayor prevalencia de disfunción diastólica (42,9%; p=0,034).

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con DM, los fenotipos de ERC con filtrado glomerular reducido se asociaron con mayor carga de ateromatosis carotídea y un perfil cardiovascular más desfavorable. Estos hallazgos sugieren que la disminución de la TFGe, especialmente cuando coexiste con albuminuria, podría identificar a un subgrupo de mayor vulnerabilidad cardiorrenometabólica, reforzando la importancia de una estratificación integral del riesgo en esta población.

0394 - RSUME REGULA LA ADAPTACIÓN CARDIOVASCULAR AL AYUNO: CARACTERIZACIÓN FUNCIONAL Y MOLECULAR EN UN MODELO MURINO KNOCKOUT

Investigación Básica

Nicolás Esteban CIANCIO DEL GIUDICE | Carol Betiana FAGUNDEZ | Sergio Ariel SENIN | David GONILSKI | Florencia HERBSTEIN | Manuel FIZ | Mariana FUERTES | Eduardo ARTZ

INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE BUENOS AIRES - CONICET - PARTNER INSTITUTE OF THE MAX PLANCK SOCIETY

Introducción: RSUME (RWD-containing sumoylation enhancer) es una proteína reguladora de la estabilidad del Factor inducible por hipoxia 1a (HIF-1a) y del Factor Nuclear kappa B. A través de estas vías de señalización, RSUME modula respuestas celulares vinculadas al estrés e hipoxia. RSUME se expresa en múltiples tejidos, incluyendo el corazón, y también ha sido vinculado a la respuesta del tejido cardíaco ante la isquemia; sin embargo, no existen estudios sobre la función de RSUME a nivel cardiovascular. El ayuno, un estresor metabólico que modula vías de señalización cardíacas incluyendo HIF-1, ofrece un modelo para evaluar la regulación de la función cardiovascular ante un estresor agudo.

Objetivos: Evaluar el perfil de expresión molecular cardíaca del ratón knockout para RSUME en condiciones basales y caracterizar la respuesta cardiovascular ante el ayuno nocturno de 12 horas.

Materiales y Métodos: Se utilizaron ratones wild type (WT) y knockout (TM1d) para RSUME de 3 meses de edad. Los animales se dividieron en grupo basal (comida ad libitum) y grupo ayuno (privados de comida durante 12 horas). Se realizaron electrocardiogramas, mediciones de presiones ventriculares y arteriales mediante cateterismo y evaluación de parámetros sistólicos mediante ecocardiografía. La expresión génica y proteica cardíaca se evaluó mediante RT-qPCR y Western Blot. Los análisis estadísticos se realizaron mediante ANOVA de dos vías con post-hoc Holm-Šídák o t-test de Student, expresando los resultados como media ± error estándar de la media.

Resultados: En condiciones basales, el ratón TM1d presentó menor expresión de las proteínas Von Hippel Lindau, Factor endotelial de crecimiento A y conexina 43. Asimismo, se observó menor expresión del canal de calcio dependiente de voltaje tipo L y del canal activado por hiperpolarización y nucleótidos cíclicos tipo 2, y mayor expresión del canal de potasio dependiente de voltaje H2 por RT-qPCR respecto al WT. Sin embargo, estos cambios no se acompañaron de modificaciones en la función cardiovascular en reposo ni en el electrocardiograma. Tras el ayuno, la función sistólica del ventrículo izquierdo evaluada reveló aumento de los volúmenes sistólico y diastólico acompañado de disminución de la fracción de acortamiento en TM1d respecto a su condición basal, mientras que en WT no se evidenciaron cambios. En concordancia, el ventrículo izquierdo mostró caída de la presión sistólica máxima y del Max dP/dt en TM1d ayunado respecto al basal, mientras que WT conservó ambos parámetros en ayuno. Asimismo, ambos genotipos aumentaron la duración sistólica con el ayuno, siendo este aumento significativamente menor en TM1d. La frecuencia cardíaca disminuyó en WT ayunado, respuesta ausente en TM1d. Finalmente, esta disminución en la capacidad contráctil se reflejó en reducción de la presión arterial sistólica y media en TM1d ayunado, sin cambios en WT.

Conclusión: Estos hallazgos sugieren que RSUME no es indispensable para la función cardíaca basal, sino para la resiliencia miocárdica ante estresores metabólicos. A nivel molecular, el ratón TM1d presenta en condiciones basales alteraciones en componentes de la vía HIF, canales relacionados a la regulación del cronotropismo y al manejo de calcio. Estas modificaciones moleculares suponen una vulnerabilidad latente que se manifiesta como disminución de la adaptabilidad cardiovascular al ayuno. Estos hallazgos identifican a RSUME como probable regulador de la respuesta cardíaca frente a estresores metabólicos.

0395 - TERRITORIO CORONARIO Y TIEMPO DE ISQUEMIA COMO DETERMINANTES DE LA CLASE DE KILLIP EN EL IAMCEST

Cardiopatía Isquémica / Educación Médica y Políticas de Salud

Guillermina BENETTI | **Pilar PIEDRABUENA** | Nicolás Exequiel ROJAS | Ángeles Lucía FERNÁNDEZ | Florencia Magali RIVERO | Mauro Leandro GARCÍA | Oscar BIROLLO | Leonel PERELLO

HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN

Introducción: La clase de Killip constituye una herramienta ampliamente utilizada para la estratificación inicial del riesgo en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). Sin embargo, la influencia relativa del territorio coronario comprometido y del tiempo total de isquemia sobre la severidad clínica inicial no ha sido completamente caracterizada.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el tiempo total de isquemia, el territorio coronario comprometido y la clase de Killip al ingreso en pacientes con IAMCEST.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo en pacientes adultos con IAMCEST sometidos a evaluación angiográfica. La variable dependiente principal fue la clase de Killip al ingreso, analizada en forma dicotómica como Killip bajo (clase I) y Killip alto (clases II–IV). Las variables independientes principales fueron el tiempo total de isquemia, la arteria culpable y la localización proximal/ostial de la lesión. Se realizó análisis univariado y regresión logística multivariada ajustando por edad, sexo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, antecedente de infarto previo y tiempo total de isquemia. Adicionalmente, se exploró la asociación entre tiempo de isquemia y clase de Killip ordinal en el subgrupo de pacientes con compromiso proximal/ostial de arteria descendente anterior y tiempo total de isquemia ≤6 horas.

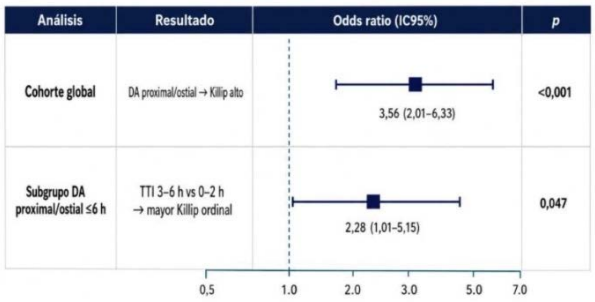


Figura 1. Asociación entre territorio coronario, tiempo de isquemia y severidad clínica al ingreso

Resultados: Se incluyeron 459 pacientes, con edad media de 63 ± 12 años y predominio masculino (78,9%). El tiempo total de isquemia presentó una mediana de 430 minutos (260–820). La arteria descendente anterior fue el vaso culpable más frecuente (48,1%) y el compromiso proximal/ostial se observó en el 51,9% de los casos evaluados. El 28,5% presentó Killip alto al ingreso. En la cohorte global no se observaron diferencias significativas en el tiempo total de isquemia entre pacientes con Killip bajo y alto (420 vs. 450 minutos; p = 0,41). La arteria culpable se asoció significativamente con la clase de Killip (p < 0,001), con mayor proporción de Killip alto en los infartos de arteria descendente anterior (38,0%). La localización proximal/ostial también se asoció con mayor frecuencia de Killip alto (33,6% vs. 18,6%; OR 2,22; IC95% 1,42–3,49; p = 0,0007). En el modelo multivariado, la combinación de arteria descendente anterior y lesión proximal/ostial se asoció de manera independiente con Killip alto al ingreso (OR 3,56; IC95% 2,01–6,33; p < 0,001). En el análisis exploratorio del subgrupo con compromiso proximal/ostial de arteria descendente anterior y tiempo total de isquemia ≤6 horas, el intervalo de 3–6 horas se asoció con mayor probabilidad de presentar una clase Killip ordinal más elevada frente al intervalo 0–2 horas (OR 2,28; IC95% 1,01–5,15; p = 0,047), ajustado por edad y sexo.

Conclusión: En pacientes con IAMCEST, la clase de Killip al ingreso se asoció principalmente con el territorio coronario comprometido, especialmente con lesiones proximales/ostiales de la arteria descendente anterior. El tiempo total de isquemia no mostró asociación independiente en la cohorte global, aunque en pacientes con extenso miocardio en riesgo un tiempo de evolución >2 horas se vinculó con mayor severidad clínica.

0399 - PREVALENCIA E IMPACTO DE SHOCK NORMOTENSIVO EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE INTERMEDIO-ALTO RIESGO SOMETIDOS A TERAPIA ENDOVASCULAR

Enfermedad Vascular Pulmonar / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Ignacio Manuel CIGALINI | Camila SEBASTIANI | Martín NAJENSON | Camila PETRY | Gonzalo GUTIERREZ CORREA | Marcelo CARDONA | Higinio BALPARDA | Claudio Manuel CIGALINI

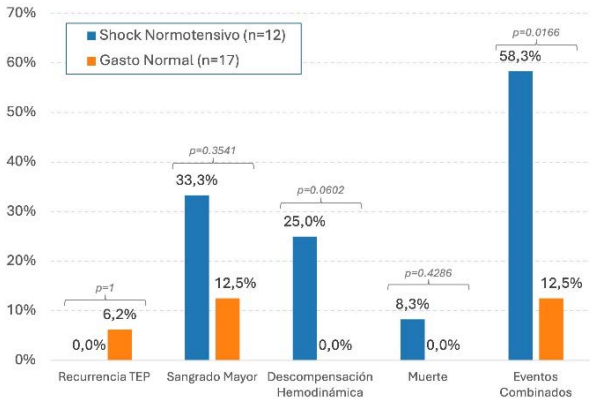
Hospital Privado de Rosario

Introducción: El shock normotensivo (SN) en el tromboembolismo pulmonar (TEP) de intermedio-alto riesgo (IAR) es una entidad recientemente jerarquizada en guías internacionales. Sin embargo, su impacto y prevalencia en nuestro medio no son conocidos.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de SN en pacientes con TEP-IAR sometidos a terapias dirigidas por catéter (TDC), comparando sus características basales y evolución intrahospitalaria con aquellos con índice cardíaco (IC) normal en una experiencia unicéntrica.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes consecutivos con TEP-IAR sometidos a TDC entre marzo de 2022 y abril de 2026. Se compararon características basales, de presentación y evolución intrahospitalaria entre pacientes con SN e IC normal. Las variables continuas se analizaron con ANOVA/Kruskal-Wallis (independientes) y t de Student/ Wilcoxon (pareadas), según su distribución. Las categóricas se compararon con Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher. Se consideró significativo un valor de p <0.05.

Variable	Bajo Gasto (n=12)	Gasto Normal (n=17)	p
Edad (años)	71.2 ±11.4	60.4 ±16.2	0.0588
Sexo masculino	7 (58.3%)	10 (58.8%)	1
Cáncer activo	1 (8.3%)	2 (12.5%)	1
TEP previo	2 (16.7%)	3 (17.6%)	1
Sincope	3 (25%)	3 (17.6%)	0.6693
TAS (mmHg)	118.8 ±14.5	132.7 ±25.3	0.0983
FC (lpm)	115.6 ±14.2	107.2 ±16	0.1563
Índice de shock	1 (0.92-1.06)	0.79 (0.63-0.88)	0.0437
PESI	120.33 ±28.8	95.7 ±28.2	0.0295
Ac. Láctico	25.4 ±15.4	18 ± 8.82	0.1744
Troponina	92 (52.8-237.4)	117 (39-175.9)	0.5649
PAFI	213.1 ±42.2	289.7 ±91.1	0.0404
TAPSE	15.5 ±4.3	15.5 ±3.9	0.9902
BOVA score	5 (5-5)	5 (4-5)	0.086
Composite Shock Score	4 (3-4.25)	3 (3-4)	0.1644



Resultados: De 329 pacientes con TEP en ese período, 60 fueron de IAR. Se realizó TDC con medición de IC intraintervención en 29 de ellos, evidenciándose un índice cardíaco <2.2 en 12 pacientes (41.4%). Las características basales en ambos grupos fueron similares (Tabla 1). No obstante, el grupo SN presentó mayor índice de shock y score de PESI con peor PAFI, sin diferencias en otros parámetros. En ambos grupos, la TDC más utilizada fue la infusión local de trombolíticos (62.1%) seguida de trombectomía (27.6%) y su combinación (10.3%). Se observó un descenso significativo en la presión sistólica (51 [46-60] a 37 [30-41] mmHg; p<0.001) y media (30 [27-35] a 20 [19-25] mmHg; p<0.001) de la arteria pulmonar en ambos grupos luego del tratamiento endovascular. No obstante, el impacto sobre el IC reveló un efecto diferenciado observándose un incremento significativo principalmente en aquellos con SN (1.93 [1.83-2.1] a 2.3 [2.2-2.4]; p=0.0005). Durante la internación, el grupo en SN presentó mayor incidencia del combinado de muerte, descompensación hemodinámica, sangrado mayor y recurrencia de TEP (58.3% vs. 12.5%; p=0.0166), sin diferencias significativas en los componentes individuales (Figura 1).

Conclusión: La prevalencia de SN en pacientes con TEP-IAR sometidos a TDC es alta y se asoció a peor evolución intrahospitalaria. Herramientas clínicas simples como el índice de shock y el score PESI podrían tener un rol en identificar precozmente a este subgrupo de mayor riesgo.

0400 - VALIDACION DE LA CLASIFICACION ACC/AHA 2026 PARA TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO 2026 EN UNA GRAN COHORTE UNICENTRICA

Enfermedad Vascular Pulmonar

Ignacio Manuel CIGALINI | Camila SEBASTIANI | Martín NAJENSON | Laura ZARRIA | Camila PETRY | Camila de Los Milagros MAMANI | Gonzalo GUTIERREZ CORREA | Claudio Manuel CIGALINI

Hospital Privado de Rosario

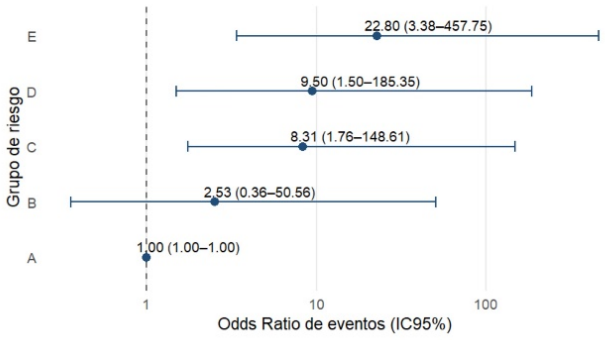
Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) se caracteriza por un amplio espectro de presentación, siendo fundamental una correcta estratificación para optimizar el uso de recursos ya sea identificando pacientes de bajo riesgo para un tratamiento ambulatorio, así como detectando precozmente pacientes en riesgo incipiente de falla cardiorrespiratoria para considerar el uso de terapias avanzadas. Recientemente se ha publicado una nueva clasificación propuesta por diferentes sociedades americanas (AHA/ACC) buscando clarificar esta heterogeneidad. No existen reportes que validen esta escala como herramienta pronóstica en nuestro medio.

Objetivos: Evaluar la validez de la clasificación ACC/AHA 2026 para predecir eventos intrahospitalarios en una cohorte unicéntrica nacional.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes consecutivos admitidos por TEP en un único centro desde enero 2017 a abril 2026. Se realizó en forma retrospectiva la clasificación de riesgo de acuerdo a la nueva clasificación ACC/AHA en categorías A, B, C, D y E. Se realizó un análisis de validación para evaluar su rendimiento considerando mortalidad intrahospitalaria y el compuesto de muerte, descompensación hemodinámica y recurrencia de TEP. Se realizó un análisis convencional para estadística descriptiva y comparativa. Además, se emplearon modelos de regresión logística para estimar odds ratios (OR) con sus correspondientes intervalos de confianza del 95%. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p<0.05.

Variables	A (n=39)	B (n=64)	C (n=407)	D (n=30)	E (n=16)	p
Sexo masculino	18 (46.2%)	31 (48.4%)	222 (54.5%)	17 (56.7%)	5 (31.2%)	0.305
Edad (años)	48 (37-55)	53 (44-64)	70 (62-78)	71 (64.5-78)	72.5 (65.5-84.8%)	<0.001
Tabaquismo (ex y actual)	7 (17.9%)	19 (29.7%)	167 (41%)	9 (30%)	3 (18.8%)	0.009
Insuficiencia renal	1 (2.6%)	3 (4.7%)	29 (7.1%)	3 (10%)	1 (6.2%)	0.701
TVP previa	6 (15.8%)	11 (17.2%)	57 (14%)	6 (20%)	0 (0%)	0.372
Cancer (en remisión y activo)	10 (25.6%)	6 (9.4%)	228 (56%)	9 (30%)	6 (37.5%)	<0.001
Cirugía reciente	10 (25.6%)	19 (29.7%)	114 (28%)	12 (40%)	9 (56.2%)	0.099
Reposo prolongado	13 (33.3%)	29 (46%)	172 (42.9%)	14 (46.7%)	12 (75%)	0.079
Sincope	0 (0%)	0 (0%)	10 (2.5%)	4 (13.3%)	3 (18.8%)	<0.001
TAS (mmHg)	120 (120-130)	130 (120-130)	130 (120-140)	120 (110-137.5)	70 (60-80	<0.001
FC (lpm)	80 (70-90)	80 (70-90)	90 (80-110)	108.5 (90-120)	120 (111.2-142.5)	<0.001
PESI	61 (45-69.5)	65 (54.8-76.2)	107 (93-125.5)	118 (102.2-126)	185.5 (147.8-230.5)	<0.001
Troponina	5.4 (5-8.5)	6.6 (5-9.1)	21.6 (12.5-46)	63.4 (33.6-144.5)	130.9 (107.2-349.6)	<0.001
TAPSE	24 (21.5-25.5)	24 (21-27)	21 (18-24)	18 (15.8-20)	13 (12-18)	<0.001
Dilatación del VD	0 (0%)	0 (0%)	70 (18.4%)	23 (76.7%)	10 (90.9%)	<0.001
TEP central	18 (46.2%)	25 (39.1%)	202 (50.1%)	28 (93.3%)	13 (92.9%)	<0.001
Muerte	1 (2.6%)	1 (1.6%)	63 (15.5%)	4 (13.3%)	5 (31.2%)	0.0003
Descompensación hemodinámica	0 (0%)	4 (6.2%)	41 (10.1%)	4 (13.3%)	1 (6.2%)	0.144
Recurrencia TEP	0 (0%)	1 (1.6%)	6 (1.5%)	0 (0%)	0 (0%)	1
Eventos combinados	1 (2.6%)	4 (6.3%)	73 (17.9%)	6 (20%)	6 (37.5%)	0.001

Muerte, descompensación hemodinámica y recurrencia de TEP



Resultados: Se trataron 556 pacientes con TEP en el período señalado; 39 (7%), 64 (11.5%), 407 (73.2%), 30 (5.4%) y 16 (2.9%) en los grupos A, B, C, D y E respectivamente. Las características basales, de presentación y evolución intrahospitalaria se describen en la tabla 1. A destacar, se observó una edad creciente en presentaciones de mayor riesgo, así como una diferente distribución de factores de riesgo como tabaquismo y cáncer. Los cuadros de mayor riesgo se presentaron más frecuentemente con síncope, menor tensión arterial sistólica y mayor frecuencia cardíaca con consecuente mayor riesgo clínico valorado por PESI. Asimismo, se evidenció mayor distribución central de trombo, peor función ventricular derecha y valores más altos de troponina. Se observó una tendencia global significativa de incremento de mortalidad al aumentar el grupo de riesgo (p=0.0002), con un OR 1.94 (1.37-2.8; p=0.002) con cada aumento de categoría, sin observarse diferencias en el desarrollo de descompensación hemodinámica o recurrencia del TEP. Al analizar el combinado de muerte, descompensación hemodinámica y recurrencia de TEP se observó una tendencia global significativa al aumentar el grupo de riesgo (p<0.05). Cada aumento de una categoría en la clasificación ACC/AHA se asoció con un incremento significativo en el compuesto de eventos (OR 1.93 [1.39-2.72]; p<0.04).

Conclusión: A pesar de las limitaciones del estudio (estratificación retrospectiva de los pacientes, falta de discriminación en subgrupos por limitado número de pacientes y la falta de incorporación del componente respiratorio propuesto), la nueva clasificación ACC/AHA presentó un rendimiento aceptable para predecir mortalidad intrahospitalaria.

0401 - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA COMPARADA CON LA TRANSESOFÁGICA SEGÚN LA CALIDAD DE LA VENTANA EN SOSPECHA DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Investigación Básica / Multimagen

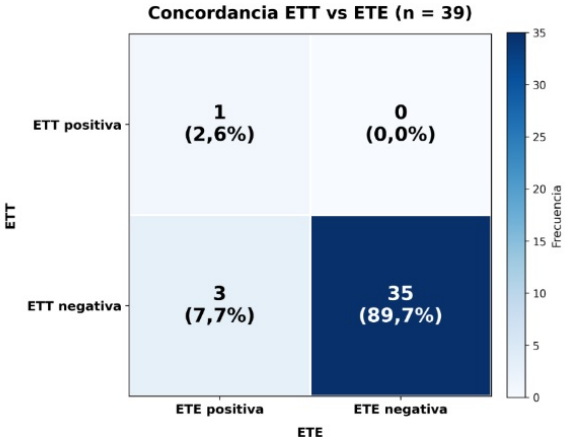
Aldana FERNÁNDEZ | Leonel PERELLO | Mauro Leandro GARCÍA | Florencia Magalí RIVERO | Guillermina BENETTI | Pilar PIEDRABUENA | Oscar BIROLLO | Ángeles Lucía FERNÁNDEZ

HOSPITAL JOSÉ MARÍA CULLEN

Introducción: La ecocardiografía transtorácica suele utilizarse como estudio inicial en pacientes con sospecha de endocarditis infecciosa, aunque su rendimiento puede depender de la calidad de la ventana acústica.

Objetivos: Evaluar el rendimiento diagnóstico de la ecocardiografía transtorácica frente a la transesofágica para detectar endocarditis infecciosa y analizar el impacto de la calidad de ventana.

Materiales y Métodos: Estudio observacional en pacientes con sospecha clínica de endocarditis infecciosa evaluados con ecocardiografía transtorácica y transesofágica. Se analizaron 47 registros válidos, luego de excluir 2 incompletos. La ecocardiografía transesofágica se consideró método de referencia. El análisis diagnóstico principal se realizó en pacientes con bacteriemia positiva. Se calcularon sensibilidad, especificidad, acuerdo global y Kappa de Cohen, estratificando por ventana transtorácica buena versus regular/mala



Resultados: La edad media fue 42,3 ± 15,6 años y el 74,5% fueron varones. Treinta y nueve pacientes (83,0%) presentaron bacteriemia positiva. En este grupo, la ecocardiografía transesofágica fue positiva en 4 casos (10,3%) y la transtorácica detectó vegetación en 1 caso (2,6%). La sensibilidad global de la transtorácica fue 25,0%, la especificidad 100%, el acuerdo global 92,3% y el Kappa 0,374. Con ventana buena (n=23), la sensibilidad fue 50,0% y el Kappa 0,646. Con ventana regular/mala (n=16), la sensibilidad fue 0% y el Kappa 0,000.

Conclusión: La ecocardiografía transtorácica mostró alta especificidad, pero baja sensibilidad, especialmente con ventana subóptima. Una transtorácica negativa con ventana regular/mala no permite descartar endocarditis y refuerza la indicación precoz de ecocardiografía transesofágica.

0403 - IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER EN PACIENTES CON VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE: ANÁLISIS DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO DE MUNDO REAL

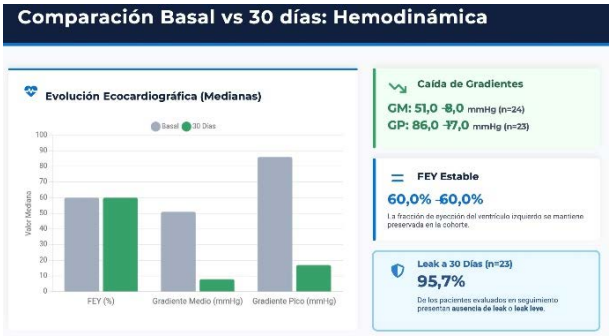
Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Martín Sebastián ORDÓÑEZ

SERVICIO DE HEMODINAMIA DEL SUR - HOSPITAL PRIVADO DEL SUR - BAHIA BLANCA

Introducción: La válvula aórtica bicúspide representa un escenario anatómico desafiante para el implante valvular aórtico transcatéter (TAVI) debido a la presencia de anillos no circulares, calcificación asimétrica y mayor riesgo de insuficiencia paravalvular. Si bien la evidencia ha crecido en los últimos años, los pacientes con anatomía bicúspide estuvieron históricamente subrepresentados en los ensayos clínicos pivotales. En Latinoamérica existen escasos registros que evalúen los resultados de TAVI en esta población específica.





Objetivos: Describir las características clínicas basales, los aspectos procedimentales, los resultados intrahospitalarios y la evolución clínica a 30 días de pacientes con estenosis aórtica severa sintomática y válvula aórtica bicúspide sometidos a TAVI.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, multicéntrico, de cohorte consecutiva. Se incluyeron 51 pacientes con estenosis aórtica severa sintomática y anatomía bicúspide confirmada por ecocardiografía y/o tomografía computada, sometidos a TAVI entre 2013 y 2025. Se analizaron variables clínicas, ecocardiográficas y procedimentales, así como eventos intrahospitalarios y seguimiento a 30 días. La edad mediana fue de 73 años (RIC 65,5-78), con predominio masculino (54,9%). El 59,1% de los pacientes presentó EuroSCORE II alto y el 22,7% STS alto. El fenotipo Sievers 1 estuvo presente en el 96,1% de los casos.

Resultados: El acceso femoral quirúrgico fue utilizado en el 94,1% de los procedimientos y la sedación consciente en el 96,0%. Las prótesis implantadas fueron Sapien 3 (49,0%), Evolut R (25,5%), Myval (17,6%), Evolut Pro (5,9%) y CoreValve (2,0%). No se registraron muertes intraprocedimiento ni accidentes cerebrovasculares. La tasa de implante de marcapasos definitivo fue del 8,2% y la de nuevo bloqueo completo de rama izquierda del 10,6%. El 95,7% de los pacientes presentó ausencia de leak paravalvular o leak leve. Durante la internación no se observaron muertes ni eventos neurológicos, con una mediana de estancia hospitalaria de 2 días. En el seguimiento a 30 días (47,1% de la cohorte), la mortalidad y el ACV fueron del 0%. Se observó mejoría significativa de la clase funcional, con 83,3% de los pacientes en NYHA I, reducción del gradiente medio de 51 a 8 mmHg y mantenimiento de la fracción de eyección ventricular izquierda.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con válvula aórtica bicúspide, el TAVI demostró ser una estrategia factible y segura, asociada a ausencia de mortalidad y eventos neurológicos tempranos, excelentes resultados hemodinámicos y marcada mejoría clínica. Estos hallazgos aportan evidencia de mundo real desde Latinoamérica y respaldan la utilización de TAVI en pacientes cuidadosamente seleccionados y tratados en centros con experiencia.

0406 - RED DE ATENCIÓN DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN. INFORME PRELIMINAR

Cardiopatía Isquémica / Educación Médica y Políticas de Salud

Juan Carlos RICOTTO[1] | Rocio Leila RAMOS[1] | Luis Fabricio PLAZA ROLDAN[1] | Manuel Rodrigo MATURANO[2] | Gabriel Esteban RICKEMBERG[2] | Horacio POMÉS IPARRAGUIRRE[3]

HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUEN[1]; COMITÉ DE EVALUACIÓN DE BIOTECNOLOGÍAS, SUBSECRETARÍA DE SALUD[2]; Sociedad Argentina de Cardiología[3]

Introducción: La Red de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) de la Provincia del Neuquén (RED-IAM) integra la atención de pacientes con IAM con elevación del ST (IAMCEST), desde el primer contacto con el sistema de salud hasta el arribo a una institución con capacidad de realizar reperfusión mediante trombolisis (TX) y/o angioplastia coronaria (ATC). Su objetivo es reducir el tiempo total de isquemia (TTI), ofreciendo asistencia por telemedicina (TM) a efectores del interior provincial para realizar TX y coordinando la derivación a centros con capacidad de ATC. Además, se registra toda la atención de pacientes para generar información actualizada que permita detectar oportunidades de mejora en los procesos.

Objetivos: Presentar de manera preliminar el Reporte del Comité de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Subsecretaría de Salud del Neuquén, con la descripción de los datos registrados por la RED-IAM desde su puesta en marcha en agosto de 2025.

Materiales y Métodos: La provincia del Neuquén implementó en agosto de 2025 la Red Provincial de Atención del IAMCEST (RED-IAM), que nuclea a efectores de los subsectores público y privado y propende al diagnóstico oportuno, la reperfusión precoz y la derivación adecuada. Los datos de cada paciente se recaban en un registro electrónico construido ad hoc, procesado semanalmente por el Comité de Evaluación de Biotecnologías para producir información oportuna. En el presente trabajo se presentan datos generados a partir de dicho registro.

Resultados: Entre el 2/8/2025 y el 1/6/2026 la RED-IAM registró 126 pacientes con IAMCEST. Edad Mediana (RIC) 63 (54,5-69), 75,4% varones, 50% provenientes de la Región Confluencia, Antecedentes: DBT 25,4%, TBQ 38,1%, HTA 43,7%,

DLP 21,4%. El 32,5% eran de PAMI (edad X: 72 años), 26,2% de ISSN (Neuquén, 63,2 años) y 18,5% de Salud Pública. El resto se repartió entre otras Obras Sociales (OSPEPRI Petroleros Privados) y Prepagas. Los centros de origen fueron 17 instituciones del interior de la provincia y los de recepción el Hospital Provincial del Neuquén y 2 clínicas privadas de la ciudad capital (Clínica de Imágenes y Clínica Pasteur). Se realizó TX en 41 pacientes, con una mediana de Tiempo Puerta-Aguja de 55 min en toda la Red y la utilización promedio de TX fue 3 por mes en efectores del interior provincial vs 0,5 antes del comienzo de la RED-IAM. La mediana del Tiempo Puerta- Balón para Angioplastia primaria fue de 79 minutos.

Conclusión: 1) La calidad de los datos generados es muy heterogénea, esencialmente por diferencias de completitud y calidad del registro en el subsector público y el privado. 2) Los pacientes de PAMI y de ISSN tuvieron una edad mayor que los restantes, lo cual resulta en mayor riesgo de morbimortalidad hospitalaria y alejada. 3) El incremento del uso de TX representa un logro significativo de la implementación de la RED-IAM. 4) Se debería mejorar la calidad del registro de pacientes atendidos, en especial en los efectores privados. 5) Sería fundamental apuntalar la capacitación y asistencia por telemedicina para la TX en el interior provincial, que ha dado importantes resultados desde la implementación de la red.

0414 - INCIDENCIA E IMPACTO PRONÓSTICO DEL SANGRADO INTRAHOSPITALARIO EN PACIENTES CON IAMCEST: DATOS DEL REGISTRO ARGEN-IAM ST

Cardiopatía Isquémica

Adrián CHARASK | Juan GAGLIARDI | Flavio Andrés DELFINO | Yanina CASTILLO COSTA | Heraldo D' IMPERIO | **Augusto GALARZA** | Rodrigo ZONI | Walter QUIROGA CASTRO

Áreas SAC: Área de Investigación

Introducción: El sangrado constituye una de las complicaciones más relevantes del tratamiento antitrombótico y de las estrategias de reperfusión en pacientes con IAMCEST, asociándose a un incremento de la morbimortalidad. La información sobre su incidencia y su impacto pronóstico en la práctica clínica contemporánea argentina es limitada.

Objetivos: Evaluar la incidencia, las características, los predictores y el impacto pronóstico del sangrado intrahospitalario en pacientes con IAMCEST tratados mediante fibrinólisis o angioplastia primaria.

Gravedad del sangrado	n	%
Sin sangrado	565/7207	7,8
Mínima	19/129	14,7
Menor	15/83	18,1
Mayor	19/41	46,3
P tendencia <0,001		

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal realizado a partir de los datos del Registro prospectivo ARGEN-IAM ST. Se incluyeron pacientes con IAMCEST tratados mediante fibrinólisis o angioplastia primaria, excluyéndose aquellos tratados con estrategia farmacoinvasiva. El evento principal fue la presencia de sangrado intrahospitalario (sí/no). Los eventos hemorrágicos fueron clasificados como mínimos (sangrado no intracraneal o descenso de hemoglobina <3 g/dl), menores (sangrado no intracraneal con descenso de hemoglobina entre 3 y 5 g/dl) y mayores (sangrado intracraneal o descenso de hemoglobina >5 g/dl). Se realizó análisis univariado y regresión logística multivariada para identificar predictores independientes de sangrado. Epi Info versión 6.04

Resultados: Se analizaron 6.872 pacientes, de los cuales 771 recibieron fibrinólisis y 6.101 angioplastia primaria. Se registraron 253 eventos hemorrágicos (3,7%). La incidencia de sangrado fue significativamente mayor en los pacientes tratados con fibrinólisis respecto de aquellos sometidos a angioplastia primaria (43/771; 5,6% vs 210/6101; 3,4%; OR 1,66; IC95% 1,18-2,32; p=0,003). Asimismo, la hemorragia cerebral fue infrecuente pero más frecuente en los pacientes tratados con fibrinólisis (5/771; 0,65%) que en aquellos sometidos a angioplastia primaria (6/6101; 0,10%). La mortalidad intrahospitalaria fue significativamente superior en los pacientes que presentaron sangrado respecto de aquellos sin sangrado (73/253; 28,9% vs 565/7207; 7,8%; OR 3,73; IC95% 2,83-4,92; p<0,001). En el análisis multivariado, la edad (OR 1,02 por año; IC95% 1,01-1,03; p<0,001), el sexo femenino (OR 1,54; IC95% 1,17-2,04; p=0,002), la fibrinólisis (OR 1,57; IC95% 1,11-2,22; p=0,012) y la anticoagulación al ingreso (OR 1,54; IC95% 1,18-2,00; p=0,001) se asociaron independientemente con la ocurrencia de sangrado intrahospitalario. Asimismo, se observó un gradiente de incremento de la mortalidad de acuerdo con la gravedad del evento hemorrágico (Tabla; p para tendencia <0,001).

Conclusión: En esta población del Registro ARGEN-IAM ST, la fibrinólisis se asoció a una mayor incidencia de sangrado y a una mayor frecuencia de hemorragia cerebral en comparación con la angioplastia primaria. La ocurrencia de sangrado se relacionó con un incremento significativo de la mortalidad intrahospitalaria, observándose un marcado gradiente pronóstico según la gravedad del evento hemorrágico.

0419 - EL STRAIN LONGITUDINAL PICO REDUCIDO, UNA HERRAMIENTA DIAGNOSTICA PARA DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD CORONARIA, EN PACIENTES CON PRETEST INTERMEDIO-BAJO

Cardiopatía Isquémica / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

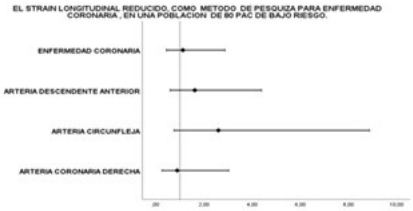
Diego Rafael NARVAEZ | Walter Ramón ALUSTIZA | Cecilia Eleonora NIEVA | Natalia Belén PASTRANA RIOS | Rodrigo GORNO VIDELA | Julio Héctor BISUTTI | Javier Fabián VENTRICI | María Pía MARTURANO

Sanatorio Pasteur

Introducción: Se realiza un ensayo observacional descriptivo de cohorte transversal, en 80 paciente que cursaron Unidad de dolor torácico, con Pretest intermedio-bajo donde se evidencia enfermedad coronaria significativa.

Objetivos: analizar el poder del strain regional reducido, en los pacientes con pretest intermedio bajo para presentar enfermedad coronaria.

STRAIN PATOLOGICO	O.R.	IC 95%	P <0.05
ENFERMEDAD CORONARIA	1,1	(0,4 - 2,8)	0,8
ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR	1,6	(0,5 - 4,3)	0,3
ARTERIA CIRCUNFLEJA	2,6	(0,7 - 8,8)	0,1
ARTERIA CORONARIA DERECHA	0,8	(0,2 - 3,1)	0,8



Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo de cohorte transversal, en un único centro incluyendo 80 pacientes con dolor torácico, donde presentaban ECG sin cambios isquémicos típicos, Ecocardiograma sin trastorno de motilidad regional y Fracción de eyección (FEVI) conservada, con valoración de fibra miocárdica mediante método strain longitudinal, Troponinas ultrasensible con valores bajos y Scores de riesgo intermedios-bajos del Grace y Heart. Dichas evaluaciones se llevaron a cabo desde enero del 2021 a enero del 2026. las Variables cualitativas fueron proporcionadas con representación gráfica de tablas de 2x2, comparadas con test estadístico de Chi-cuadrado y valoración de Riesgo. Las variables cuantitativas fueron analizadas de manera descriptivas con medidas centrales y de dispersión Se estableció como límite de la significación p < 0,05, con Intervalos de confianza del 95% (IC).





Resultados: El 65 % sexo masculino y 35 % sexo femenino con una media de edad 60±11 Diabetes 31%, Hipertensión arterial 71%, Tabaquismo 45%, dislipemia 18%, frecuencia cardiaca 74±12, tensión arterial sistólica 138±23mmHg, tensión arterial diastólica 80±13mmHg, ECG con cambios inespecíficos en el st 6%, ondas t negativas 18%, TUS 9 RIC 5-15 Los parámetros ecocardiográficos de FEVI 64±7, strain global pico reducido (SLGP < -18) 40%, strain regional anterior reducido 59%, strain regional septal reducido 63%, strain regional lateral reducido 50%, strain regional inferior reducido 36%, score de grace Bajo 88%, intermedio 13%, score de Heart bajo 28%, intermedio 73%, score de TIMI Bajo 87%, intermedio 13%,. Se Realizaron estudios angiográficos con Angiotac coronaria al 86 % de la población, se evidencio lesiones coronarias severas en 28 pacientes, de ellos Arterias descendente anterior 28%, arteria circunfleja 16% y arteria coronaria derecha 16 %. El strain longitudinal pico reducido, aumenta la probabilidad de riesgo de evidenciar enfermedad coronaria severa, en pacientes pretest de riesgo intermedio-bajo. Si bien el análisis mediante el strain longitudinal pico reducido, no presenta asociación estadísticamente significativa, para enfermedad coronaria. Si establece un aumento de riesgo de asociación y considerándose como herramienta diagnostica.

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes con pretest intermedio-bajo para enfermedad, el análisis de strain longitudinal pico reducido, puede reforzar la sospecha de enfermedad coronaria significativa en este grupo poblacional. Debido al escaso número de pacientes incluidos en nuestra muestra, no representa a la población.

0421 - OBESIDAD Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES QUE CONCURREN A LA ATENCION PRIMARIA. IMPACTO DE LA ESTEATOSIS

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Jorge GORAL | Osvaldo Alberto BARBOSA | Felipe Daniel OLIVIERI | Paula CARESTIA ESTEBAN | Daniel Hugo AVAYÚ | Atilio Segundo DEL MAR NAVA | Daniel B. OLIVIERI

CEMAR (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia)

Introducción: La morbimortalidad en pacientes con obesidad es elevada, dada las complicaciones que conlleva, pero no está claro el impacto sobre el RCV de la esteatosis que esta entidad determina.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de obesidad en pacientes que concurren a la consulta a la atención primaria y el RCV de dicha población. Variables: Prevalencia y RCV según sexo y presencia o no de DBT2. Evaluar el impacto sobre el RCV dado por presencia de esteatosis (HGNA)

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de 2748 (GT) pacientes (p) que concurrieron a la Atención Primaria. Del GT se obtuvo: Grupo obesidad (GOBS): 1289(p), media 54.9 años, mujeres 61.4%, IMC: 36.5; del GOBS se obtuvo subgrupos según sexo M:499p, F:790p y según presencia o no de DBT en cada subgrupo: M: s/c DBT:186p/313p y F: s/c DBT; 380p/410p. Para el RCV se utilizó el HEARTS en las Américas/OPS/OMS: calcula el riesgo a 10 años de IAM/ACV/muerte Cardiovascular, categorías: bajo:(<5%), moderado:(5% a <10%), alto:(10 a <20%), muy alto:(20 a <30%), crítico:(30%). Se evaluó la esteatosis: en Grado I: incremento de la ecogenicidad más hepatomegalia leve, Grado II: incremento moderado de la ecogenicidad y hepatomegalia, Grado III: esteatosis grave (hígado brillante)

Resultados: Prevalencias:(%): GOBS: 46,7, Esteatosis:(GT): 69.2, (G1:49.6/G2:36.8/G3:13.6) GT: RCV (%): bajo:(29.1), moderado:(33.8), alto:(29.9), muy alto:(6.8) y crítico: (0,4). Esteatosis: bajo:(24), moderado:(41.2), alto:(28.4), muy alto:(6.4), critico:(0) GTOBS/M: RCV (%); bajo:(6.9), moderado:(30.7), alto:(47.4), muy alto:(14.2) y crítico:(0,9). Prevalencia:(74.5). Esteatosis: bajo:(4.9), moderado:(37.4), alto:(44.7), muy alto:(13), critico:(0) GTOBS/M: s/DBT: RCV (%): bajo:(16.4), moderado:(39.6), alto:(36.5), muy alto: (7.5) y crítico:(0). Prevalencia:(59.3). Esteatosis: bajo:(17.1), moderado:(51.4), alto: (28.6), muy alto:(2.9), critico:(0) GTOBS/M: c/DBT2: RCV bajo:(1.5), moderado:(25.8), alto:(53.1), muy alto:(18.2) y crítico:(1.5). Prevalencia:(79.5). Esteatosis: bajo:(0), moderado:(30.3), alto:(52.8), muy alto:(16.9), critico:(0) GTOBS/F: RCV bajo:(42.4), moderado:(35.2), alto:(19.9), muy alto:(2.3) y crítico (0.1). Prevalencia:(67.1). Esteatosis: bajo:(35), moderado:(43.2), alto:(19.1), muy alto:(2.7), critico:(0) GOBS.F/sin/DBT2: RCV bajo:(64.1), moderado:(21.3), alto:(14.1), muy alto:(0,6) y crítico:(0). Prevalencia:(58). Esteatosis: bajo:(58.6), moderado:(20.7), alto:(15.5), muy alto:(0), critico:(0) GOBS.F/conDBT2: RCV bajo:(25.5), moderado:(46), alto:(24,6), muy alto:(3,6) y crítico:(0,2). Prevalencia:(72.2). Esteatosis: bajo:(28.1), moderado:(49.7), alto: (19.3), muy alto:(3.5), critico:(0) GOBS. sin/conDBT2: RCV: 0,0001 GOBS.S/DBT2 F/M: RCV: 0,001 GOBS.C/DBT2 F/M: RCV bajo: 0,0001. GOBS c/s esteatosis RCV: 0.001

Conclusión: Prevalencia de obesidad fue del 46.7%, o sea uno cada 2.2 (p) que concurren a la consulta El 63.7% de los (p) del GTOBS conllevan un RCV moderado/alto El 69.2% de los (p) ya tenía esteatosis y de ellos el 50% era de G1 El 69.6% de los (p) con esteatosis ya tenía un RCV moderado/alto Al evaluar por sexo M/F, tenían del GOBS un RCV bajo el 6.9 y 42.4% respectivamente. El sexo femenino tuvo mayor prevalencia de obesidad:61.4% pero el masculino tuvo mayor RCV con y sin DBT2 El sexo M tuvo más prevalencia de esteatosis:74.5 versus 67.1%; incluso en el grupo DBT2. En el GTOBS por sexo M/F mostro prevalencia de esteatosis con RCV bajo del 4.9/35%, sin DBT 17.1/58.6% y con DBT 0/28.1%

0424 - ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES SOMETIDOS A TAVI: RESULTADOS DE LAS ESTRATEGIAS DE REVASCULARIZACIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO EN UN REGISTRO DE 10 AÑOS

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Julián FEDER | Pablo Damián MASCOLO | Santiago ORDOÑEZ | Ignacio Manuel PIAGGIO | Pablo Marcelo SPALETRA | Fernando CURA

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La enfermedad coronaria (CAD) es altamente prevalente en pacientes con estenosis aórtica severa candidatos a TAVI, planteando un dilema frecuente: realizar revascularización coronaria antes, durante, después del

procedimiento, o bien adoptar una estrategia conservadora Históricamente, la angioplastia coronaria percutánea (PCI) previa al TAVI fue la estrategia más utilizada, con el objetivo de reducir el riesgo isquémico durante el implante. Sin embargo, esta aproximación no está exenta de riesgos. El presente estudio evalúa los resultados y tendencias de las distintas estrategias terapéuticas en un centro de alta complejidad.

Objetivos: Evaluar la mortalidad total, la incidencia de infarto agudo de miocardio (IAM) y angina inestable en pacientes sometidos a TAVI con enfermedad coronaria epicárdica, así también re-internaciones y eventos hemorrágicos según la estrategia terapéutica adoptada, a un año de seguimiento.

Evento	ATC previa (n=140)	ATC concomitante (n=258)	Tratamiento médico (n=108)	p
Mortalidad 1 año	6 (4,3%)	13 (5,0%)	7 (6,5%)	0,774
Re-internación no programada 30 días	20 (14,3%)	38 (14,7%)	9 (8,3%)	0,230
Re-internación 1 año	13 (9,3%)	21 (8,2%)	10 (9,3%)	0,945
ACV intrahospitalario	1 (0,7%)	6 (2,3%)	4 (3,7%)	0,413
Sangrado mayor (BARC 3-4)	4 (2,8%)	17 (6,7%)	3 (2,8%)	0,355

Materiales y Métodos: Se realizó un subanálisis retrospectivo de un registro prospectivo de pacientes sometidos a TAVI entre 2015 y 2026. Se incluyeron pacientes con enfermedad coronaria significativa definida por una estrategia terapéutica específica: angioplastia coronaria previa al TAVI (ATC previa), angioplastia concomitante al procedimiento (ATC-TAVI), angioplastia posterior al TAVI o tratamiento médico. Los eventos evaluados incluyeron mortalidad al año, infarto agudo de miocardio (IAM), angina inestable (AI), accidente cerebrovascular (ACV), sangrado y Re internaciones no programadas a 30 días y al año. Las variables categóricas se compararon mediante prueba de chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher según correspondiera. El grupo de pacientes sometidos a ATC posterior fue excluido por su reducido tamaño muestral. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p<0,05$.

Variable	ATC previa (n=145)	ATC concomitante (n=253)	Tratamiento médico (n=108)	ATC posterior (n=9)
Edad (años)	82,97 ± 5,48	82,58 ± 5,62	81,72 ± 6,37	77,00 ± 8,00
Sexo femenino	106 (73,1%)	154 (60,9%)	71 (65,7%)	7 (77,8%)
HTA	129 (89,0%)	213 (84,2%)	92 (85,2%)	9 (100%)
Dislipemia	108 (74,5%)	185 (73,1%)	90 (83,3%)	9 (100%)
Diabetes	42 (29,0%)	62 (24,5%)	33 (30,6%)	3 (33,3%)
Tabaquismo	63 (43,4%)	105 (41,5%)	44 (40,7%)	7 (77,8%)
IAM previo	42 (29,0%)	34 (13,4%)	29 (26,9%)	3 (33,3%)
FEVI <35%	18 (12,4%)	22 (8,7%)	11 (10,2%)	1 (11,1%)

Resultados: Se identificaron 515 pacientes con enfermedad coronaria significativa sometidos a TAVI, con una edad media de 82,4 ± 5,8 años. El 65,6% fueron mujeres. La estrategia más frecuente fue la ATC concomitante al procedimiento (n=258; 50,1%), seguida de ATC previa (n=140; 27,2%), tratamiento médico exclusivo (n=108; 21,0%) y ATC posterior (n=9; 1,7%). No se observaron diferencias significativas en mortalidad al año entre las estrategias principales evaluadas (ATC previa 4,3%, ATC concomitante 5,0% y tratamiento médico 6,5%; p=0,774). Tampoco se evidenciaron diferencias en las tasas de reinternación no programada a 30 días (14,3%, 14,7% y 8,3%, respectivamente; p=0,230) ni al año (9,3%, 8,2% y 9,3%; p=0,945). Los eventos isquémicos fueron infrecuentes durante el seguimiento. Se registraron 5 IAM (1,0%) y 2 episodios de AI (0,4%) en la cohorte global. La incidencia de ACV intrahospitalario fue del 2,1% sin diferencias significativas entre grupos (p=0,413). Se registraron 38 eventos hemorrágicos intrahospitalarios (7,4%). Al agrupar los pacientes según la realización de revascularización coronaria (ATC previa o concomitante) versus tratamiento médico exclusivo, no se observaron diferencias significativas en la incidencia de sangrado intrahospitalario (8,0% vs 5,1%; p=0,290).

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con enfermedad coronaria sometidos a TAVI, las estrategias de revascularización previa, concomitante o tratamiento médico exclusivo mostraron resultados comparables en términos de mortalidad y reinternaciones durante el seguimiento. Los eventos isquémicos y hemorrágicos fueron infrecuentes en todas las estrategias evaluadas.

0425 - PREVALENCIA DE ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 1 SIN EVENTOS CARDIOVASCULARES PREVIOS Y SU ASOCIACIÓN CON EL SCORE DE RIESGO PREVENT

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Fiorella Sofía CHICOTE | María Del Rosario RODRÍGUEZ | Lucía SELVAGGIO | Jimena Rocío SALOMON | María Victoria FERRARA | Vittorio FALCO | Nadia Ayelén RIDOLFO | Hugo Daniel SANABRIA

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La enfermedad cardiovascular, particularmente la cardiopatía isquémica, constituye una de las principales causas de morbimortalidad en pacientes con diabetes mellitus tipo 1. Este exceso de riesgo se vincula, en parte, con un proceso aterosclerótico acelerado. En este contexto, la evaluación mediante ecoDoppler vascular permite identificar aterosclerosis subclínica, aportando información que podría no estar reflejada en los scores de riesgo tradicionales

Objetivos: Evaluar la prevalencia de aterosclerosis subclínica, definida por la presencia de al menos una placa carotídea, en una población adulta con diabetes mellitus tipo 1, sin eventos cardiovasculares previos y su asociación con el score de riesgo PREVENT

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal, entre enero de 2023 y mayo de 2026 en una institución monovalente cardiovascular. Se analizaron variables clínicas, bioquímicas, ecocardiográficas y vasculares. La aterosclerosis subclínica se definió por la presencia de por lo menos una placa carotídea en el estudio vascular. Se evaluó riesgo de evento cardiovascular aterosclerótico en la población utilizando score de riesgo PREVENT

Tabla 1. Características clínicas y bioquímicas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 1

	Total DM1 n=90
Características basales	
Edad, media (± DE), años	51,2 (± 11,9)
Sexo masculino, n (%)	45 (50,0)
Años de evolución de diabetes, mediana [RIC]	23 [12-37,5]
HbA1c, media (± DE), %	7,63 (± 1,14)
IMC, media (± DE), kg/m²	26,16 (± 5,40)
Sobrepeso, n (%)	33 (36,7)
Obesidad, n (%)	13 (14,4)
Factores de riesgo cardiovascular	
Dislipemia, n (%)	60 (66,7)
Hipertensión arterial, n (%)	30 (33,3)
Tabaquismo actual, n (%)	10 (11,1)
Extabaquismo, n (%)	23 (25,6)
Perfil lipídico	
Colesterol total, media (± DE), mg/dl	175,38 (± 52,65)
Colesterol LDL, media (± DE), mg/dl	101,58 (± 52,05)
Colesterol HDL, media (± DE), mg/dl	55,87 (± 14,38)
Triglicéridos, media (± DE), mg/dl	90,75 (± 79,32)
Colesterol no-HDL, media (± DE), mg/dl	119,51 (± 50,88)
ApoB, media (± DE), mg/dl	76,95 (± 28,21)
LDL <100 mg/dl, n (%)	42 (53,2)
LDL <70 mg/dl, n (%)	14 (17,7)
LDL <55 mg/dl, n (%)	8 (10,1)
Compromiso microvascular	
Lesiones previas o presentes en retina, n (%)	22 (24,4)
RAC, media (± DE), mg/g	10,7 (± 38,1)
Clearance de creatinina, media (± DE), ml/min	94,26 (± 17,91)
Enfermedad renal, n (%)	11 (14,3)

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes con diabetes mellitus tipo 1 sin eventos cardiovasculares previos. La edad media fue de 51,2 años (DE ±11,9), el 50% era de sexo masculino y la mediana de tiempo de evolución de la diabetes fue de 23 años [RIC 12-37,5]. La media de HbA1c fue de 7,63% (DE ±1,14). El 36,7% presentaba sobrepeso y el 14,4%, obesidad. En cuanto al compromiso microvascular, el 24,4% refirió lesiones previas o actuales en retina y la prevalencia de enfermedad renal fue del 14,3%. La prevalencia de aterosclerosis subclínica carotídea fue del 53,3%: el 24,4% presentó placa en un territorio y el 28,9%, placas bilaterales. Los pacientes con placa carotídea presentaron mayor edad, mayor tiempo de evolución de la diabetes y mayor prevalencia de insuficiencia renal, en comparación con aquellos sin placa. Según la estimación de riesgo cardiovascular mediante PREVENT, el 74,7% de los pacientes fue categorizado como bajo riesgo para ASCVD, el 9,3% como riesgo limítrofe y el 16,0% como riesgo moderado; no se observaron pacientes en categoría de alto riesgo. Sin embargo, entre los pacientes clasificados como riesgo bajo/limítrofe, el 42,9% presentó al menos una placa carotídea.

Conclusión: En esta población de adultos jóvenes con diabetes mellitus tipo 1 sin eventos cardiovasculares previos, más de la mitad presentó aterosclerosis subclínica carotídea. El score de riesgo PREVENT podría subestimar el riesgo real de estos pacientes. La alta prevalencia de placa carotídea sugiere que la evaluación vascular podría aportar información adicional a la estratificación de riesgo tradicional en pacientes con DM1 de larga evolución.

0428 - SELECCIÓN ENTRE TAVI Y CIRUGÍA SEGÚN EDAD EN ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA: ¿LA PRÁCTICA CLÍNICA ANTICIPÓ LAS GUÍAS?

Valvulopatías

Marcia CORTÉS | Juan Pedro FESCINA | Lucas Leonardo SUÁREZ | Martín Andrés FASAN | Santiago ORDOÑEZ | Fernando PICCININI | Marcelo Sergio TRIVI | María Florencia CASTRO

INSTITUTO CARDIOVASCULAR

Introducción: Las guías contemporáneas para el tratamiento de la estenosis aórtica severa (EAoS) han modificado el umbral etario sugerido para la selección entre implante transcatéter (TAVI) y reemplazo quirúrgico (RVAo), favoreciendo TAVI en pacientes cada vez más jóvenes. Sin embargo, su aplicación clínica en centros de la región permanece poco documentada.

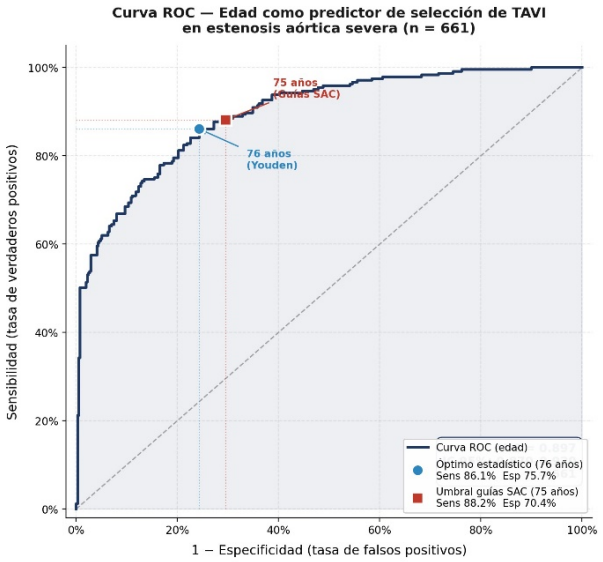
Objetivos: Analizar la relación entre edad y estrategia terapéutica en pacientes con EAoS tratados en un registro contemporáneo de vida real, evaluar su concordancia con los

Tabla 1. Regresión logística multivariada: predictores independientes de selección de TAVI

Variable	OR	IC 95%	p
Edad (por año)	1,290	1,237 – 1,346	<0,001
Enfermedad coronaria	0,945	0,597 – 1,494	0,807
Enfermedad renal crónica	4,385	1,871 – 10,277	<0,001
Enfermedad pulmonar	2,173	1,274 – 3,708	0,004
FEVI (%)	0,961	0,940 – 0,983	<0,001

OR: odds ratio. IC 95%: intervalo de confianza del 95%. Variable dependiente: selección de TAVI (1) vs reemplazo valvular aórtico quirúrgico (0). Modelo de regresión logística multivariada. N = 659.

umbrales etarios propuestos por las guías y determinar si la edad predice de manera independiente la elección de TAVI.



Materiales y Métodos: Registro observacional, unicéntrico, de pacientes con EAoS sometidos a TAVI o RVAo entre diciembre 2021 y junio 2024, luego de la evaluación de un Heart Team. Se analizó la distribución del tratamiento según grupos etarios (<65, 65–75, 75–85 y >85 años) y el perfil clínico asociado a cada estrategia terapéutica. Asimismo, se realizó un análisis de regresión logística multivariada para evaluar la edad como predictor independiente de TAVI. Por otro lado, para determinar el punto de corte etario óptimo de selección de TAVI, se construyó una curva ROC para edad como variable predictora, calculando el área bajo la curva (AUC) y el punto de corte óptimo mediante el índice de Youden.

Resultados: Se incluyeron 661 pacientes; 245 (37%) tratados con TAVI y 416 (63%) mediante cirugía. La selección terapéutica mostró una fuerte asociación con la edad: cirugía predominó en menores de 65 años (97%; 116/119) y entre 65–75 años (87%; 177/203), mientras que entre 75–85 años la distribución fue prácticamente equivalente (51% TAVI vs 49% cirugía). En mayores de 85 años, TAVI fue la estrategia predominante (97%; 90/93). Los pacientes tratados con TAVI presentaron mayor riesgo quirúrgico y mayor carga de comorbilidades (EuroSCORE II 6,5% vs 2,35%; fragilidad 60% vs 11%). En el análisis multivariado, la edad se asoció independientemente con la selección de TAVI (OR 1,29 por año; equivalente a OR 10 años de 12,8 IC 95% 8,4 - 19,5; p<0,001) (Tabla 1). La curva de probabilidad estimada mostró una transición progresiva alrededor de los 75 años (probabilidad de TAVI: 28%), con incremento sostenido de la probabilidad de TAVI hasta alcanzar el 83% a los 85 años. La curva ROC confirmó el alto poder discriminativo de la edad para predecir la selección de TAVI (AUC 0,897; IC 95%: 0,870–0,920), con el umbral de 75 años mostrando una sensibilidad del 88,2% y especificidad del 70,4%, prácticamente idéntico al punto de corte óptimo estadístico (76 años, índice de Youden) (Figura 2).

Conclusión: En un registro contemporáneo de vida real, la edad constituyó un predictor independiente y de alto poder discriminativo para la selección de TAVI (AUC 0,897). El punto de corte óptimo estadístico (76 años, índice de Youden) fue prácticamente idéntico al umbral de 75 años de las guías ESC y las recomendaciones nacionales vigentes, validando que la práctica del Heart Team anticipó la formalización de este criterio. La edad, junto con el perfil de comorbilidad orgánica, debe integrarse en la evaluación multidimensional del Heart Team para la toma de decisiones en EAoS.

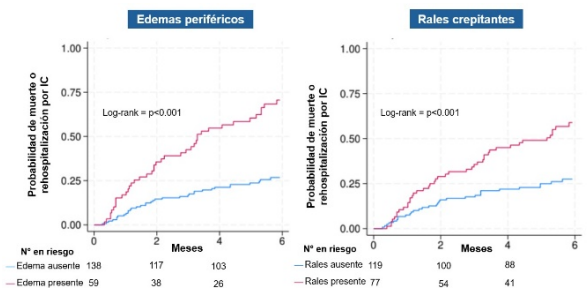
0430 - INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: UTILIDAD PRONÓSTICA DEL EXÁMEN FÍSICO PRE-ALTA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Mariano Gastón BERGIER | Fernando Damián GARAGOLI | Juan María IROULART | Santiago DECOTTO | Juan Augusto CARPANI | Ezequiel Maximiliano LILLO | Emiliano ROSSI | Cesar BELZITI

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La congestión residual al alta es un determinante mayor del pronóstico en la insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Aunque se han propuesto múltiples marcadores ecocardiográficos y biomarcadores para su evaluación, el valor pronóstico de los signos clínicos tradicionales de congestión continúa siendo motivo de debate.



Objetivos: El objetivo fue determinar la relevancia pronóstica de los marcadores clínicos clásicos de congestión residual egreso para el desenlace compuesto de muerte por cualquier causa o rehospitalización por insuficiencia cardíaca a 180 días.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo que incluyó consecutivamente pacientes mayores a 18 años

hospitalizados con diagnóstico principal de ICA entre diciembre de 2022 y febrero de 2025. El estudio se realizó un hospital universitario de tercer nivel. Se excluyeron pacientes con etiologías específicas: síndrome coronario agudo, valvulopatía severa con indicación de intervención, trasplante cardíaco y enfermedades pulmonares graves. Los marcadores clínicos clásicos de congestión residual al alta —crepitantes, edema periférico e ingurgitación yugular/hepatomegalia— fueron evaluados sistemáticamente antes del alta hospitalaria. También se analizaron parámetros ecocardiográficos y de laboratorio al alta. El punto final primario fue un compuesto de muerte por cualquier causa o rehospitalización por insuficiencia cardíaca a 180 días.

Tabla 1. Análisis multivariado de regresión de Cox para el desenlace compuesto de muerte por cualquier causa o rehospitalización por insuficiencia cardíaca a 180 días.

Variable	HR ajustado	IC 95%	p
Edad (por año)	0,99	0,97–1,01	0,364
FEVI (%)	1,01	0,98–1,03	0,625
Relación E/e' al egreso	1,01	0,96–1,06	0,644
PSAP al egreso (mmHg)	1,03	1,00–1,05	0,018
NT-proBNP al egreso (por 1000 pg/mL)	1,004	0,965–1,045	0,830
Edema periférico residual al alta	2,42	1,06–5,55	0,036
Crepitantes residuales al alta	3,96	1,60–9,81	0,003

Abreviaturas: FEVI, fracción de eyección ventricular izquierda; HR, hazard ratio; IC, intervalo de confianza; NT-proBNP, N-terminal pro-B-type natriuretic peptide: Presión sistólica pulmonar estimada, PSAP

Resultados: Se incluyeron 200 pacientes. La mediana de edad fue de 81 años [75–85] y el 53% eran varones. La cohorte presentó alta carga de comorbilidades (hipertensión arterial 85%, fibrilación auricular 44,5%, insuficiencia renal crónica 43%). Durante el seguimiento, 75 pacientes (37,7%) alcanzaron el punto final primario. Los pacientes dados de alta con edema periférico residual y crepitantes pulmonares presentaron una mayor incidencia acumulada de eventos. En el análisis univariado, los tres signos clínicos se asociaron con el punto final: rales pulmonares (HR 2,55; IC95% 1,60–4,04), edema periférico (HR 3,55; IC95% 2,25–5,60) e ingurgitación yugular (HR 3,42; IC95% 2,00–5,84). En el análisis multivariado de regresión de Cox, ajustado por edad, fracción de eyección ventricular izquierda, relación E/e', presión sistólica pulmonar estimada y NT-proBNP al egreso, los crepitantes pulmonares residuales (HR ajustado 3,96; IC95% 1,60–9,81; p=0,003), el edema periférico residual (HR ajustado 2,42; IC95% 1,06–5,55; p=0,036) y la presión sistólica pulmonar estimada al egreso (HR ajustado 1,03 por mmHg; IC95% 1,00–1,05; p=0,018) permanecieron independientemente asociados con el punto final primario.

Conclusión: En pacientes añosos hospitalizados por ICA, los crepitantes pulmonares y el edema periférico residuales al alta identifican de forma independiente a aquellos con mayor riesgo de muerte o rehospitalización a 180 días. Estos hallazgos resaltan que el examen físico continúa siendo una herramienta fundamental para la estratificación de riesgo y la toma de decisiones al alta, incluso en presencia de técnicas diagnósticas avanzadas.

0431 - COMPOSICIÓN HISTOLÓGICA DE LOS TROMBOS CORONARIOS EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: DETERMINANTES CLÍNICOS E IMPACTO EN LA REPERFUSIÓN MIOCÁRDICA

Cardiopatía Isquémica / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Rodrigo Ignacio BLANCO[1] | Andrea ZAPPI[2] | Federico Luis BLANCO[3] | Jorge SZARFER[3] | Miguel Federico ALBORNOZ[3] | Alejandro KIM[3] | Carolina GALVEZ GIL[3] | Gerardo Esteban GIGENA[3]

SERVICIO DE HEMODINAMIA. HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. COSME ARGERICH". CABA[1]; SERVICIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA. HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. COSME ARGERICH". CABA[2]; Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich[3]

Objetivos: Caracterizar la histología de los trombos obtenidos mediante tromboaspiración manual en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) y evaluar cómo los factores clínicos y angiográficos, en particular el tiempo de isquemia, influyen en su composición y en la ocurrencia del fenómeno de no-reflow en la angioplastia primaria (ATC).

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma prospectiva 124 muestras de trombos (> 1 mm^3) obtenidos por tromboaspiración por cateter durante la ATC en pacientes tratados por IAMCEST. Fueron analizadas características demográficas de los pacientes, tiempo de isquemia y demoras a la angioplastia primaria, características angiográficas y características histológicas de los trombos. Tras la inclusión en parafina y tinción con hematoxilina-eosina, las muestras fueron analizadas por patólogos en forma ciega. Se analizó longitud, diámetro (mm) y volumen (mm3) y composición histológica porcentual de plaquetas, fibrina, eritrocitos, leucocitos y de placa ateromatosa, identificada por la presencia de células inflamatorias y cristales de colesterol. Acorde a la composición histológica, los trombos se categorizaron como ricos en plaquetas (trombo plaquetario - TP, > 50% del trombo de contenido plaquetario), trombos rojos (TR, > 50% eritrocitos) o trombos mixtos (TM, no existía predominio de algún elemento en particular).

Resultados: La edad media fue de 60,1 ± 10 años (83,5% varones). El análisis histológico mostró una composición predominante de fibrina/plaquetas (46,7%), seguida de eritrocitos (31,7%), leucocitos (15%) y restos ateromatosos (6,5%). El subtipo más frecuente fue el TM (47,5%, n = 59), mientras que los TP (34%, n = 42) fueron significativamente más pequeños que los TR o TM (64 mm^3 vs. 391 mm^3 y 427 mm^3, respectivamente; p < 0,01). La duración de la isquemia fue un determinante principal de la arquitectura del trombo: los TP predominaron en las presentaciones tempranas (mediana 176 min), mientras que los TR y TM fueron más frecuentes en intervalos más prolongados (233 y 286 min). Finalmente, el fenómeno de no-reflow se asoció con un mayor volumen del trombo y una mayor densidad de leucocitos y eritrocitos (P<0,05), aunque no con componentes derivados de la placa como cristales de colesterol.

Conclusión: Los trombos coronarios evolucionan rápidamente tras la ruptura de la placa, siendo el tiempo de isquemia el principal determinante de su perfil histológico. Asimismo, el tamaño del trombo y el alto contenido de eritrocitos y leucocitos comprometen significativamente la perfusión miocárdica tras la ATC primaria.

0432 - PREDICTORES DINÁMICOS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: MÁS ALLÁ DE LOS SCORES ESTÁTICOS

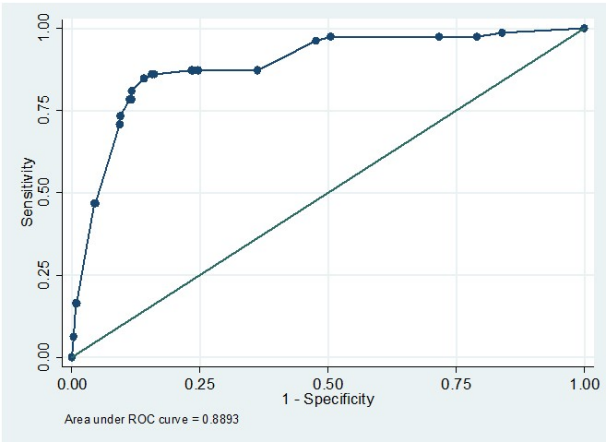
Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Federico TARET | Alejandro CICOLINI | Adrián José LESCANO | Roberto Rene FAVALORO | José Alberto ABUD | Guillermo PARODI PARODI| Héctor Alfredo RAFFAELLI | Gabriela Giselle NIETO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La estratificación del riesgo preoperatorio en cirugía cardiovascular (CCV) mediante herramientas validadas, como el ArgenScore o el EuroSCORE II, constituye un pilar fundamental para la toma de decisiones clínicas y el asesoramiento del paciente. Sin embargo, estos modelos predictivos presentan una limitación inherente: basan su cálculo en variables estáticas y comorbilidades previas al acto quirúrgico. En la práctica clínica de alta complejidad, la evolución del paciente(P)está fuertemente determinada por eventos intraoperatorios y la respuesta fisiopatológica inmediata en las unidades de recuperación cardiovascular (RCV). El síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), las alteraciones en la macro y microhemodinamia, el requerimiento prolongado de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y los marcadores de hipoperfusión tisular son elementos dinámicos que alteran drásticamente la trayectoria clínica esperada.

Distribución según tipo de cirugía			
CRM	33.68%		
Univalvular aislada	24.58%		
Combinada	19.54%		
Cirugía de aorta torácica	7.7%		
Otras	6.93%		
Cirugía de aorta abdominal	3.06%		
Trasplante cardiaco	2.3%		
Cirugía valvular múltiple	2.21%		
Variable Predictora	Odds Ratio (OR)	Intervalo de Confianza (IC 95%)	Valor de p
ARM Prolongada (> 6 horas)	11.06	6.00 - 20.39	< 0.001
Shock Hipovolémico	4.94	2.34 - 10.45	< 0.001
Vasoplejía	4.45	1.56 - 12.69	0.005
Hiperlactacidemia (Lactato > 35)	2.36	1.28 - 4.33	0.006
Fibrilación Auricular (FA)	2.16	1.30 - 3.60	0.003



Objetivos: Identificar variables clínicas y metabólicas posoperatorias tempranas sobre la mortalidad intrahospitalaria.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se incluyeron a P consecutivos sometidos a CCV en el período comprendido entre septiembre de 2023 y enero de 2026. Los datos fueron extraídos y analizados a partir de una base de datos institucional. Las variables continuas se describieron utilizando la media y la desviación estándar (DS) o la mediana y el rango intercuartílico (RI), según correspondiera a su distribución. Las variables categóricas se resumieron mediante frecuencias absolutas y relativas. Para identificar los predictores independientes de mortalidad en la internación, se desarrolló un modelo de regresión logística multivariada, cuya selección de variables se realizó en base a los resultados de los análisis univariado y multivariado, así como a criterios de relevancia clínica. Las variables clínicas de evolución posoperatoria seleccionadas resultaron ser predictores independientes y estadísticamente significativos de mortalidad intrahospitalaria (p < 0,05). Se calcularon los Odds Ratios (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%) y valores de p. El rendimiento global y la capacidad de discriminación del modelo final se evaluaron mediante el área bajo la curva ROC.

Resultados: Se analizó una muestra de 1723P. La edad media de la cohorte fue de 67,1 ± 10,6 años, con una predominancia del sexo masculino (68,8%). Respecto al tipo de intervención, ver tabla 1. La mortalidad global intrahospitalaria observada en la cohorte fue del 5,27%. El requerimiento de asistencia respiratoria mecánica prolongada y el desarrollo de shock hipovolémico mostraron la asociación más fuerte con el desenlace fatal. A continuación, se detallan los resultados numéricos específicos (Tabla 1). La constante del modelo fue de 0.0016 ($p < 0.001$). El modelo demostró una excelente capacidad de discriminación, evidenciada por un área bajo la curva ROC (AUC) de 0,889.

Conclusión: En nuestra cohorte de CCV, la presencia de múltiples variables clínicas, hemodinámicas, metabólicas y respiratorias demostró una fuerte asociación con la mortalidad intrahospitalaria. Estos hallazgos evidencian que la incorporación de predictores de riesgo dinámicos posoperatorios permite refinar de manera sustancial la evaluación pronóstica tradicional. En consecuencia, la identificación temprana de pacientes con ARM prolongada, inestabilidad hemodinámica o disoxia tisular ofrece una ventana de oportunidad crítica para intensificar las estrategias terapéuticas y optimizar la asignación de recursos en la unidad de RCV.

0433 - ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA Y BARRERAS SOCIOECONÓMICAS PARA LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN ARGENTINA

Cardiopatía Isquémica / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Rodrigo Ignacio BLANCO[1] | Tomas PUENTE[2] | Federico Luis BLANCO[1] | Luis Eduardo BLANCO[3] | Alejandro Mario GARCIA ESCUDERO[3] | Jorge SZARFER[4] | Gerardo Esteban GIGENA[4]

SERVICIO DE HEMODINAMIA. HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. COSME ARGERICH". CABA[1]; CÁTEDRA DE DEMOGRAFÍA HISTÓRICA. FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES[2]; Cardiovascular Chivilcoy[3]; Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich[4]

Introducción: La angioplastia primaria (ATC) es el tratamiento de elección del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), pero su eficacia es tiempo-dependiente.

Objetivos: Evaluar la accesibilidad potencial de la población mayor de 18 años en Argentina a centros de hemodinamia (CH) para la realización de angioplastia primaria (ATC).

Perfil de Accesibilidad Geográfica y Económica	N (%)
Población con acceso geográfico (< 50 km)	23.804.939 (76,26%)
Población sin acceso geográfico (> 50 km)	7.410.467 (23,74%)
Población en zonas con hemodinamia exclusivamente privada	7.606.563 (24,36%)
Población de zonas con CH privados, sin cobertura médica	1.681.359 (5,39%)

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de análisis geoespacial y socioeconómico de diseño transversal para estimar las barreras geográficas y de cobertura financiera en el acceso de la población adulta a Centros de Hemodinamia (CH) con capacidad de realizar ATC en la Argentina. El estudio abarcó a la totalidad de las provincias y distritos del país (población total de 46.234.830 habitantes). Los criterios de inclusión se restringieron a los habitantes mayores de 18 años (n = 31.215.046). Los datos poblacionales y de cobertura de salud provienen del Censo Nacional año 2022, procesados mediante el software REDATAM7. Se localizó y clasificó a los CH a partir del listado del Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionistas y del Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES). Los CH fueron clasificados en públicos o privados. Para el análisis geoespacial y socioeconómico se definió un radio de cercanía de 50 km lineales a un CH como umbral geográfico óptimo para que un habitante pueda recibir ATC primaria dentro de los tiempos recomendados por las guías clínicas internacionales (<120 minutos). El procesamiento cartográfico se realizó utilizando el Sistema de Información Geográfica (SIG) QGIS 4.0.2. Se georreferenciaron las coordenadas de los CH y se construyeron áreas de influencia circulares con un radio euclidiano de 50 km. Posteriormente, estas áreas se superpusieron con la capa vectorial de los radios censales. Luego se cruzó la accesibilidad geográfica con la variable censal de cobertura de salud, categorizando a la población según la carencia de obra social o medicina prepaga. Se identificó a los residentes que dependen del subsector público en áreas con oferta exclusivamente privada.

Resultados: Se analizó una población total de 31.215.046 personas mayores de 18 años en Argentina. Los resultados de accesibilidad geográfica y económica se observan en la Tabla 1. Accesibilidad Geográfica: Tres de cada cuatro adultos en Argentina (76,26%) viven dentro del rango de cobertura teórica de 50 km de un CH. Barrera Económica/Institucional: Del total de la población, 7.606.563 personas (24,36%) residen en localidades donde la oferta de hemodinamia es exclusivamente privada. Dentro del grupo anterior, 1.681.359 personas dependen del sistema público de salud, pero viven en áreas donde los CH son exclusivos del sector privado, configurando una barrera de acceso para la ATC.

Conclusión: El 76,26% de la población adulta argentina cuenta con un CH a una distancia geográfica aceptable (< 50 km) para ser tratado con ATC en los tiempos recomendados. Casi un 24% de la población está excluida geográficamente de una respuesta rápida ante un IAMCEST, requiriendo estrategias alternativas, como protocolos de trombólisis. La combinación de CH privados y falta de cobertura formal afecta directamente a más de 1,6 millones de argentinos. Para este grupo, la barrera no es la distancia, sino el financiamiento y la falta de articulación público-privada. Estos hallazgos son una herramienta para que los tomadores de decisiones diseñen redes de derivación y tratamiento del IAM, optimicen la distribución de CH y establezcan sistemas de convenios con el sector privado en regiones sin CH públicos.

0434 - EXPERIENCIA ARGENTINA DE LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Federico TARET | Alejandro CICOLINI | Roberto Rene FAVALORO | Adrián José LESCANO | José Alberto ABUD | Héctor Alfredo RAFFAELLI | Guillermo PARODI PARODI | Vanesa Del Valle AUDIL

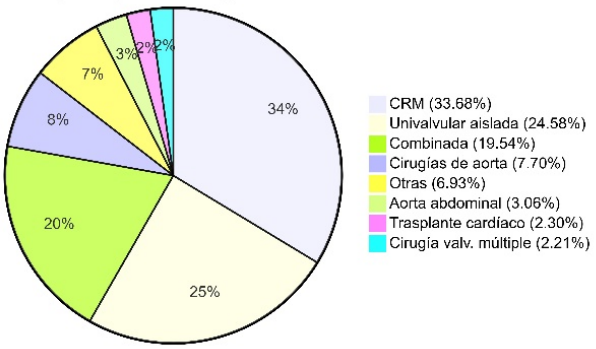
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La cirugía cardiovascular (CCV) constituye la solución definitiva para una amplia variedad de patologías estructurales y coronarias severas, impactando de forma directa en la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes. Debido a la alta complejidad de estos procedimientos y a la constante evolución de las técnicas operatorias y los sistemas de asistencia circulatoria, la evaluación sistemática de los resultados clínicos locales resulta indispensable para optimizar los cuidados perioperatorios.

Objetivos: Describir las características demográficas, prequirúrgicas y la evolución postoperatoria de una cohorte contemporánea de pacientes sometidos a CCV en un centro de alto volumen.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo y analítico en el que se incluyeron de forma consecutiva los pacientes (P) sometidos a cirugía cardiovascular entre septiembre de 2023 y enero de 2026.

Distribución por Tipo de Cirugía Cardiovascular



Resultados: Se incluyeron un total de 2255 P. La edad promedio de la población fue de 67,14 años ±10,66. En cuanto a la distribución por sexo, se observó una marcada predominancia del sexo masculino, representando el 68,87% de los casos. El índice de masa corporal (IMC) mostró una media de 28,54 kg/m² ±4,61. La FEVI presentó fue de 56,01% ±11,39, el deterioro de la función del ventrículo derecho previo fue de 4,47% y el antecedente de FA previa fue del 11,73%. El riesgo preoperatorio global medido a través del modelo ArgenSCORE arrojó una media de 26,38 ±11,27. En relación con el contexto de la intervención, el 85,19% fueron de carácter electivo, las urgencias fueron 12,69% y las emergencias el 2,12% de la cohorte. La cirugía de revascularización miocárdica (CRM) aislada representó el 33,57% de las intervenciones totales. Presentaban edad significativamente mayor en comparación con aquellos que recibieron otros tipos de procedimientos quirúrgicos (68,88 ± 7,29 frente a 66,39 ± 11,72 años; p < 0,0001). El tiempo de asistencia respiratoria mecánica (ARM) tuvo una mediana de 2 horas (2–4 horas). La tasa de reintubación en la unidad intensiva fue del 3,99%. La incidencia de fibrilación auricular aguda postoperatoria alcanzó el 33,40%. El uso de levosimendán fue de 5,38%. Se requirió el uso de balón de contrapulsación intraaórtico (IABP) en el 4,53% de los casos y de soporte con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) en el 1,37%. La incidencia de delirium clínico fue de 11,41% de los pacientes. Se registró shock hipovolémico severo en el 2,87%, taponamiento cardíaco en el 2,50% de los casos y la tasa de reoperación por sangrado del 2,28%. La estadía hospitalaria postoperatoria total presentó una mediana de 5 días (4–7 días). Finalmente, la mortalidad global intrahospitalaria fue de 5.2%.

Conclusión: El análisis refleja la realidad de una base de CCV general, caracterizada por una marcada heterogeneidad en el tipo de procedimientos realizados. Nos encontramos frente a una población añosa, especialmente en el subgrupo sometido a revascularización miocárdica aislada, y con un perfil de riesgo preoperatorio de intermedio a alto. A pesar de estas características basales desafiantes, los resultados clínicos intrahospitalarios globales resultan favorables. Esto se fundamenta en tiempos de extubación ultracortos, una incidencia contenida de complicaciones que requirieran

soporte mecánico avanzado y una estadía hospitalaria breve, lo que sugiere un manejo perioperatorio y una recuperación postquirúrgica altamente efectivos. El registro y la evaluación sistemática de la casuística local son pilares fundamentales porque permiten conocer el perfil real de nuestra población y establecer un punto de referencia sólido para optimizar la calidad asistencial en el perioperatorio.

0438 - FENOTIPO DE FALLA DERECHA EN LA MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA: DISFUNCIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO Y CONGESTIÓN VENOSA SISTÉMICA POR VEXUS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

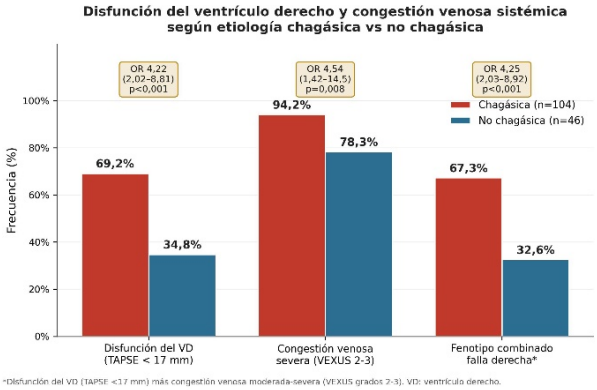
Enfermedad de Chagas / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

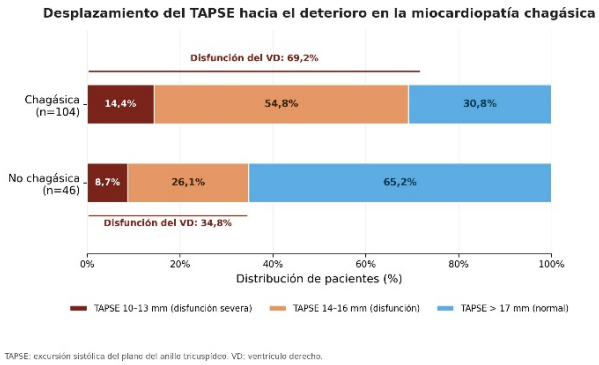
Walter Armando BERNAL ARANA[1] | **Mauricio ESPADA ARANCIBIA**[2]

CENTRO INTEGRAL DE ARRITMIAS TUCUMAN[1]; HOSPITAL SANTA BARBARA[2]

Introducción: La miocardiopatía chagásica se caracteriza clásicamente por su compromiso del ventrículo izquierdo y su perfil arritmogénico, pero su impacto sobre el ventrículo derecho (VD) y la congestión venosa sistémica ha sido escasamente explorado en registros de insuficiencia cardíaca (IC) descompensada en zonas endémicas.

Objetivos: Comparar la prevalencia de disfunción del VD evaluada por TAPSE y de congestión venosa sistémica medida por el score VEXUS entre pacientes con IC de etiología chagásica y no chagásica.





TAPSE: excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo. VD: ventrículo derecho.

Materiales y Métodos: Registro observacional, transversal y unicéntrico de 150 pacientes consecutivos hospitalizados por IC aguda descompensada en un hospital público de tercer nivel en zona endémica de enfermedad de Chagas. Se evaluó la función del VD por TAPSE (disfunción: <17 mm) y la congestión venosa sistémica mediante VEXUS por ultrasonografía a la cabecera (congestión moderada-severa: grados 2-3). Se compararon pacientes chagásicos (n=104) vs no chagásicos (n=46) mediante chi-cuadrado y odds ratio (OR) con intervalo de confianza del 95%.

Resultados: La disfunción del VD (TAPSE <17 mm) fue significativamente más frecuente en chagásicos que en no chagásicos (69,2% vs 34,8%; OR 4,22 [2,02–8,81]; p<0,001). La distribución del TAPSE mostró un desplazamiento hacia el deterioro en chagásicos (10-13 mm: 14,4% vs 8,7%; 14-16 mm: 54,8% vs 26,1%; >17 mm: 30,8% vs 65,2%). La congestión venosa severa por VEXUS (grados 2-3) también predominó en chagásicos (94,2% vs 78,3%; OR 4,54 [1,42–14,5]; p=0,008). El fenotipo combinado de falla derecha (disfunción del VD más congestión venosa moderada-severa) cuadruplicó su frecuencia en chagásicos (67,3% vs 32,6%; OR 4,25 [2,03–8,92]; p<0,001). Esta disfunción no se explicó por hipertensión pulmonar, similar en ambos grupos (39,4% vs 39,1%; p=0,97).

Conclusión: En esta cohorte de IC descompensada en zona endémica, la etiología chagásica se asoció a un fenotipo de falla derecha, con cuadruplicación del riesgo de disfunción del VD y de congestión venosa sistémica severa por VEXUS, sin mediación de hipertensión pulmonar, sugiriendo daño miocárdico intrínseco del VD. La evaluación del VD y la congestión venosa por ultrasonografía a la cabecera identifica un subgrupo de alto riesgo y debería incorporarse en la valoración del paciente chagásico.

0439 - EJE EMBÓLICO DE LA MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA: FIBRILACIÓN AURICULAR Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN UN REGISTRO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ZONA ENDÉMICA

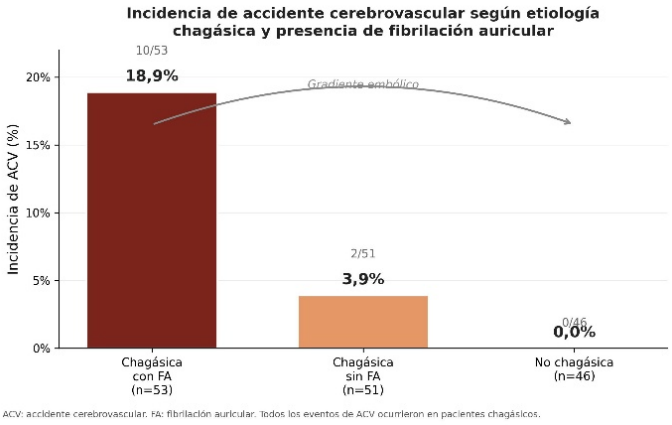
Enfermedad de Chagas / Arritmias y Electrofisiología

Walter Armando BERNAL ARANA[1] | **Mauricio ESPADA ARANCIBIA**[2]

CENTRO INTEGRAL DE ARRITMIAS TUCUMAN[1]; HOSPITAL SANTA BARBARA[2]

Introducción: La miocardiopatía chagásica genera un sustrato arritmogénico y estructural que favorece el tromboembolismo, pero la magnitud del riesgo embólico cerebral en la insuficiencia cardíaca (IC) descompensada de causa chagásica ha sido poco cuantificada en registros de zonas endémicas.

Objetivos: Analizar la asociación entre la etiología chagásica, la fibrilación auricular (FA) y la ocurrencia de accidente cerebrovascular (ACV) en pacientes hospitalizados por IC descompensada, y describir la brecha de anticoagulación en esta población.



Materiales y Métodos: Registro observacional, transversal y unicéntrico de 150 pacientes consecutivos hospitalizados por IC aguda descompensada en un hospital público de tercer nivel en zona endémica de enfermedad de Chagas. Se registró la presencia de FA (electrocardiográfica o por antecedente), el ACV asociado al episodio y el tratamiento anticoagulante al ingreso. Se compararon pacientes chagásicos (n=104) y no chagásicos (n=46) mediante chi-cuadrado y odds ratio (OR) con intervalo de confianza del 95%.



Resultados: La FA fue más frecuente en chagásicos que en no chagásicos (51,0% vs 19,6%; OR 4,27 [1,87–9,74]; p<0,001). La totalidad de los eventos de ACV de la cohorte (12/150; 8,0%) ocurrió en pacientes chagásicos (11,5% vs 0%; p=0,018). El ACV se concentró en pacientes con FA: su incidencia fue de 16,1% con FA frente a 2,3% sin FA (OR 8,27 [1,74–39,22]; p=0,004), asociación que se mantuvo dentro del grupo chagásico (18,9% vs 3,9%; OR 5,70 [1,18–27,45]; p=0,029). Se observó un gradiente embólico según subgrupo: chagásicos con FA 18,9%, chagásicos sin FA 3,9% y no chagásicos 0%. La brecha terapéutica fue marcada: el 75,8% de los pacientes con FA no recibía anticoagulación al ingreso, y 10 de los 12 pacientes con ACV no estaban anticoagulados.

Conclusión: En esta cohorte de IC descompensada en zona endémica, el ACV se asoció de forma exclusiva a la etiología chagásica y se concentró en los pacientes con FA, configurando un eje embólico claramente identificable: la miocardiopatía chagásica genera el sustrato arritmogénico, la FA dispara el evento y la baja tasa de anticoagulación lo agrava. Estos hallazgos respaldan la búsqueda activa de FA y la optimización de la tromboprofilaxis como prioridades en el manejo del paciente chagásico con IC.

0441 - DECONGESTIÓN EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA. EXPERIENCIA INICIAL EN EL USO DE ACETAZOLAMIDA POR VÍA ORAL

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Educación Médica y Políticas de Salud

Nicolás KORENBLIT | Milagros SAURINA | Francisco NUTÍNEZ | Elián GIORDANINO | Rita Marcela FORTUNATO | Luis María GUTIÉRREZ | Pablo Alejandro KLIN

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: Las internaciones por episodios de descompensación de insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD) son un evento frecuente y relevante en pacientes (pts) con distintas cardiopatías, siendo los fenotipos caracterizados por congestión predominante los más prevalentes. Dentro de las opciones terapéuticas disponibles se destacan los diuréticos, particularmente con bloqueo tubular secuencial. Se ha propuesto que el uso de Acetazolamida (ACTZ) por vía endovenosa (EV) permite una decongestión más rápida y eficaz, si bien sin impacto en la mortalidad ni reinternaciones. Sin embargo, en nuestro medio la presentación EV no está disponible, y no se dispone de evidencia definida con respecto a seguridad y eficacia de ACTZ por vía oral (VO) en esta población.

Objetivos: Evaluar eficacia y seguridad del uso de ACTZ por VO en pts internados por ICAD.

(ml Diuresis / mg Furo)	ACTZ= NO (112 pacientes)	ACTZ= SI (156 pacientes)	p
Eficacia diurética 1	23 (13-27)	27 (24-32)	< 0.001
Eficacia diurética 2	27 (21-30)	30 (23-35)	< 0.001
Eficacia diurética 3	22 (20-27)	26 (23-28)	< 0.001

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional y retrospectivo que incluyó a pts mayores de 18 años que fueron internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Telemétricos de nuestro hospital entre enero de 2017 y marzo de 2026, con internaciones mayores a 1 día. Se excluyó del estudio a quienes recibieron un trasplante cardíaco o recibían sustitución renal con diálisis. La identificación de los grupos se basó en el uso de ACTZ, en una comparación a partir de emparejamiento por puntuación de propensión para eliminar sesgos por confusión, y generar dos grupos con características basales similares. Se consideraron diferencias estadísticas con un nivel de significancia alfa < 5 %. El análisis se llevó a cabo utilizando R (R Core Team, 2023).

Resultados: Se compararon dos grupos (ACTZ = no, 112 pts; ACTZ = si, 156 pts). Ambos grupos fueron similares en cuento a género, edad, función ventricular, función renal al ingreso, cardiopatía estructural y fenotipo de la ICAD, entre otros, como se expresa en la figura 2. La duración de la internación fue menor en los pts que recibieron ACTZ (6 vs 7 días; p= 0.03), así como la proporción de pts con internaciones >7 días (33 vs 47%, p= 0.02) y aquellos que desarrollaron empeoramiento de la ICAD (5.8 vs 13%; p= 0.03). La eficacia diurética y natriuresis de los primeros 3 días de internación fue mayor en los pts que recibieron ACTZ, como se visualiza en la tabla. Los pts que recibieron ACTZ no presentaron aumento de la incidencia de resistencia los diuréticos (12 vs 13%, p= 0.6) ni de necesidad de ultrafiltración de rescate (1.3 vs 4.5%, p= 0.13). La creatinina al egreso fue similar en ambos grupos (1.30 vs 1.29 mg/dl; p= 0.07). El uso de ACTZ no se asoció al desarrollo de arritmias (FA paroxística 13 vs 8%, p= 0.2; arritmias ventriculares 13 vs 14%, p= 0.8); no se registraron descargas de desfibriladores automáticos. No se detectaron diferencias en la mortalidad hospitalaria (HR 1.04, IC95% 0.54-1.99, p= 0.9) o reinternaciones por ICAD (HR 0.51, IC95% 0.21-1.27, p= 0.15).

Conclusión: En la población evaluada de pts internados por ICAD, el agregado de ACTZ por VO al esquema de bloqueo tubular secuencial desde el ingreso al hospital permitió reducir la duración de la internación y optimizar la decongestión, sin impacto en la mortalidad hospitalaria, reinternaciones ni desenlaces renales. No se registraron eventos adversos de relevancia en el estudio. ACTZ por VO es una opción a considerar con el objetivo de disminuir la duración de la internación en pts internados por ICAD.

0442 - PREDICCIÓN DEL USO DE ULTRAFILTRACIÓN DE RESCATE EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA AL MOMENTO DEL INGRESO AL HOSPITAL. DESARROLLO Y VALIDACIÓN INICIAL DE UN SCORE PRONÓSTICO

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Pilar MOLINA BRANCA | Francisco NUTÍNEZ | Elián GIORDANINO | Rita Marcela FORTUNATO | Luis María GUTIÉRREZ | Francisco KLEIN | Liliana Ethel FAVALORO | Pablo Alejandro KLIN

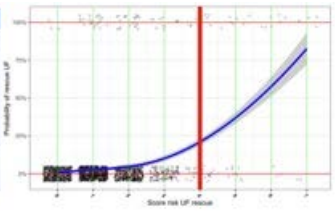
FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: Las estrategias para la decongestión de pacientes (p) internados por insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD) han evolucionado en los últimos años, logrando una decongestión más eficaz y menor duración de la internación. Sin embargo la ultrafiltración de rescate (UF-res) sigue siendo la última barrera para los p resistentes a los diuréticos a pesar de congestión residual. Si bien se han identificado varios predictores para la necesidad de UF-res la información actualizada sobre la predicción del riesgo al ingreso es escasa.

Objetivos: Nuestro objetivo fue desarrollar un score sencillo para la predicción del riesgo de la necesidad de necesitar UF-res en p internados por ICAD al momento del ingreso al hospital.

Materiales y Métodos: En el período entre Julio de 2011 y diciembre de 2025, un total de 2011 p fueron internados por ICAD. Estos fueron asignados aleatoriamente a un conjunto de datos de desarrollo y otro de validación (80/20%). Las características clínicas basales de los 1608 pacientes del conjunto de datos de desarrollo se consideraron como posibles predictores univariados de UF-res. Posteriormente, se utilizó un modelo de regresión logística múltiple para identificar predictores independientes de UF-res. Basados en los coeficientes, se identificaron 6 variables (edad, fracción de eyección del ventrículo izquierdo, fenotipo predominante de ICAD, creatinina sérica al ingreso, sodio sérico al ingreso y T3 al ingreso), a las que se les asignó un valor ponderado; posteriormente se asignó su sumatoria a una puntuación de riesgo total para cada p.

Variable	Puntaje
FEVI > 50%	1
Creatinina ingreso > 3.5 mg/dl	4
Creatinina ingreso > 1.4 - < 3.4 mg/dl	1
T3 < 0.55 ng/ml	1
Na^+ ingreso < 132 mEq/L	1



Resultados: La incidencia global de UF-res fue de 4,1%. La puntuación osciló entre 0 y 7; las puntuaciones bajas incluyeron de 0 a 4, mientras que las altas de 5 a 7 puntos. La tasa de UF-res del conjunto de desarrollo fue de 3,1% para una puntuación de riesgo baja y de 31,6% para una puntuación de riesgo alta, respectivamente, con aumento exponencial del riesgo (chi-cuadrado de Cochran Armitage, p 0,0001). En los 403 p del conjunto de datos de validación, el modelo demostró un alto poder discriminatorio (AUCROC 0,90) y de calibración (precisión 0,96). El aumento de la puntuación de riesgo se asoció fuertemente con UF-res (rango del 3 al 38% para una puntuación de riesgo baja y alta, p< 0,001, respectivamente) y de la estadía hospitalaria (7 vs 9 días, p= 0,005), sin impacto en la mortalidad al año (p= 0,2) ni en las tasas de reinternación por ICAD (p= 0,3), respectivamente.

Conclusión: El riesgo de necesitar ultrafiltración de rescate en internaciones por ICAD puede predecirse utilizando información fácilmente disponible al ingreso, con un modelo de alto rendimiento validado internamente. La puntuación de riesgo propuesta se relacionó con la duración de la internación, no con el riesgo de muerte o reinternaciones.

0444 - INDICACIONES DE ULTRAFILTRACIÓN DE RESCATE EN INTERNACIONES POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: UNA EMULACIÓN DE ENSAYO OBJETIVO CONSIDERANDO LAS TENDENCIAS TEMPORALES DE USO, SUS PREDICTORES E IMPLICANCIAS CLÍNICAS

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Francisco NUTINEZ | Pilar MOLINA BRANCA | Elián GIORDANINO | Luis María GUTIÉRREZ | Rita Marcela FORTUNATO | Liliana Ethel FAVALORO | Pablo Alejandro KLIN

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La resistencia a diuréticos es un evento grave en pacientes (p) internados por insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD). En este escenario, la ultrafiltración de rescate (UF-rescate) surge como una opción terapéutica para minimizar riesgos y reducir la estadía hospitalaria.

Objetivos: Evaluar las tendencias temporales en el uso de UF-rescate, identificar sus predictores y determinar su impacto sobre los desenlaces clínicos.

Materiales y Métodos: Estudio observacional y retrospectivo que incluyó a p mayores de 18 años ingresados por ICAD en la Unidad de Cuidados Intensivos Telemétricos entre julio 2011 y enero 2026. Se excluyeron reingresos (solo se analizó internación índice), pacientes con trasplante cardíaco o en diálisis crónica. Los períodos temporales se definieron según las modalidades del uso de diuréticos. Para homogeneizar las características basales de los grupos, se aplicó ponderación por probabilidad inversa basada en los predictores más relevantes. Los desenlaces se evaluaron mediante modelos de regresión logística múltiple y análisis de tiempo al evento. Se consideró significancia estadística con alfa < 5%. El análisis se ejecutó en R (R Core Team, 2024).

Estrategia diurética	período: 2011-2016	Período: 2017-2022	período: 2023-2026	p
Furosemida día 1 (mg)	83 (83-108)	120 (104, 240)	104 (104, 108)	< 0.001
Furosemida día 2 (mg)	100 (84, 115)	120 (106, 236)	136 (116, 165)	< 0.001
Furosemida día 3 (mg)	91 (71, 106)	122 (96, 163)	115 (106, 138)	< 0.001
Sol Salina Hipertónica (3%) (n) (%)	0 (0%)	35 (39%)	16 (52%)	< 0.001
Glifozinas (n) (%)	0 (0%)	14 (16%)	16 (52%)	< 0.001
Tiazidas (n) (%)	1 (1.1%)	19 (21%)	17 (55%)	< 0.001
Acetazolamida (n) (%)	0 (0%)	1 (1.1%)	24 (77%)	< 0.001

Resultados: Se incluyeron 2011 p; 208 desarrollaron resistencia a diuréticos y, de éstos, 73 recibieron UF-rescate. Dentro del subgrupo con resistencia a diuréticos, predominó el sexo masculino (62%), sin diferencias en la edad (72 vs 73 años; p = 0,3), ni etiología de la cardiopatía (coronaria 24 vs 24%; idiopática 20 vs 17%; valvular 42 vs 35%; p = 0,6). Sin embargo, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo sí mostró diferencias (45 vs 35%; p = 0,03). La estadía hospitalaria fue más prolongada en grupo UF-rescate (16 vs 12 días; p < 0,01). Al ingreso, este grupo presentó valores más altos de creatinina (1,70 vs 1,30 mg/dl; p < 0,01) y una mayor proporción de filtrado glomerular estimado (FGe) < 30 ml/min/1,73 m² (36 vs 18%; p < 0,01). En cuanto a los fenotipos (p global = 0,2), el grupo UF-rescate tuvo menor prevalencia de hipoperfusión (13 vs 29%) y mayor frecuencia de insuficiencia cardíaca derecha (42 vs 25%), sin diferencias en la congestión pulmonar (45 vs 46%). El uso de UF-rescate no incrementó la mortalidad intrahospitalaria (HR 0,89; IC95% 0,48-1,65; p = 0,71), la mortalidad en el seguimiento (HR 0,71; IC95% 0,25-1,96; p = 0,5), ni las tasas de reinternación (HR 1,25; IC95% 0,70-2,22; p = 0,5). Los predictores independientes de menor indicación de UF-rescate fueron: Edad < 65 años (OR 0,33; IC95% 0,21-0,54; p < 0,001), período 2017-2022 (OR 0,69; IC95% 0,49-0,96; p = 0,03) y período 2023-2024 (OR 0,30; IC95% 0,09-0,78; p < 0,001). Los predictores independientes de mayor indicación fueron FGe < 30 ml/min/1,73 m² (OR 4,43; IC95% 2,65-7,46; p < 0,001) y fenotipo con predominio de congestión pulmonar (OR 1,55; IC95% 1-2,41; p = 0,05).

Conclusión: La resistencia a diuréticos ensombrece el pronóstico en ICAD. Bajo un esquema de bloqueo tubular más profundo, disminuye la probabilidad de requerir UF. Reducción de la reserva renal y fenotipo de congestión pulmonar se consolidan como los factores clave para decidir una estrategia invasiva temprana orientada a acortar la internación y optimizar el pronóstico a corto plazo. Finalmente, la función ventricular y la etiología de la cardiopatía no influyeron en la indicación de ultrafiltración.

0446 - MÁS ALLÁ DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN: FENOTIPO ECOCARDIOGRÁFICO DE RESPUESTA AL LEVOSIMENDÁN INTERMITENTE EN INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA

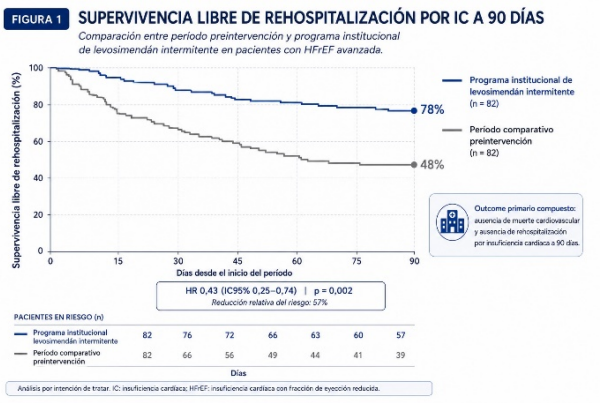
Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Richard Orlando FUENTES SUAREZ | Christian José CAINZO | Fernando Esteban BAZOALTO ORTUBÉ | Carlos Héctor GIMENEZ | **Camilo JIMENEZ VEGA**

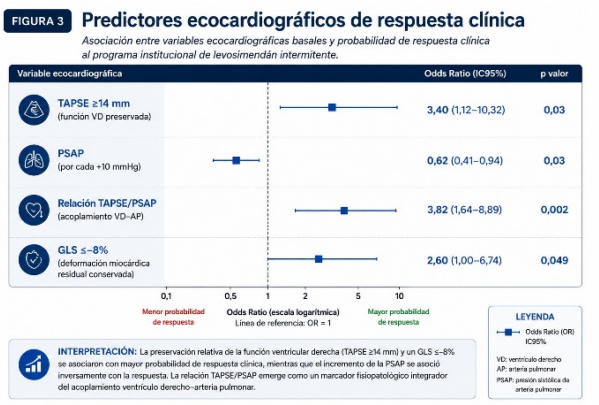
HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES

Introducción: La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida avanzada se asocia con elevada rehospitalización, progresión clínica y alta utilización de recursos sanitarios. El levosimendán intermitente constituye una estrategia terapéutica complementaria; sin embargo, la respuesta clínica es heterogénea y podrían existir variables ecocardiográficas asociadas a mayor beneficio.

Objetivos: Evaluar el impacto clínico del levosimendán intermitente sobre la supervivencia libre de rehospitalización a 90 días e identificar predictores ecocardiográficos asociados a respuesta clínica.



Materiales y Métodos: Estudio observacional unicéntrico de cohorte ambispectiva. Se incluyeron 82 pacientes de 60–85 años con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección ventricular izquierda ≤35%, clase funcional III–IV persistente y antecedente de internación por insuficiencia cardíaca en los seis meses previos. Todos recibieron levosimendán (0,1 µg/kg/min durante 24 horas, sin bolo). El punto final primario fue supervivencia libre de rehospitalización a 90 días. Se evaluaron además rehospitalización global, tiempo vivo fuera del hospital, NT-proBNP, mortalidad y seguridad hemodinámica. Se analizaron excursión sistólica del anillo tricuspídeo, presión sistólica de arteria pulmonar, strain longitudinal global y fracción de eyección ventricular izquierda como predictores de respuesta.



Resultados: La edad media fue 72±6 años y la fracción de eyección basal 26±6%. A 90 días se observó mayor supervivencia libre de rehospitalización (78% vs 58%; p=0,04), con reducción del riesgo relativo de rehospitalización (HR 0,52; IC95% 0,28–0,98). La rehospitalización global disminuyó significativamente (IRR 0,56; IC95% 0,36–0,86; p=0,008), con incremento absoluto de 11 días vivos fuera del hospital (IC95% +4 a +18; p=0,01). El NT-proBNP disminuyó 34% (p=0,002). Excursión sistólica del anillo tricuspídeo ≥14 mm (OR 3,4; p=0,03), menor presión sistólica de arteria pulmonar (OR 0,62 por cada 10 mmHg; p=0,03) y strain longitudinal global ≤−8% (OR 2,6; p=0,049) se asociaron con mayor respuesta clínica.

Conclusión: El levosimendán intermitente se asoció con menor rehospitalización, mayor tiempo vivo fuera del hospital y reducción significativa de NT-proBNP en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada. Más allá de la fracción de eyección ventricular izquierda, un fenotipo ecocardiográfico caracterizado por mejor función ventricular derecha, menor carga vascular pulmonar y deformación miocárdica residual se vinculó con mayor probabilidad de respuesta clínica, posicionando a la ecocardiografía como una herramienta potencial para optimizar la selección terapéutica y avanzar hacia estrategias más individualizadas en insuficiencia cardíaca avanzada.

0447 - LA OBESIDAD FRENTE AL ESPEJO: AUTOPERCEPCIÓN DE IMAGEN CORPORAL Y ACTITUD DE CAMBIO

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Educación Médica y Políticas de Salud

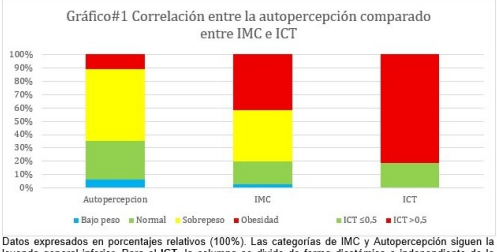
Jhankarla Claudia SILES GARCIA | Santiago NORIEGA | Ignacio Miguel BRUSCO | Meribeth SÁNCHEZ | María Paula CALANDRA | Roxana Edith PALACIO | Norberto Gustavo ALLENDE | Fernando José SOKN

Clínica IMA Adrogué

Introducción: En las últimas décadas la obesidad ha mostrado una tendencia creciente en varios países del mundo, incluyendo Argentina y acompaña el incremento epidémico de enfermedades crónicas no transmisibles. A pesar constituir un factor de riesgo cardiovascular bien reconocido y de su influencia negativa sobre otros factores de riesgo frecuentemente es subestimada.

Objetivos: 1) Analizar la asociación entre la obesidad, las características de la población y la actitud del paciente frente a su diagnóstico. 2) Evaluar la correlación entre el diagnóstico de obesidad basado en las medidas antropométricas y la autopercepción de su imagen corporal.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, observacional en individuos que asistieron a consultorios de nuestra institución, ubicada en el segundo cinturón del conurbano bonaerense en el período enero-abril 2026. Participaron voluntariamente de una encuesta con preguntas e imágenes sobre costumbres alimentarias, actividad física y actitud general para controlar el peso. Se registró la altura, talla y perímetro de cintura y se les pidió que manifestaran en qué categoría consideran ubicarse «bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad» y se los contrastó por IMC (Índice de Masa



Datos expresados en porcentajes relativos (100%). Las categorías de IMC y Autopercepción siguen la leyenda general inferior. Para el ICT, la columna se divide de forma dicotómica e independiente de la leyenda: la sección verde corresponde a valores normales (< 0.5) y la sección roja a valores elevados o de riesgo cardiometabólico (≥0.5).

Corporal). A partir de las mediciones antropométricas fueron clasificados según IMC y el Índice Cintura-Talla (ICT), considerándose obesos a aquellos que cumplían criterios objetivos (IMC =30 kg/m²). Se investigó la asociación entre ICT >0,5 y las características basales de la población: sexo, edad, tasa metabólica evaluada por actividad laboral, nivel de instrucción y percepción de bienestar en salud. Se analizó la prevalencia de actitud saludable (dieta y ejercicio) frente a la obesidad. Para el análisis estadístico se utilizó test de chi cuadrado, considerándose significativo un valor de p< 0.05.

Resultados: Se incluyeron 111 adultos. La edad promedio fue 51 ± 2 años, sexo femenino 74 pac (67%). La distribución de la población según IMC fue: bajo peso 2 pac; normal 19 pac (17%); sobrepeso 44 pac (40%); obesidad 46 pac (41%). La autopercepción de la imagen corporal tuvo correlación con la medición objetiva (P <0.001), sin embargo, los pacientes mostraron una tendencia a definirse en categorías de peso más bajas que la real: bajo peso 7 pac (6%); normal 32 pac (29%); sobrepeso 60 pac (54%); obesidad 12 pac (11%) (Figura1). El ICT >0.5 se observó en 90 pac (81%); El análisis de las características basales evidenció una relación significativa entre el nivel de instrucción y el ICT >0,5 (primaria-secundaria 52 pac (47%) vs terciaria-universitaria 59 pac (53%) p=0,003). Variables como sexo, edad, tasa metabólica de actividad laboral y percepción de bienestar en salud, no mostraron relación significativa con un ICT mayor a 0.5. En cuanto a la actitud general para el cuidado personal el 75 pac (68%) buscó información; 75 pac (68%) que modificó dieta, 56 pac (50%) realiza actividad física (criterio AHA). 110 pac reconocen correctamente la comida saludable en la imagen presentada y el 87 pac (78%) refiere que consume sano habitualmente. Sin embargo, no hubo diferencias significativas de estas variables según la categoría ICT (Tabla1)

Conclusión: La tasa de obesidad fue alta en la población analizada y similar a la reportada en el segundo cinturón del conurbano bonaerense. La autopercepción del paciente subestima la obesidad, tendiendo a ubicarse en una categoría de menor riesgo. El ICT constituye una definición más abarcativa, que el IMC ya que ubica a una proporción más alta de sujetos en categoría de riesgo cardiovascular La proporción de pacientes con ICT elevado guarda una relación inversa con el nivel de instrucción. Si bien el conocimiento del paciente acerca de las medidas para controlar la obesidad es amplio, la actitud general fue similar entre ICT > y <0,5, mostrando un probable sesgo de percepción.

0448 - INTEGRACIÓN DE GUÍAS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN UNA WIKI CLÍNICA NAVEGABLE MEDIANTE GRANDES MODELOS DE LENGUAJE CON VALIDACIÓN CARDIOLÓGICA ITERATIVA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Medicina Digital E Inteligencia Artificial

Flavio COLAVECCHIA | María Jorgelina MEDUS

FUNDACIÓN INTECNUS

Introducción: Los consensos clínicos son documentos rigurosos, pero su extensión y formato narrativo dificultan su consulta durante el acto médico. En la práctica basada en la evidencia, una limitación reconocida es la distancia entre la síntesis disponible y su uso cotidiano, agravada por la dispersión de fuentes y la demora entre publicación y adopción. En insuficiencia cardíaca (IC) este desfase es especialmente notorio por el ritmo de los ensayos clínicos y las actualizaciones de guías. En Argentina, una encuesta a médicos de 22 centros mostró que, aunque todos referían basar sus decisiones en guías, sólo el 24% iniciaba terapia cuádruple en pacientes con fracción de eyección reducida, el 50% no alcanzaba dicha estrategia y el 44% manifestaba sentirse muy inseguro frente al diagnóstico de IC con fracción de eyección preservada. Estos hallazgos subrayan la necesidad de herramientas que faciliten el acceso, la comprensión y la aplicación de la evidencia en el punto de atención.

Objetivos: Desarrollar y demostrar un flujo reproducible que transforme un consenso clínico en una base de conocimiento navegable, con trazabilidad a la fuente y validada por cardiólogos —una «wiki» clínica—, con el fin de acortar la distancia entre la síntesis del consenso y su consulta en el punto de atención.

Materiales y Métodos: Los requisitos se definieron a partir de las necesidades de información en el punto de atención, la seguridad clínica y la estructura de los consensos cardiológicos. Un modelo de lenguaje (LLM) ingiere las fuentes y extrae conceptos, entidades, recomendaciones y preguntas abiertas, generando páginas interrelacionadas con enlaces a los pasajes originales. Se preservan niveles de evidencia y señales de incertidumbre. La validación sigue un ciclo iterativo: los cardiólogos revisan las páginas y registran errores u omisiones; esa retroalimentación se devuelve al sistema y la wiki se regenera hasta que el contenido se considera clínicamente adecuado. Un registro de actividad preserva auditabilidad y versionado.

Resultados: El flujo se aplicó a cinco documentos contemporáneos sobre IC: las Guías ESC 2021 y su actualización focalizada 2023, la Guía AHA/ACC/HFSA 2022, el consenso de expertos ACC 2024 para IC con fracción de eyección reducida y el Consenso de IC 2022 de la SAC. La wiki resultante cubre los dominios principales —diagnóstico y clasificación por fracción de eyección, cuatro pilares del tratamiento farmacológico, dispositivos, IC aguda y congestión, comorbilidades, poblaciones especiales, IC avanzada y cuidados paliativos—, con páginas enlazadas a sus pasajes fuente y anotadas con el nivel de evidencia correspondiente. Cuando los documentos difieren, por ejemplo en la terminología de FEVI o en las indicaciones de iSGLT2, la wiki expone las diferencias en paralelo para facilitar la comparación entre sociedades. La validación clínica iterativa se encuentra en curso.

Conclusión: La generación con LLM anclada en la fuente y validada por especialistas puede acortar la distancia entre la síntesis de los consensos y su uso clínico cotidiano. Dado que la revisión integral de consensos suele demorar varios años, una capa de conocimiento validada y mantenible puede poner al alcance de los profesionales información coordinada y consolidada entre revisiones. Los próximos pasos incluyen evaluar prospectivamente el tiempo de recuperación de información, la adherencia a la guía y la extensión a dominios clínicos adicionales.

0450 - USO DE AGONISTAS GLP-1 EN PACIENTES CON OBESIDAD Y TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO: REPORTE DE CASOS SOBRE SEGURIDAD Y TOLERANCIA

Investigación Básica

Esteban ROMEO | Leslie Annaite RODAS MENDEZ | Yanina Jimena MORASAN ALLO | Juan Pablo MIRANDA | Adrián José LESCANO | Gustavo GIUNTA

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La obesidad constituye un problema creciente en pacientes con trasplante de órgano sólido y se asocia con mayor riesgo cardiovascular, metabólico y deterioro de la calidad de vida. Los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1) han demostrado eficacia en el tratamiento de la obesidad en la población general; sin embargo, existe escasa evidencia sobre su uso en receptores de trasplante de órgano sólido, particularmente en relación con su perfil de seguridad y potencial impacto sobre el injerto.

Objetivos: Describir la experiencia inicial con agonistas GLP-1 en pacientes con obesidad y antecedente de trasplante de órgano sólido, evaluando la presencia de eventos adversos mayores durante el seguimiento.

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes trasplantados tratados con agonistas GLP-1 (n=4)

Paciente	Edad (años)	Sexo	Agonista de GLP-1	Dosis máxima	IMC (kg/m²)	Peso (kg)	% de masa grasa	Evento adverso	Suspensión
1	55	Femenino	Semaglutida	1,0 mg	33,0	92,5	46,1	No	No
2	27	Femenino	Liraglutida	2,4 mg	31,0	74,0	ND	No	No
3	51	Femenino	Semaglutida	1,7 mg	29,9	69,0	41,3	No	No
4	35	Femenino	Semaglutida	1,0 mg	40,0	90,0	50,6	No	No

Abreviaturas: IMC: índice de masa corporal; ND: dato no disponible.

Materiales y Métodos: Serie descriptiva prospectiva de pacientes con antecedente de trasplante de órgano sólido y obesidad tratados con agonistas GLP-1 en un centro especializado. Se recopilaron características clínicas basales, tratamiento recibido, dosis máxima alcanzada y eventos adversos durante el seguimiento. Se evaluó la presencia de efectos adversos mayores, suspensión del tratamiento y alteraciones relevantes en los controles clínicos y de laboratorio.

Resultados: Se incluyeron cuatro pacientes de sexo femenino con edades comprendidas entre 27 y 55 años. Tres pacientes recibieron semaglutida y una liraglutida. El IMC basal osciló entre 29,9 y 40 kg/m², se incluyeron datos de % de masa grasa obtenidos por bioimpedancia. Durante el período de observación no se registraron eventos adversos mayores, internaciones relacionadas con el tratamiento, suspensión de la medicación ni evidencia clínica de rechazo del injerto. Asimismo, no se observaron alteraciones significativas en los parámetros de laboratorio disponibles durante el seguimiento.

Conclusión: En esta serie inicial de pacientes con obesidad y trasplante de órgano sólido, el tratamiento con agonistas GLP-1 presentó un adecuado perfil de seguridad y tolerabilidad. No se registraron eventos adversos mayores ni alteraciones clínicas o bioquímicas relevantes durante el seguimiento. Aunque el reducido número de casos limita la extrapolación de los resultados, estos hallazgos aportan experiencia local y respaldan la necesidad de estudios prospectivos con mayor tamaño muestral para confirmar la seguridad de estos fármacos en esta población.

0451 - RECLASIFICACIÓN DE METAS DE COLESTEROL LDL MEDIANTE LA EVALUACIÓN DE ATEROMATOSIS CAROTÍDEA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Jimena Rocío SALOMON | María Victoria FERRARA | María Del Rosario RODRÍGUEZ | Fiorella Sofía CHICOTE | Manuel Ignacio ZUBIMENDI | Juan Pablo YAPUR | Isaac SINAY | Hugo Daniel SANABRIA

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La diabetes mellitus (DM) confiere un riesgo cardiovascular aumentado que demanda metas estrictas de LDL-colesterol (LDL-c). Los scores de riesgo clínico, como el score PREVENT propuesto por las guías ACC 2026, suelen subestimar el riesgo clínico en esta población. En ese contexto, la detección de ateromatosis carotídea por ultrasonografía emerge como herramienta de reestratificación, con capacidad de redefinir metas terapéuticas en pacientes clasificados inicialmente como de bajo riesgo.

Objetivos: Evaluar el impacto de incorporar la detección de ateromatosis carotídea como modificador de riesgo sobre la asignación de metas de LDL-c y el grado de cumplimiento de las mismas en pacientes con DM sin enfermedad cardiovascular (ECV) establecida.

Tabla 1: Características basales de la población

Variables	Población total (n = 346)	ASCVD <10% (n = 293)	ASCVD > 10% (n = 53)	P value
Edad años, media (DE)	59.32 (8.79)	57.81 (8.39)	67.66 (5.83)	< 0.001
Sexo femenino, n (%)	146 (42.2)	129 (44)	17 (32.1)	ns
Diabetes tipo 2, n (%)	278 (80.3)	231 (78.7)	47 (88.7)	ns
Años de evolución de diabetes, mediana (IQR)	13.42 (11.67)	13.27 (11.46)	14.23 (12.84)	ns
Hemoglobina glicosilada A1c, media (DE)	7.06 (1.39)	6.94 (1.21)	7.72 (2.03)	< 0.001
Obesidad, n (%)	147 (42.5)	123 (42)	24 (45.3)	ns
Hipertensión arterial, n (%)	199 (57.5)	160 (54.4)	39 (73.6)	< 0.001
IRC, n (%)	22 (6.4)	10 (3.4)	12 (22.6)	< 0.001
LDL-c, media (DE)	89.87 (36.92)	88.30 (31.66)	98.82 (58.22)	ns
HDL-c, media (DE)	44.98 (12.80)	46 (13.03)	39.34 (9.81)	< 0.001
Triglicéridos, media (DE)	141.23 (87.56)	132.77 (79.38)	188 (113.36)	< 0.001
Apolipoproteína B, media (DE)	78.02 (22.41)	76.08 (18.61)	88.68 (35.16)	< 0.001

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo basado en datos extraídos de historias clínicas electrónicas de pacientes de 40 a 75 años con diagnóstico de DM sin ECV establecida, evaluados en forma ambulatoria en un centro cardiovascular entre 2023 y 2025. Se calculó el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD) a 10 años mediante el score PREVENT, estratificando en ASCVD < 10% (riesgo bajo-moderado) y ASCVD >= 10% (riesgo alto). Se realizó ultrasonografía carotídea bilateral para detección de placas de ateroma; se definió ateromatosis carotídea subclínica ante la presencia de al menos una placa de ateroma en los territorios evaluados. Se compararon dos escenarios de asignación de metas de LDL-c: a) Escenario 1: Metas según guías ACC 2026: LDL-c <100 mg/dL en ASCVD <10% y LDL-c <70 mg/dL en ASCVD >= 10%. b) Escenario 2: En el subgrupo ASCVD <10%, la meta se ajustó a LDL-c <70 mg/dL ante la detección de ateromatosis carotídea. Los pacientes con ASCVD >= 10% mantuvieron la meta de <70 mg/dL.

Resultados: Se incluyeron 346 pacientes (edad media 59,3 ± 8,8 años; 42,2% mujeres; 80,3% DM tipo 2, con 13,4 ± 11,7 años de evolución media). El 75,1% recibía tratamiento con estatinas al momento de la evaluación, con LDL-c medio de 89,9 ± 36,9 mg/dL (ver tabla 1). La prevalencia de ateromatosis carotídea fue del 68,5% en la cohorte total (64,7% en ASCVD <10% y 90,2% en ASCVD >= 10%; p<0,001). Escenario 1: El 84,7% presentó ASCVD <10% y el 15,3% un riesgo ASCVD >= 10%. En el grupo de alto riesgo, el 84,9% recibía hipolipemiantes, el LDL-c medio fue de 98,8 ± 58,2 mg/dL y solo el 29,4% alcanzó la meta de <70 mg/dL. En el grupo de menor riesgo, el 74,4% recibía estatinas y el 68,0% cumplía la meta de <100 mg/dL. El cumplimiento global de meta LDL-c fue del 62,3% (Ver Figura 1). Escenario 2: Tras incorporar el uso de ateromatosis carotídea, el 79,1% de la cohorte requirió una meta de LDL-c <70 mg/dL. El 50% de los pacientes con ASCVD <10% sin ateromatosis alcanzaron el objetivo de LDL-c, el 36,2% en aquellos con ASCVD <10% y ateromatosis, y del 29,4% en el grupo ASCVD >=10%. El uso de hipolipemiantes fue mayor en los grupos de riesgo incrementado (66.7%, 84.5% y 84.9%, respectivamente). El cumplimiento global de meta LDL-c descendió al 39,3% (Ver Figura 1).

Conclusión: En pacientes con diabetes sin ECV establecida, la incorporación de ateromatosis carotídea como modificador de riesgo reclasifica a una proporción relevante de pacientes hacia metas más estrictas de LDL-c. La evaluación vascular subclínica podría aportar valor incremental para identificar pacientes que requieren intensificación del tratamiento hipolipemiante.

0454 - CUANTIFICACIÓN DE CONGESTIÓN VENOSA POR ULTRASONIDO COMO PREDICTOR DE INJURIA RENAL AGUDA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA: ANÁLISIS PRELIMINAR

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Joaquín RODRÍGUEZ | Antonella GOMEZ | Matías PÉCORA

HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. MANUEL QUINTELA"

Introducción: La congestión venosa en el postoperatorio de cirugía cardiaca (POCC) aumenta la probabilidad de desarrollar injuria renal aguda (IRA). Esta es multifactorial y se ve favorecida por: exceso de fluidos, falla ventricular derecha e inflamación sistémica. ¨Venous Excess Ultrasound Score¨ (VExUS) es un sistema de gradación de congestión venosa por ultrasonido de la vena cava inferior (VCI), el parénquima renal y hepático.

Objetivos: El objetivo principal es analizar la utilidad de VExUS para predecir IRA en el POCC.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, analítico, longitudinal, de cohorte prospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años sometidos a cirugía cardíaca coordinada con bomba de circulación extracorpórea, previa firma de consentimiento informado. Se estudió la incidencia de IRA y su asociación con el grado de VExUS, balance hídrico, función biventricular y otras variables pre, intra y postoperatorias. La significación estadística se definió como valor p<0,05. El análisis de datos se realizó con software R versión 4.4.1.

Tabla 1. Distribución de características poblacionales y variables pre e intraoperatorias según la presencia de IRA postoperatoria

Variable (unidad)	Total (n=48)	Sin IRA (n=32)	Con IRA (n=16)	Valor p
DEMOGRAFICOS Y ANTECEDENTES				
Edad (años)	64.0 [59.8-69.0]	64.0 [59.0-69.0]	63.5 [60.8-69.5]	0.861
Sexo masculino	31/48 (64.6%)	21/32 (65.6%)	10/16 (62.5%)	1.0
EuroSCORE II (%)	1.8 [1.2-2.5]	1.8 [0.9-2.4]	2.1 [1.8-2.8]	0.17
HTA	33/48 (68.8%)	23/32 (71.9%)	10/16 (62.5%)	0.741
DM	22/48 (45.8%)	14/32 (43.8%)	8/16 (50.0%)	0.918
ERC	8/48 (16.7%)	3/32 (9.4%)	5/16 (31.2%)	0.097
Hipotiroidismo	7/48 (14.6%)	4/32 (12.5%)	3/16 (18.8%)	0.672
Dislipemia	18/48 (37.5%)	10/32 (31.2%)	8/16 (50.0%)	0.343
EPOC	4/48 (8.3%)	2/32 (6.2%)	2/16 (12.5%)	0.592
ECOCARDIOGRAFIA PREOPERATORIA				
FEVI reducida	24/48 (50.0%)	15/32 (46.9%)	9/16 (56.2%)	0.759
Disfunción diastólica VI	16/48 (33.3%)	7/32 (21.9%)	9/16 (56.2%)	**0.04**
HTP	4/48 (8.3%)	4/32 (12.5%)	0/16 (0.0%)	0.286
LABORATORIO PREOPERATORIO				
Creatinina basal (mg/dL)	0.9 [0.8-1.2]	0.9 [0.8-1.0]	1.1 [0.9-1.7]	**0.02**
Azoemia (mg/dL)	41.8 [33.0-55.7]	39.6 [32.2-45.5]	52.8 [43.8-69.5]	**0.015**
Hemoglobina (g/dL)	13.3 [11.8-14.5]	13.4 [12.7-14.4]	12.5 [11.2-14.6]	0.22
INTRAOPERATORIO				
Tipo de cirugía				
• Revascularización miocárdica	35/47 (74.5%)	23/32 (71.9%)	12/15 (80.0%)	0.725
• Valvular	6/47 (12.8%)	3/32 (9.4%)	3/15 (20.0%)	0.367
• Cirugía aortica	1/47 (2.1%)	1/32 (3.1%)	0/15 (0.0%)	1.0
• Cirugía combinada	3/47 (6.4%)	3/32 (9.4%)	0/15 (0.0%)	0.541
• Otras cirugías	2/47 (4.3%)	2/32 (6.2%)	0/15 (0.0%)	1.0
Tiempo CEC (min)	102.0 [89.5-115.5]	103.0 [89.8-115.8]	100.0 [83.5-114.5]	0.553
Tiempo clampeo aórtico (min)	62.0 [52.5-74.5]	64.5 [52.8-76.0]	61.0 [50.5-69.0]	0.367

n (%): número de casos y porcentaje. CEC: circulación extracorpórea, DM: diabetes mellitus. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ERC: enfermedad renal crónica. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. HTA: hipertensión arterial. HTP: hipertensión pulmonar. IRA: injuria renal aguda. VI: ventrículo izquierdo.
*Test según distribución: t de Student o Mann-Whitney para variables cuantitativas; Chi-cuadrado o Fisher exacto para variables cualitativas. * p<0,05 (letras rojas).*

Resultados: De los pacientes incluidos (n=48), el 33,3% (n=16) desarrollaron IRA postoperatoria. De estos, el 50% (n=8) presentaba VExUS normal (0) y el restante 50% presentaba algún grado de congestión venosa (1, 2 o 3), siendo en su mayoría (87,5%, n=7) VExUS grado 2 o 3. Si bien la mitad de los pacientes con IRA presentaban un VExUS normal, el 87,5% de estos (n=7) tenían al menos dos flujos venosos alterados a pesar de una VCI no pletórica. Esto motivó la creación de un nuevo grado de VExUS, denominado VExUS 1,5, que abarca a los pacientes con VCI no pletórica y al menos dos flujos venosos alterados. Mediante regresión logística simple se evaluó la asociación entre congestión venosa (a través del sistema VExUS modificado que incluye la categoría 1,5) y el desarrollo de IRA, estimándose un OR de 4,2 (intervalo de confianza 95%: 0,47 - 37,5; valor p 0,19). Se demostró asociación entre la lactatemia postoperatoria con el desarrollo de IRA, con un valor p estadísticamente significativo de 0,0331. También se demostró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de disfunción diastólica preoperatoria con el desarrollo de IRA postoperatoria, con un valor p de 0,0211. No se encontró asociación entre la prevalencia de IRA con el balance hídrico, función biventricular y la presión venosa central.

Conclusión: El 33,3% de los pacientes incluidos desarrollaron IRA. Si bien no se logró establecer una relación estadísticamente significativa entre VExUS (según la clasificación propuesta) y el desarrollo de IRA, entre otras cosas por el acotado tamaño muestral, se observó una tendencia relevante. Por este motivo, se propone la nueva clasificación VExUS incluyendo una categoría adicional (VExUS 1,5) para aquellos con una VCI no pletórica y al menos 2 flujos venosos alterados. Al incorporar esta categoría, la incidencia de IRA en VExUS 1,5 fue comparable a la observada en pacientes con VExUS 2 y 3 (43,8% vs 54,5% en VExUS 2); y prácticamente la totalidad de los pacientes que desarrollaron IRA presentaron un VExUS alterado según la clasificación modificada. Si bien se precisan más estudios para validar la utilidad de la clasificación propuesta, estos resultados respaldan la hipótesis de que la congestión venosa, aún en presencia de una VCI no pletórica, puede contribuir al daño renal postoperatorio. Por otra parte, la lactatemia postoperatoria y la disfunción diastólica preoperatoria se identificaron como variables predictoras independientes significativas de IRA postoperatoria. Estos hallazgos refuerzan la importancia de la evaluación hemodinámica integrada en el perioperatorio.

0455 - DESCONGESTIÓN TEMPRANA Y RESPUESTA BIOLÓGICA A LA SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA: IMPACTO DE LA EXPOSICIÓN PREVIA A DIURÉTICOS

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Investigación Básica

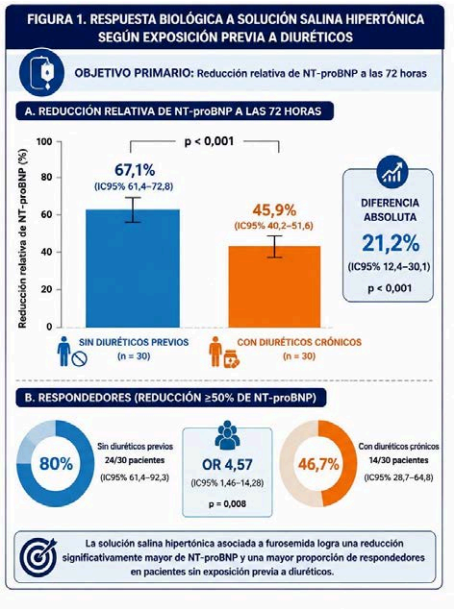
Juan Manuel SILVA VILLALBA[1] | Juan Pablo MESA BELLUCCI[1] | Oriana Lía QUIROGA ANGULO[1] | Camila Sofía MENDOZA RODRIGUEZ[1] | Lucrecia SECCO[1] | Juan Pablo GUZMÁN[1] | Francisco TOSCANO[1] | María Lujan SILVA VILLABA[2]

Hospital Churruca - Visca[1]; Universidad de Buenos Aires[2]

Introducción: La insuficiencia cardíaca aguda descompensada es una causa frecuente de internación cardiovascular y se asocia con elevada morbimortalidad. La congestión persistente durante la hospitalización constituye un determinante pronóstico desfavorable. La administración de solución salina hipertónica asociada a diuréticos de asa ha demostrado mejorar la respuesta diurética y la movilización de fluidos; sin embargo, el impacto de la exposición previa a diuréticos sobre la eficacia de esta estrategia permanece inexplorado

Objetivos: Evaluar el efecto de la solución salina hipertónica asociada a furosemida intravenosa sobre la reducción de NT-proBNP y los parámetros de descongestión clínica en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda descompensada, según exposición previa a diuréticos. El objetivo primario fue la reducción relativa de NT-proBNP a las 72 horas. Los objetivos secundarios incluyeron pérdida de peso, mejoría funcional, duración de internación y seguridad renal.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional que incluyó 60 pacientes consecutivos internados por insuficiencia cardíaca aguda descompensada. Los participantes fueron estratificados en dos grupos: sin tratamiento diurético previo (n=30) y con tratamiento diurético crónico (n=30). Todos recibieron solución salina hipertónica asociada a furosemida intravenosa. Las variables continuas se compararon mediante prueba t o Mann-Whitney según distribución y las categóricas mediante chi cuadrado o prueba exacta de Fisher. Se calcularon intervalos de confianza del 95% (IC95%) y se realizó regresión logística multivariada para identificar predictores independientes de respuesta biológica significativa, definida como reducción >50% de NT-proBNP.



Resultados: Las características basales fueron similares entre ambos grupos. La reducción relativa de NT-proBNP fue significativamente mayor en pacientes sin tratamiento diurético previo (Figura 1) (67,1%; IC95% 61,4–72,8) respecto de aquellos con exposición crónica a diuréticos (45,9%; IC95% 40,2–51,6), con una diferencia absoluta de 21,2% (IC95% 12,4–30,1; p<0,001). La proporción de respondedores fue superior en el grupo sin diuréticos previos (80% vs. 46,7%; OR 4,57; IC95% 1,46–14,28; p=0,008). Asimismo, presentaron mayor pérdida de peso (4,8±1,4 kg vs. 3,4±1,2 kg; p<0,001), mayor mejoría funcional (86,7% vs. 63,3%; p=0,032) y menor duración de internación (5,8±1,7 vs. 7,1±2,1 días; p=0,004). No se observaron diferencias significativas en deterioro de la función renal ni alteraciones electrolíticas. En el análisis multivariado, la ausencia de tratamiento diurético previo se asoció independientemente con una mayor probabilidad de respuesta biológica significativa (OR ajustado 3,92; IC95% 1,28–12,03; p=0,017). (Figura 2)

Conclusión: La solución salina hipertónica asociada a furosemida se vinculó con una descongestión más eficaz y una mayor reducción de NT-proBNP en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda descompensada. La ausencia de exposición previa a diuréticos emergió como predictor independiente de respuesta favorable, sugiriendo que esta estrategia podría resultar particularmente beneficiosa en etapas más tempranas de la enfermedad.

0459 - EXPERIENCIAS DE UN REGISTRO CONTEMPORÁNEO DE ESTIMULACIÓN FISIOLÓGICA DEL ÁREA DE LA RAMA IZQUIERDA

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Arritmias y Electrofisiología

Nicolás Agustín GREGORINI | Agustín VIGNATTI | Nelson Enrique POLO TABORDA | Leandro TOMAS | Juan Manuel VERGARA | Agustín OROSCO | Leandro Juan RUIZ | Juan Pablo GUZMÁN

GRUPO 4F

Introducción: Los estándares históricos, estimulación apical del ventrículo derecho (VD) y resincronización biventricular (RBV) trans seno coronario, se han visto desafiados por sus complicaciones como deterioro de función ventricular secundarios a disincronía y complejidad técnica. La estimulación fisiológica (EF) en particular, la estimulación del área de la rama izquierda (LBBAP), ha emergido como alternativa eficaz. Dado que resultados a largo plazo continúan en estudio, el presente trabajo evaluó resultados clínicos y electrocardiográficos de una cohorte sometida a esta técnica en nuestro servicio.

Objetivos: Evaluar resultados electrocardiográficos y parámetros de captura de rama izquierda en una serie de pacientes con implante de EF, así como también analizar en seguimiento a dos años eventos mayores incluyendo mortalidad, insuficiencia cardiaca (ICC) y reinternaciones y cambios en los parámetros Telemétricos (umbral, impedancia y sensibilidad).

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo y retrospectivo (abril del 2023 a marzo 2024) en 17 pacientes con indicación de estimulación permanente o RVB, independientemente de su cardiopatía basal. Se realizó LBBAP no selectivo por fijación septal profunda. El éxito del implante se definió como estimulación estable con umbrales de estimulación <1,5 mV y la captura del sistema de conducción se confirmó evaluando, reducción del QRS, LVAT e interpeak V6-V1. Los eventos clínicos evaluados durante el seguimiento incluyeron mortalidad, reinternaciones por ICC, fibrilación auricular (FA) y complicaciones intraprocedimiento. Estadísticamente, variables cuantitativas se expresaron como media ± desvío estándar, mientras que las variables cualitativas se describieron como frecuencia absoluta y porcentaje.; utilizando test T pareado para comparar QRS y parámetros eléctricos pre/post-implante (significancia p<0,05).

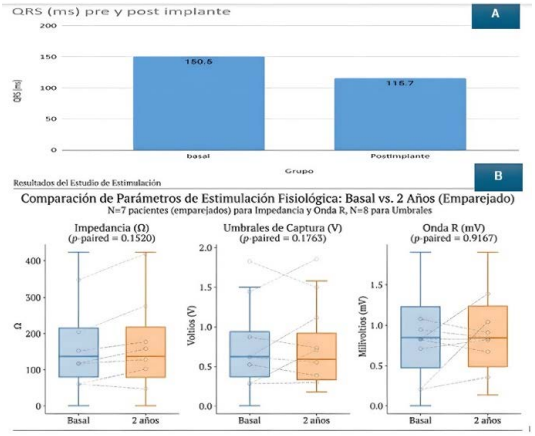


Figura 1.
A- Comparación de la duración promedio del QRS basal y postimplante en pacientes sometidos a LBBAP.
B- Comparación de Parámetros de estimulación fisiológica basal intraprocedimiento vs 2 años.

LVAT (Mseg)	67,4 ± 12 Mseg
Interpeak V6-V1	57,1 ± 8,7 Mseg
Internación por ICC n (%)	1 (5,9%)

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes sometidos a LBBAP. La media de Edad: 64,3±14,4 años (Sexo masculino 11 (64,7%)); presentaron fracción de eyección basal: 47,2%±12,5%. Bloqueo de rama izquierda presente en 10 pacientes (58,8%) y trastornos Auriculoventriculares en 10 pacientes (58,8%). Éxito de implante: 94,1% (16/17 pacientes). En 13 pacientes con datos comparativos, el QRS basal disminuyó de 150,5±21,9 mseg a 115,7±9,6 mseg post-implante (reducción: 34,8 mseg; p<0,001). La captura del sistema de conducción fue adecuada: LVAT medio 67,4±12 mseg (VN<80 mseg) e interpeak V6-V1 57,1±8,7 mseg (VN>44 mseg). En el seguimiento se registró: una internación por ICC (Tabla 1); no registrándose mortalidad, FA o complicaciones relacionadas al procedimiento. Además, mediante test T pareado se compararon parámetros telemétricos de EF intraprocedimiento vs. seguimiento a 2 años: impedancia (n=7 pacientes; 677 vs. 627 ohms, p=0.1520), umbrales de captura (n=8 pacientes; 1.24 vs. 0.88 V, p=0.1763) y onda R (n=7 pacientes; 9.80 vs. 9.40 mV, p=0.9167). La ausencia de diferencias estadísticamente significativas (p>0.05) en estos últimos parámetros evaluados, demuestra la estabilidad eléctrica a largo plazo y la seguridad clínica de la EF (Figura 1)

Conclusión: La LBBAP demostró ser segura y reproducible, con alto éxito de implante y reducción significativa del QRS. La captura observada confirmó una activación fisiológica del VI acorde a consensos de EF, posicionando a la técnica sobre estimulación en ápex de VD y equiparándose a RBV. Pese a las limitaciones de diseño retrospectivo y muestrales, esta experiencia avala su viabilidad en pacientes seleccionados. Estudios prospectivos con mayor muestra y seguimiento a largo plazo definirán su impacto definitivo sobre eventos mayores.

0460 - HALLAZGOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DISFUNCIÓN VENTRICULAR ASOCIADA AL TRATAMIENTO DEL CANCER

Cardioncología / Tomografía/resonancia Magnética Cardiovascular

Marina Belén MARCHESINI[1] | Santiago Luis DEL CASTILLO[1] | Agustín BERNARDO[2] | María Jorgelina MEDUS[3] | Diego PÉREZ DE ARENAZA[1] | Franco STRADA[1]

Hospital Italiano de Buenos Aires[1]; INSTITUTO BALSEIRO[2]; Fundación Intecnus[3]

Introducción: La disfunción ventricular asociada al tratamiento del cáncer (DVATC) constituye una causa relevante de morbimortalidad cardiovascular. Puede presentarse en forma clínica o subclínica y su detección precoz resulta fundamental para definir la continuidad del tratamiento oncológico y el comienzo del tratamiento anti remodelado.

Objetivos: Describir los hallazgos por resonancia magnética cardiaca (RMC) en pacientes con diagnóstico ecocardiográfico de DVATC; comparar FEVI obtenidos por ambas técnicas en pacientes con DVATC. Comparar los hallazgos de la RMC con controles sanos, incluyendo la valoración del strain miocárdico mediante RMC (radial, circunferencial y longitudinal).

Materiales y Métodos: Pacientes del programa de cardio-oncología de un hospital universitario con diagnóstico de DVATC que se realizaron RMC. Se definió DVATC según la Guía ESC 2022 como nueva caída de FEVI >=10 puntos, o <10 puntos acompañada de disminución relativa del strain global longitudinal >15% o aumento de biomarcadores cardíacos. El grupo control incluyó pacientes con RMC normal, de período similar, emparejados por edad y sexo. Se utilizó una herramienta de IA para automatizar el análisis de strain por RMC. Las variables continuas se describen como media ± desviación estándar (DE) o como mediana y rango intercuartílico (RIC), según su distribución. Para la comparación entre grupos, se utilizó la prueba t de Student o el test de Mann-Whitney, de acuerdo con la distribución de los datos. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias absolutas y porcentajes, y se compararon mediante prueba de Chi² o test de Fisher. Se evaluó la concordancia de FEVI por RMC y ecocardiograma mediante análisis de Bland-Altman y la Correlación mediante Pearson.

Tabla 1a. Características del Grupo Cardiotoxicidad (n=21)

Variable	Resultado (n=21)
DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO	
Mama, n (%)	8 (38%)
Linfoma No Hodgkin, n (%)	8 (38%)
Linfoma Hodgkin, n (%)	2 (10%)
Sarcoma, n (%)	1 (5%)
Otros, n (%)	2 (10%)
DROGA CARDIOTÓXICA	
Doxorubicina / Antraciclinas ± Trastuzumab, n (%)	12 (57%)
Epirubicina, n (%)	3 (14%)
Trastuzumab solo, n (%)	4 (19%)
5-Fluorouracilo, n (%)	1 (5%)
ITK, n (%)	1 (5%)
RADIOTERAPIA	
Radioterapia, n (%)	6 (29%)

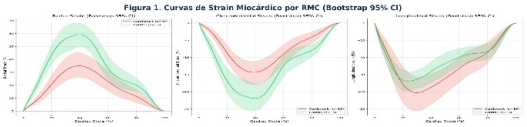
Tabla 1b. Comparación Cardiotoxicidad vs Controles

Variable	Cardiotoxicidad (n=21)	Controles (n=21)	Valor p
VARIABLES CLÍNICAS			
Edad (años)	61 (50-75)	60 (54-63)	0.308
Sexo Femenino, n (%)	13 (62%)	15 (71%)	0.513
Obesidad (IMC ≥ 30), n (%)	2 (10%)	4 (19%)	0.663
HTA, n (%)	6 (29%)	9 (43%)	0.334
DBT, n (%)	5 (24%)	0 (0%)	0.048
TBQ, n (%)	8 (38%)	2 (10%)	0.067
DLP, n (%)	7 (33%)	10 (48%)	0.346
Revascularización previa, n (%)	2 (10%)	1 (5%)	1.000
Miocardiopatía previa, n (%)	2 (10%)	0 (0%)	0.488
Valvulopatía moderada/severa, n (%)	5 (45%)	0 (0%)	1.000
IAM previo, n (%)	2 (10%)	0 (0%)	0.488
VARIABLES ECOCARDIOGRÁFICAS			
FEVI basal (%)	59.5 ± 6.4	–	–
SLG basal (%)	−17.2 ± 3.5	–	–

Tabla 2. Hallazgos de Resonancia Magnética Cardiaca

Variable	Cardiotoxicidad (n = 21)	Controles (n = 21)	Valor p
FUNCIÓN Y VOLÚMENES — VENTRÍCULO IZQUIERDO			
FEVI (%)	45.5 ± 12.3	65.9 ± 5.6	<0.001
VTDI (ml/m²)	96.1 ± 26.0	66.3 ± 15.2	<0.001
VTSI (ml/m²)	54.1 ± 23.3	23.2 ± 7.8	<0.001
Masa VI indexada (g/m²)	63.0 (45.0-75.0)	50.0 (46.0-59.0)	0.195
Dilatación VI, n (%)	10/21 (48%)	0/21 (0%)	<0.001
AURÍCULA IZQUIERDA			
Volumen AI indexado (ml/m²)	44.0 (40.8-68.5)	37.7 (30.3-45.7)	0.014
Dilatación AI, n (%)	8 (40%)	0 (0%)	0.001
VENTRÍCULO DERECHO			
Disfunción (FEVD <45%)	6 (30.0%)	0 (0%)	0.006
MAPPING			
T1 nativo (ms)	1031.1 ± 28.8	993.3 ± 28.1	0.003
HALLAZGOS TISULARES Y ESTRUCTURALES			
Edema miocárdico, n (%)	1 (5%)	0 (0%)	1.000
Realce tardío de gadolinio, n (%)	9 (43%)	0 (0%)	0.001
Adelgazamiento miocárdico, n (%)	3 (14%)	0 (0%)	0.232
STRAIN MIOCÁRDICO			
Strain radial pico (%)	36.4 ± 15.4	62.3 ± 15.2	0.0003
Strain circunferencial pico (%)	−14.8 ± 5.5	−23.3 ± 6.0	0.0006
Strain longitudinal pico (%)	−43.3 ± 15.7	−35.9 ± 10.5	0.165

Figura 1. Curvas de Strain Miocárdico por RMC (Bootstrap 95% CI)



Resultados: Se incluyeron 42 pacientes (21 con DVATC y 21 controles), sin diferencias significativas en edad, sexo ni factores de riesgo, excepto mayor prevalencia de diabetes en el grupo con cardiotoxicidad. Los diagnósticos oncológicos más frecuentes fueron cáncer de mama y Linfoma no Hodgkin (38% cada uno). Las drogas más utilizadas fueron las antraciclinas, en un 71% de los casos y Trastuzumab (19%). La FEVI mínima por ecocardiograma del grupo DVATC fue de 41.3 ± 7.2%. El strain longitudinal global mínimo de este grupo fue de -14.1 ± 4.2%. La proporción de pacientes que desarrolló insuficiencia cardiaca clínica fue del 38,1%. En la RMC, los pacientes con CTX presentaron volúmenes ventriculares indexados significativamente mayores, FEVI menor (45.5 ± 12.3 vs 65.9 ± 5.6%), mayor dilatación de aurícula izquierda (40% vs 0%) y mayor disfunción ventricular derecha (30% vs 0%). El strain radial y circunferencial fueron significativamente menores en el grupo CTX. El strain longitudinal no alcanzó significancia estadística, posiblemente por menor precisión del análisis en eje corto. La correlación de FEVI entre RMC y ecocardiograma fue moderada (r=0,648; p=0,001); el análisis de Bland-Altman mostró sesgo de -5,2% con límites de acuerdo de 25,1% a +14,7%, indicando concordancia limitada a nivel individual. La FEVI media fue significativamente menor por ecocardiograma que por RMC (39,9 ± 11,2% vs 45,1 ± 12,7%).

Conclusión: Los pacientes con DVATC presentaron en la RMC mayores volúmenes ventriculares indexados, menor FEVI, mayor dilatación auricular, mayor disfunción del ventrículo derecho y mayor monto de fibrosis comparado con los individuos controles. Encontramos una concordancia limitada entre la RMC y el ecocardiograma para la valoración de FEVI. El strain radial y circunferencial fueron significativamente menores en el grupo con DVATC, lo que refleja el deterioro de la contractilidad miocárdica de los pacientes con DVATC.

0461 - CARDIONEUROABLACIÓN PARA PREVENIR EL IMPLANTE DE MARCAPASOS EN PACIENTES CON BRADIARRITMIAS FUNCIONALES: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

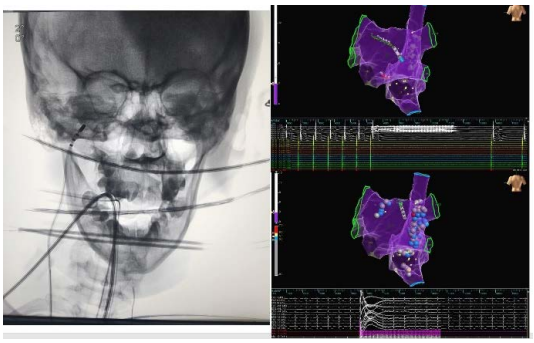
Arritmias y Electrofisiología / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Mariel ALVAREZ CORREA | Guillermo CARNERO | Mysuta MAURICIO | Rocío BENITO | Arturo BOZZA | Julio FLORES | Martina WAHSNCHAFFE | José Luis GONZÁLEZ

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La cardioneuroablación (CNA) ha emergido como una estrategia terapéutica prometedora para pacientes con síncope reflejo cardioinhibitorio y trastornos funcionales de la conducción cardíaca mediados por hiperactividad vagal. En pacientes cuidadosamente seleccionados, este abordaje podría reducir los síntomas y evitar el implante de marcapasos permanente.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la CNA como estrategia para prevenir el implante de marcapasos en pacientes con bradiarritmias funcionales.



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo de pacientes sometidos a CNA en un centro de alta complejidad. Se incluyeron pacientes con síncope vasovagal cardioinhibitorio, disfunción sinusal funcional y/o bloqueo auriculoventricular (BAV) funcional asociados a hipertonia vagal. Previamente al procedimiento se efectuaron Holter de 24 horas, prueba de basculación (Tilt Test) y estudio electrofisiológico con prueba de atropina (0,04 mg/kg), con el objetivo de descartar enfermedad estructural o intrínseca del sistema de conducción y confirmar la participación del sistema nervioso parasimpático. La CNA se realizó mediante abordaje biauricular guiado por sistema de navegación electroanatómica tridimensional, identificando áreas relacionadas con los plexos ganglionares parasimpáticos mediante mapeo de fraccionamiento auricular. Las aplicaciones de radiofrecuencia se efectuaron tanto en aurícula izquierda como derecha utilizando catéter irrigado externo. Los criterios de éxito agudo incluyeron aumento >=25% de la frecuencia cardíaca basal y/o reducción >= 25% del intervalo AH según el mecanismo de la bradiarritmia.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes con edad media de 35 ± 7 años; el 55% fueron mujeres. Las indicaciones del procedimiento fueron: • Síncope vasovagal cardioinhibitorio: 10 pacientes (33%). • Bradicardia sinusal funcional: 11 pacientes (37%). • Bloqueo auriculoventricular funcional: 9 pacientes (30%). Tras la cardioneuroablación se observó un incremento significativo de la frecuencia cardíaca basal (intervalo RR basal: 1195 ± 208 ms vs. RR postablación: 825 ± 17 ms; p < 0,001). El éxito agudo del procedimiento fue del 93% (28 de 30 pacientes). En los pacientes con síncope vasovagal cardioinhibitorio o bradicardia sinusal funcional se evidenció una respuesta mínima a la atropina posterior a la ablación, compatible con una adecuada denervación parasimpática (RR pre atropina: 825±18 ms vs RR post atropina 774±59 ms. P 0.14). En 80% (7/9) de los pacientes con BAV funcional se logró una reducción significativa del intervalo AH. El tiempo medio del procedimiento fue de 130 ± 5 minutos, con un tiempo de radioscopia de 5 ± 2 minutos. No se registraron complicaciones mayores relacionadas con el procedimiento. Durante un seguimiento medio de 18 ± 12 meses, el 90% de los pacientes permanecieron libres de síntomas. La recurrencia sincopal fue del 10% y la necesidad posterior de implante de marcapasos fue baja (6,7%). Asimismo, el Holter seriado mostró un incremento sostenido de la frecuencia cardíaca media durante el seguimiento (84 ± 1.6 lpm)

Conclusión: En esta experiencia unicéntrica, la cardioneuroablación mostró una elevada tasa de éxito agudo, mejoría clínica sostenida y una baja necesidad de implante de marcapasos, en pacientes cuidadosamente seleccionados con bradiarritmias funcionales mediadas por hiperactividad vagal. Estos resultados respaldan el papel de la cardioneuroablación como una alternativa terapéutica segura y eficaz al implante de marcapasos en pacientes jóvenes con trastornos funcionales de la conducción cardíaca.

0463 - EMBOLIZACIÓN SELECTIVA DE ARTERIAS UTERINAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO: UNA OPCIÓN PARA LAS URGENCIAS GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS

Medicina Vascular

Segundo Antonio NAVARRETE FRANCO[1] | Cristian Francisco PAZOS REDONDO[1] | Betiana Gabriela MARTIN[1] | César Ariel LOPARDO[1] | Santiago BOVALINA[1] | Irene LONGO[1] | Cristian Maximiliano GARMENDIA[2] | Fernando G. CHIMINELA[1]

HOSPITAL CARLOS G. DURAND[1]; Hospital Italiano de Buenos Aires[2]

Introducción: El sangrado uterino anormal (SUA) es una entidad clínica de prevalencia no despreciable, que afecta entre un 14-25% de mujeres en edad reproductiva. Hasta el 30% de las consultas ginecológicas en Argentina son debidas a esta causa, y sus repercusiones pueden afectar la calidad de vida de las pacientes e incluso llevarlas a la muerte. Los tratamientos son diversos dependiendo de la gravedad y la causa, siendo el tratamiento definitivo en un gran porcentaje de casos la histerectomía. Una alternativa menos invasiva es la embolización percutánea selectiva de las arterias uterinas, estrategia que ha demostrado ser eficaz en el control del sangrado, disminuyendo los riesgos que conlleva una cirugía mayor.

Objetivos: Demostrar la eficacia de la embolización percutánea selectiva de arterias uterinas para la resolución del SUA y su viabilidad para emergencias ginecológicas en hospitales públicos.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio unicéntrico observacional de cohorte retrospectivo que incluyó para el análisis pacientes con SUA sometidos a tratamiento percutáneo de embolización percutánea selectiva de arterias uterinas durante el período comprendido entre enero de 2022 y diciembre de 2025. En todos los casos se realizó tratamiento médico-farmacológico y las correcciones pertinentes (hemodinámicas, hematológicas y de la coagulación) previo al procedimiento invasivo. Posteriormente, se realizó una arteriografía diagnóstica antes de la embolización, en pacientes con SUA grave, con requerimiento transfusional e internación de urgencia. El material de embolización utilizado fue Spongostán™, microcoils y micropartículas de 500-710 y 710-1000 µm. La selección del material fue a discreción del equipo tratante, definida al momento del procedimiento según la anatomía y la experiencia con el mismo.

Resultados: Se incluyeron para el análisis un total de 24 pacientes con SUA grave. La edad promedio de la población muestral fue de 38,2 ± 9,4 años, siendo la causa más frecuente de sangrado el cáncer de cuello uterino (n=14; 59%), seguida por la enfermedad trofoblástica (n=4; 17%). Se realizó embolización de ambas arterias uterinas en la mayoría de los casos (87,5%), siendo unilateral en solo 3 pacientes (2 casos por presencia de arteria hipoplásica y 1 caso por imposibilidad de canulación), sin impacto en el sangrado posterior. La tasa de éxito del procedimiento fue del 91,66%, con requerimiento de reintervención en solo dos casos (8,33%). El material más utilizado fue el Spongostán™ en solitario en el 50% de los casos, y acompañado de micropartículas en el 16,7%. A su vez, los casos con requerimiento de reintervención fueron tratados únicamente con Spongostán™. La complicación más frecuente posterior al procedimiento fue el dolor pélvico, presente en el 25% (n=6) de los casos, sin evidencia de complicaciones fatales.

Conclusión: En pacientes con SUA grave, el procedimiento de embolización percutánea selectiva de arterias uterinas demostró una elevada eficacia, con una tasa de éxito del 91,66% y una baja necesidad de reintervención, siendo la embolización bilateral factible en la mayoría de los casos. Estos hallazgos apoyan a la embolización uterina como una alternativa segura y mínimamente invasiva para el manejo del SUA grave, y como una herramienta viable en el contexto de urgencias ginecológicas y obstétricas en hospitales públicos.

0464 - TELEMONITOREO CON SISTEMA DE ALERTAS DURANTE LA FASE VULNERABLE POSTERIOR A UNA HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA: RESULTADOS DEL ENSAYO CLÍNICO PRAGMÁTICO TREAT-VULNERABLE HF

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Medicina Digital E Inteligencia Artificial

Rocío Consuelo BARO VILA | Lucrecia María BURGOS | María Antonella DE BORTOLI | Damián Jesús MALANO | Tomás NACHMAN | Mariano N. BENZADON | Victoria Helena RIVADENEIRA LANFRANCHI | Mirta DIEZ

ICBA

Introducción: La fase vulnerable posterior a una hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC) se asocia con elevadas tasas de rehospitalización y deterioro clínico. Con el objetivo de fortalecer el autocuidado y facilitar la detección precoz de descompensaciones, desarrollamos una plataforma específica de telemonitoreo (TM) para pacientes con IC que

integra monitoreo remoto de signos vitales, síntomas y un sistema de alertas electrónicas en tiempo real. Sin embargo, el impacto de esta estrategia sobre variables centradas en el paciente durante la fase vulnerable post alta permanece insuficientemente caracterizado.

Objetivos: Evaluar el impacto de una plataforma de TM desarrollada específicamente para pacientes con IC sobre el autocuidado durante la fase vulnerable posterior al alta.

Materiales y Métodos: TREAT-Vulnerable HF fue un ensayo clínico unicéntrico, prospectivo y aleatorizado que incluyó pacientes adultos hospitalizados por IC aguda descompensada entre noviembre de 2022 y mayo de 2025. Los pacientes fueron asignados 1:1 a telemonitoreo mediante una plataforma específicamente desarrollada para IC o a seguimiento estándar. El punto final primario fue el cambio en la Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca (EHFScBS) a los 90 días. Los objetivos secundarios incluyeron calidad de vida, adherencia terapéutica, NT-proBNP, optimización del tratamiento médico y eventos clínicos.



Resultados: Se incluyeron 110 pacientes (55 asignados a TM y 55 a seguimiento estándar). La edad media fue de 70,8 ± 11,4 años, el 71% fueron hombres y la FEVI media fue de 40 ± 15%. Ambos grupos presentaron una mejoría significativa del autocuidado durante el seguimiento. A los 90 días los pacientes asignados a telemonitoreo presentaron mejores niveles de autocuidado, con una mediana de EHFScBS de 19 (RIC 16–24) frente a 24 (RIC 19–29) en el grupo control (p=0,014). Asimismo, una mayor proporción de pacientes alcanzó un autocuidado excelente (EHFScBS<=20) en la rama de telemonitoreo (38% vs. 18%; p=0,020). La calidad de vida, la adherencia terapéutica, la reducción de NT-proBNP y la optimización del tratamiento médico mejoraron significativamente durante el seguimiento en ambas ramas, sin diferencias entre grupos. El evento clínico compuesto de muerte, internación por IC o consulta urgente por IC ocurrió en el 17% de la cohorte, sin diferencias significativas entre grupos (15% vs. 20%; p=0,45).

Conclusión: En pacientes recientemente hospitalizados por IC, un programa de TM basado en una plataforma desarrollada específicamente para IC se asoció con mejores niveles de autocuidado y una mayor proporción de pacientes que alcanzaron autocuidado excelente a los 90 días. Estos hallazgos respaldan el potencial de estrategias de telemonitoreo centradas en el paciente para mejorar el autocuidado durante la fase vulnerable post alta y apoyan el desarrollo de estudios de mayor escala con poder estadístico suficiente para evaluar su impacto sobre eventos clínicos.

0465 - DISCORDANCIA EN LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO ENTRE LA DP/DT Y LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN Y/O STRAIN EN LA ESTENOSIS AÓRTICA. IMPLICANCIAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DESACOPLE ENTRE LA POSCARGA Y LA CONTRACTILIDAD (AFTERLOAD MISMATCH)

Multimagen / Valvulopatías

Ricardo Alberto MIGLIORE | María Elena ADANIYA | Miguel Ángel BARRANCO | Mariana BENTKOWSKI | Silvia Consuelo GONZALEZ | Carlos Aníbal GIUDICI COSTA

HIGA EVA PERON (EX- CASTEX)

Introducción: La fracción de eyección y/o el strain (FE/S) en la estenosis aórtica (EAo) pueden estar disminuidos por dos mecanismos: 1) disminución de la contractilidad o 2) exceso de poscarga, también denominado desacople entre la poscarga y la contractilidad o afterload mismatch. En pacientes (p) con FE/S disminuidos e insuficiencia mitral, la medición de la dP/dt positiva suele estar también disminuida en concordancia con la FE/S. Sin embargo, otros pacientes presentan FE/S disminuidos y dP/dt normal planteando la duda sobre cómo interpretar dicha discordancia.

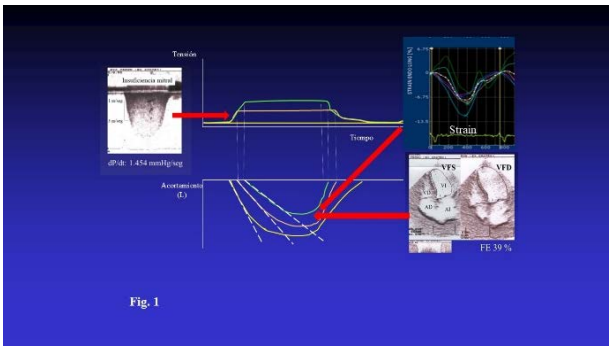


Fig. 1

Objetivos: Nuestra hipótesis fue que la discordancia entre FE/S y dP/dt podría explicarse porque la dP/dt evalúa la contracción miocárdica durante el período pre-eyectivo durante el cual el ventrículo está muy poco influenciado por la poscarga mientras que la FE/S se miden al final de la sístole cuando el ventrículo ya se ha contraído contra la poscarga (Fig 1). Por consiguiente, el objetivo de este trabajo fue evaluar si la dP/dt normal en presencia de FE/S disminuidos se asocian con contractilidad preservada, pudiendo contribuir al diagnóstico de desacople entre la poscarga y la contractilidad (afterload mismatch).

Materiales y Métodos: Se estudiaron prospectivamente con eco-Doppler 207 p portadores de EAo severa (área valvular aórtica < 1 cm2), edad promedio de 69 ± 11 años (84 mujeres) de los cuales 104 p (50 %) presentaban insuficiencia mitral. La medición de la dP/dt se realizó en 76 p que presentaban adecuado registro de la insuficiencia mitral con Doppler continuo. El nivel de contractilidad (NC) se determinó en 71 individuos normales mediante la diferencia entre la fracción de acortamiento mesoparietal (FAm) medida (EAo) y la FAm predicha (N) menos 2 errores estándar para un valor determinado de estrés meridional de fin de sístole (EFS). Un NC >= 0 se consideró contractilidad conservada. Todas las mediciones de eco-Doppler se realizaron de acuerdo con las recomendaciones de la ASE.

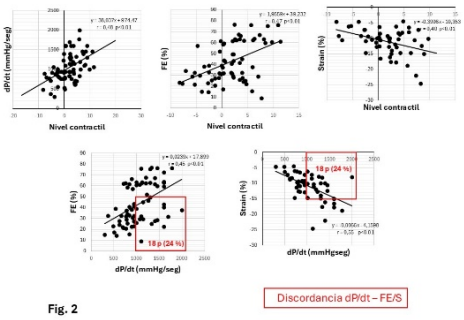


Fig. 2

Resultados: El NC se correlacionó significativamente con la dP/dt (r = 0.48, p<³0.01), FE (r = 0.47, p<0.01) y el S (r =; 0.40, p<0.01). Considerando dP/dt normal >= 1000 mmHg/seg, FE disminuida < 50 % y S >= - 15 %, la discordancia (afterload mismatch) entre dP/dt y FE se observó en 18 p (24 %) y entre dP/dt y S en 18 p (24 %) (Fig 2). La correlación entre FE y S fue de r = 0.68, p<0.001. El EFS tuvo buena correlación en la FE (r = 0.65, p<0.001) y el S (r = 0.60, p<0.001) y regular correlación con la dP/dt (r = 0.34, p<0.05).

Conclusión: El hallazgo de dP/dt normal con FE/S disminuida sugiere contractilidad conservada debido a desacople entre la poscarga y la contractilidad (afterload mismatch), basándose este hallazgo en la mayor dependencia de índices de acortamiento como la FE/S de la poscarga que la dP/dt. La discordancia entre dP/dt y FE/S se debería tener en cuenta para no interpretar la disminución de FE/S en los p con EAo como ocasionada por la depresión de la contractilidad.

0467 - ESTADÍOS DE DAÑO CARDÍACO EXTRAVALVULAR Y SU ASOCIACIÓN CON LA SELECCIÓN TERAPÉUTICA Y LA MORTALIDAD EN ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA

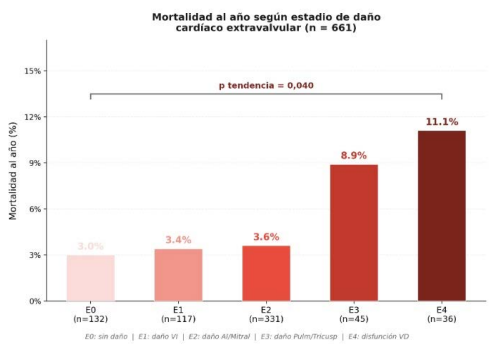
Valvulopatías

Martín Andrés FASAN | Marcia CORTÉS | Juan Pedro FESCINA | Lucas Leonardo SUÁREZ | Fernando PICCININI | Santiago ORDOÑEZ | Martin VIVAS | Marcelo Sergio TRIVI

INSTITUTO CARDIOVASCULAR

Introducción: La estenosis aórtica severa (EAoS) produce daño cardíaco progresivo. La clasificación en estadíos de daño extravalvular permite estratificar a los pacientes, pero su impacto en la elección terapéutica y en el pronóstico ha sido poco estudiado en registros latinoamericanos.

Variable	E0 (n=132)	E1 (n=117)	E2 (n=331)	E3 (n=45)	E4 (n=36)	p tend
Edad, años (media +/- DE)	70,1 +/- 10,9	70,9 +/- 12,0	75,0 +/- 10,6	78,8 +/- 8,9	77,1 +/- 10,9	<0,001
Sexo masculino, n (%)	62 (47,0%)	94 (80,3%)	226 (68,3%)	24 (53,3%)	27 (75,0%)	<0,001 (chi² global)
EuroScore II, % (mediana (IQR))	1,8 (1,0-3,0)	2,2 (1,2-3,9)	2,4 (1,3-4,4)	4,9 (2,8-7,7)	6,8 (3,5-13,5)	<0,001
FEVI, % (media +/- DE)	62,7 +/- 5,6	57,7 +/- 9,6	59,7 +/- 8,9	55,1 +/- 15,0	44,9 +/- 15,8	<0,001
Fibrilación auricular, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	57 (17,2%)	15 (33,3%)	12 (33,3%)	<0,001
Enfermedad renal crónica, n (%)	10 (7,6%)	9 (7,7%)	33 (10,0%)	7 (15,6%)	7 (19,4%)	0,023
Enfermedad pulmonar, n (%)	23 (17,4%)	19 (16,2%)	65 (19,7%)	16 (35,6%)	13 (36,1%)	0,004
TAVI, n (%)	29 (22,0%)	21 (17,9%)	143 (43,2%)	28 (62,2%)	24 (66,7%)	<0,001



Objetivos: Evaluar la asociación entre los estadíos de daño cardíaco extravalvular y la selección del procedimiento y la mortalidad al año en pacientes con EAoS.

Materiales y Métodos: Registro observacional unicéntrico de pacientes con EAoS sometidos a implante valvular transcatéter (TAVI) o quirúrgico entre diciembre de 2021 y junio de 2024, luego de la evaluación por Heart Team. Se clasificaron en estadíos E0–E4 según daño extravalvular creciente. La tendencia de la mortalidad al año se evaluó con el test de tendencia de Cochran-Armitage y la interacción estadío-procedimiento con regresión logística. Seguimiento mediano: 636 días.

Resultados: Se incluyeron 661 pacientes: E0 20,0% (n=132), E1 17,7% (n=117), E2 50,1% (n=331), E3 6,8% (n=45) y E4 5,4% (n=36). Las características basales se detallan en la Tabla 1. La proporción de TAVI aumentó progresivamente con el estadío: E0 22,0%, E1 17,9%, E2 43,2%, E3 62,2% y E4 66,7% (p<0,001). En estadíos bajos (E0–E1), los pacientes derivados a TAVI presentaron EuroSCORE II significativamente mayor que los quirúrgicos (p<0,001), reflejando selección por comorbilidades extracardíacas más que por daño cardíaco. Esta confusión por indicación limita la comparación directa de mortalidad entre procedimientos dentro de cada estadío. La mortalidad durante el seguimiento mostró una tendencia creciente: E0 3,0%, E1 3,4%, E2 3,6%, E3 8,9% y E4 11,1% (p tendencia=0,040) (Figura 1). No se observó interacción significativa entre estadío y procedimiento (p=0,262), sugiriendo que el efecto pronóstico del estadío no difirió según el procedimiento realizado. Sin embargo, en estadíos avanzados (E3–E4), el número de pacientes sometidos a cirugía fue reducido (E3: n=17; E4: n=12), lo que limita la comparación directa de mortalidad entre procedimientos en estos subgrupos.

Conclusión: La progresión del daño cardíaco extravalvular se asoció con mayor uso de TAVI y con una tendencia creciente de la mortalidad durante el seguimiento. En estadíos avanzados, el escaso número de pacientes quirúrgicos refleja que la conducta expectante y la indicación tardía generan un sesgo de selección en el tipo de procedimiento, siendo este sesgo en sí mismo un determinante de la sobrevida alejada, independientemente de la modalidad terapéutica finalmente elegida. En estadíos bajos, la elección de TAVI estuvo determinada por comorbilidades extracardíacas, sugiriendo que tanto el daño cardíaco extravalvular como las comorbilidades extracardíacas influyen en la toma de decisiones terapéuticas.

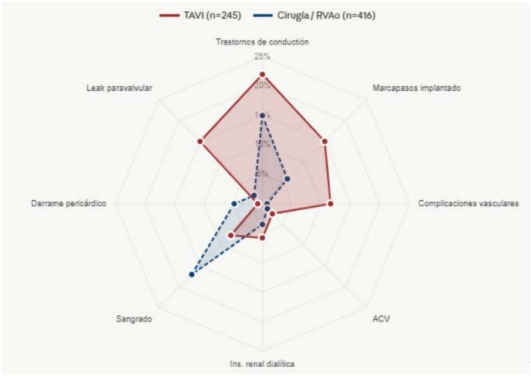
0470 - IMPACTO POTENCIAL EN AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR CALIDAD DE VIDA (QALYS) SEGÚN EL PERFIL DE COMPLICACIONES EN TAVI Y CIRUGÍA PARA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA

Valvulopatías

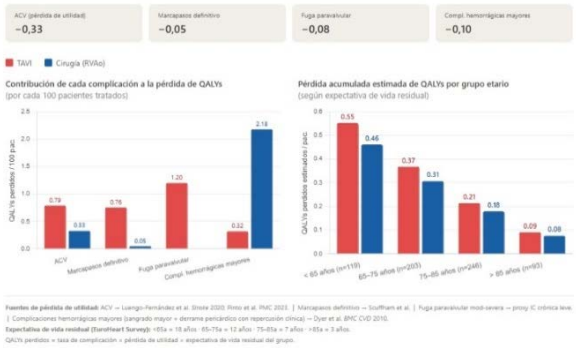
Marcia CORTÉS | Martin VIVAS | Lucas Leonardo SUÁREZ | Juan Pedro FESCINA | Martín Andrés FASAN | Ricardo RONDEROS | Santiago ORDOÑEZ | Mariano VRANCIC

INSTITUTO CARDIOVASCULAR

Introducción: El reemplazo valvular aórtico percutáneo (TAVI) y el quirúrgico (RVAo) presentan perfiles de complicaciones diferenciados cuyo impacto sobre la calidad de vida podría variar según la expectativa de vida del paciente. Este análisis busca aportar información complementaria para la toma de decisiones del Heart Team, considerando la reciente expansión de las indicaciones de TAVI a pacientes más jóvenes y de menor riesgo.



Objetivos: Estimar el impacto potencial en QALYs asociado al perfil de complicaciones observado en pacientes con estenosis aórtica severa (EAoS) tratados mediante TAVI o RVAo en un registro de vida real.



Materiales y Métodos: Registro observacional unicéntrico de pacientes con EAoS sometidos a TAVI o RVAo entre diciembre de 2021 y junio de 2024 (n=661). Se asignó una pérdida de utilidad para cada complicación utilizando valores publicados derivados de EQ-5D: accidente cerebrovascular (ACV, −0,33), marcapasos definitivo (−0,05), fuga paravalvular significativa (−0,08) y complicaciones hemorrágicas mayores (definidas como sangrados BARC >= 3 o derrame pericárdico mayor a leve) (−0,10). La pérdida potencial de QALYs se estimó multiplicando la tasa de complicación por su pérdida de utilidad y la expectativa de vida residual según grupo etario (EuroHeart Survey).

Resultados: Se incluyeron 661 pacientes; 245 (37%) tratados con TAVI y 416 (63%) mediante RVAo. El perfil de complicaciones de TAVI estuvo caracterizado por marcapasos definitivo (15,1%), fuga paravalvular significativa (15%),

ACV (2,4%) y complicaciones hemorrágicas mayores (3,2%), mientras que en RVAo predominaron las complicaciones hemorrágicas mayores (21,8%), con menor frecuencia de ACV (1,2%), marcapasos definitivo (1%) y ausencia de fuga paravalvular (Figura 1). El modelo estimó que, en pacientes menores de 75 años, el perfil de complicaciones observado tras TAVI (principalmente marcapasos definitivo y fuga paravalvular) podría traducirse en una mayor pérdida potencial acumulada de QALYs que el observado tras RVAo (<65 años: 0,55 vs 0,46; 65–75 años: 0,37 vs 0,31 QALYs/paciente). Este hallazgo estaría explicado por el carácter persistente de dichas complicaciones, en contraste con otras complicaciones más frecuentemente asociadas a RVAo, cuyo impacto sobre la calidad de vida suele ser predominantemente agudo y de menor duración. Esta diferencia se atenuó progresivamente con la edad; en mayores de 85 años la diferencia fue mínima (0,09 vs 0,08 QALYs/paciente), ya que la menor expectativa de vida residual reduce el impacto longitudinal de las complicaciones persistentes (Figura 2). El ACV, pese a su menor frecuencia, representó la complicación de mayor peso unitario en el análisis.

Conclusión: Aunque TAVI y RVAo presentan perfiles de complicaciones diferentes, su relevancia clínica potencial depende en gran medida de la expectativa de vida del paciente. En pacientes más jóvenes, complicaciones persistentes como la fuga paravalvular y el marcapasos definitivo podrían adquirir mayor importancia a largo plazo, mientras que en pacientes añosos estas diferencias serían menos relevantes. La exclusión de la mortalidad observada permitió focalizar el análisis en el impacto longitudinal de las complicaciones sobre la calidad de vida, minimizando la influencia de las diferencias basales de riesgo entre las cohortes. Estos resultados respaldan una selección terapéutica individualizada que contemple no sólo el riesgo inmediato del procedimiento, sino también sus posibles consecuencias sobre la calidad de vida futura.

0471 - IMPACTO DE LA DETECCIÓN DE ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA CAROTÍDEA Y FEMORAL SOBRE LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN LATINOAMÉRICA

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Marco Antonio GRAJEDA GALINDO | Joel Emir VALLEDOR | Luciana Guadalupe DOMINGUEZ | Omar Enrique MAIN CRUZ | Helena Edith FISCHER | Roberto Nicolás AGUERO | Carolina CHAVIN | Verónica Inés VOLBERG

Hospital de Clínicas José de San Martín

Introducción: La enfermedad cardiovascular aterosclerótica sigue siendo la principal causa de muerte en el mundo. Aunque las escalas tradicionales permiten estimar el riesgo cardiovascular, una proporción importante de eventos ocurre en individuos considerados de bajo o moderado riesgo, sugieren que estas herramientas no siempre reflejan la verdadera carga de enfermedad aterosclerótica. La detección de aterosclerosis subclínica mediante ecografía Doppler carotídea y femoral permite identificar placas en etapas subclínicas y aporta información adicional sobre el riesgo real del paciente. Estudios internacionales han demostrado que muchos individuos aparentemente sanos ya presentan enfermedad aterosclerótica, incluso dentro de categorías de bajo o moderado riesgo. Sin embargo, la evidencia en poblaciones latinoamericanas continúa siendo limitada. El presente estudio evaluó la prevalencia de aterosclerosis subclínica y su relación con la estratificación del riesgo cardiovascular mediante Score OPS en una cohorte latinoamericana pacientes.

Tabla 1. Características demográficas, factores de riesgo, antecedentes cardiovasculares y hallazgos ecográficos

Variable	Valor
Características demográficas	
Edad, años	57,9 ± 13,7
Sexo femenino	299 (70,9%)
Sexo masculino	123 (29,1%)
Índice de masa corporal (kg/m²)	29,2 ± 5,6
Factores de riesgo cardiovascular	
Hipertensión arterial	161 (38,2%)
Diabetes mellitus	49 (11,6%)
Dislipidemia	182 (43,1%)
Sedentarismo	212 (50,2%)
Tabaquismo activo	55 (13,0%)
Ex tabaquismo	110 (26,1%)
Antecedentes cardiovasculares	
Antecedente de IAM	15 (3,6%)
Antecedente de ACV	19 (4,5%)
Hallazgos ecográficos vasculares	
Sin ateromatosis detectable	171 (40,5%)
Ateromatosis en cualquier territorio vascular	251 (59,5%)
Placa carotídea aislada	69 (16,4%)
Placa femoral aislada	50 (11,8%)
Compromiso carotídeo-femoral combinado	132 (31,3%)

Objetivos: Evaluar el impacto de la detección de aterosclerosis subclínica carotídea y femoral mediante ecografía Doppler sobre la reestratificación del riesgo cardiovascular en una cohorte latinoamericana de pacientes.

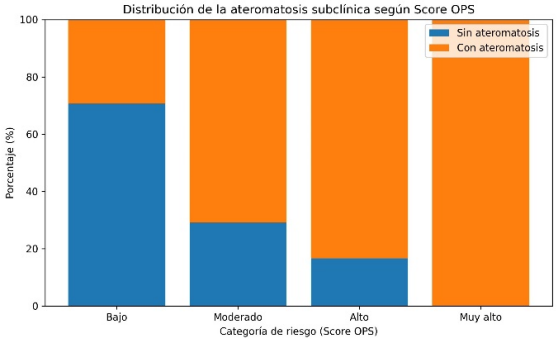
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional y transversal en participantes evaluados durante las Jornadas de Prevención Primaria Cardiovascular en un Hospital Universitario. Se incluyeron individuos con información clínica completa, estimación del riesgo cardiovascular mediante Score OPS y evaluación vascular con ecografía Doppler carotídea y femoral bilateral. Se registraron variables demográficas, antecedentes clínicos y factores de riesgo cardiovascular convencionales. La aterosclerosis subclínica se definió por la presencia de al menos una placa carotídea y/o femoral, y los participantes fueron clasificados según la localización de las lesiones. El análisis se centró en determinar la prevalencia de ateromatosis subclínica y su distribución de acuerdo con las categorías de riesgo cardiovascular estimadas por Score OPS.

Resultados: Se incluyeron 422 participantes, con una edad media de 57,9 años y predominio del sexo femenino. La ateromatosis carotídea y/o femoral estuvo presente en el 59,5% de los individuos y fue más frecuente en sujetos de mayor edad y con mayor carga de factores de riesgo cardiovascular. La prevalencia de ateromatosis aumentó progresivamente según la categoría de riesgo cardiovascular estimada por Score OPS. Sin embargo, se detectaron placas ateroscleróticas en el 29,4% de los individuos de bajo riesgo y en el 70,9% de aquellos con riesgo moderado. Estos hallazgos sugieren que una proporción importante de personas aparentemente de bajo o moderado riesgo ya presenta aterosclerosis subclínica, destacando el valor potencial de la ecografía Doppler carotídea y femoral como herramienta complementaria para una mejor evaluación del riesgo cardiovascular.

Tabla 3. Distribución de la ateromatosis subclínica según categoría de riesgo cardiovascular estimada por Score OPS

Categoría de riesgo (Score OPS)	n	Sin ateromatosis	Con ateromatosis
Bajo	163	115 (70,6%)	48 (29,4%)
Moderado	79	23 (29,1%)	56 (70,9%)
Alto	151	25 (16,6%)	126 (83,4%)
Muy alto	20	0 (0%)	20 (100%)
TOTAL	413	163 (39,5%)	250 (60,5%)

Ocho participantes con clasificación "No aplica" en el Score OPS fueron excluidos del análisis por no cumplir los criterios etarios de aplicación de la herramienta. Un participante presentó dato faltante para la variable ateromatosis.



Conclusión: Los factores de riesgo cardiovascular se asocian directamente con la progresión de placas de ateroma, que como bien sabemos se instauran en edades precoces. La media de edad para los infartos en argentina ronda los 60 años, y su prevención comienza al menos 10 años antes. La presencia de factores de riesgo cardiovascular, además de recomendación activa para modificarlos, deberían motivar al cribado de enfermedad aterosclerótica asintomática, aun en pacientes de bajo/ moderado riesgo

0472 - PREDICTORES DE INTERNACIÓN MAYOR A 36 HORAS POST-TAVI: SUBANÁLISIS DE UN REGISTRO CONTEMPORÁNEO DE 10 AÑOS

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Ignacio Manuel PIAGGIO | Julian FEDER | Santiago ORDOÑEZ | Pablo Damián MASCOLO | Gustavo Omar PEDERNERA | Jorge Renzo TELLO VELÁSQUEZ | Fernando CURA | Pablo Marcelo SPALETRA

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La implementación de estrategias de alta temprana tras el implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) ha aumentado significativamente, impulsada por abordajes minimalistas y protocolos de recuperación acelerada que demostraron factibilidad y seguridad en pacientes seleccionados (1,2).

Objetivos: Identificar predictores independientes de internación > 36 horas en pacientes sometidos a TAVI.

Tabla 2. Análisis multivariado de predictores independientes de internación >36 horas post-TAVI

Variable	OR	IC95%	p
Angioplastia coronaria previa (ATC)	1,87	1,22–2,88	0,004
Diabetes mellitus	1,57	1,13–2,17	0,007
IAM previo	1,89	1,21–2,96	0,005
Clase funcional basal	—	—	0,018
Marcapasos definitivo previo	0,26	0,17–0,40	<0,001
Bloqueo completo de rama derecha (BCRD)	1,86	1,08–3,21	0,025
Bloqueo AV de primer grado	2,04	0,99–4,23	0,055

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte consecutiva de pacientes sometidos a TAVI entre los años 2015-2025. Se excluyeron aquellos pacientes que fallecieron durante el procedimiento o la internación índice. Los pacientes fueron estratificados en dos grupos: alta temprana (<=36 h) e internación prolongada aquella >36 h. Se analizaron variables clínicas basales, electrocardiográficas y procedimentales, incluyendo comorbilidades cardiovasculares, antecedentes clínicos, función ventricular izquierda (FEVI), características del acceso vascular y tipo de procedimiento. Se realizó un análisis univariado ajustando luego por variables de interés en modelos de regresión logística multivariado con selección backward stepwise para determinar predictores independientes.

Resultados: Del total de 1072 pacientes incluidos, el 61.1% presentó una internación >36 h posterior al procedimiento. La edad media de la población fue de 82±5.9 años, el 46% correspondió al sexo femenino. En el análisis multivariado, los predictores independientes de internación >36 h fueron antecedente de angioplastia coronaria previa (OR 1.87; IC95% 1.22–2.88; p=0.004), diabetes mellitus (OR 1.57; IC95% 1.13–2.17; p=0.007), antecedente de IAM (OR 1.89; IC95%

1.21–2.96; p=0.005) y bloqueo completo de rama derecha (OR 1.86; IC95% 1.08–3.21; p=0.025). Asimismo, el bloqueo auriculoventricular de primer grado mostró una tendencia a asociación con internación prolongada (OR 2.04; IC95% 0.99–4.23; p=0.055). Por el contrario, la presencia de marcapasos definitivo previo se asoció independientemente con menor probabilidad de internación >36 h (OR 0.26; IC95% 0.17–0.40; p<0.001)

Conclusión: En esta cohorte contemporánea de pacientes sometidos a TAVI, la internación >36 horas se asoció independientemente a diabetes mellitus, antecedente de angioplastia coronaria, IAM previo y bloqueo completo de rama derecha. La presencia de marcapasos definitivo previo se asoció con menor probabilidad de internación prolongada. Estos hallazgos podrían contribuir a optimizar la selección de candidatos para estrategias de recuperación acelerada y mejorar la planificación de protocolos de alta temprana tras TAVI.

0476 - VALOR CLÍNICO DEL ÍNDICE YUGULAR-ORTOPNEA PARA DETECTAR PRESIONES DE LLENADO ELEVADAS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Guillermo LINIADO | Giuliana Ayelén TRESENZA | Ana Inés María VINUESA | Juan Alberto GAGLIARDI

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: El examen clínico es el primer elemento en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Entre sus hallazgos más relevantes se encuentran la ortopnea y la evaluación de las venas yugulares. Nuestra hipótesis es que la evaluación conjunta de ortopnea y yugulares (distensión espontánea y/o reflejo hepatoyugular positivo) —a la que denominamos «Índice Yugular-Ortopnea» (iYO)— constituye una herramienta simple y rápida para evaluar congestión en el paciente ambulatorio con IC fey reducida (ICFEr). En un trabajo previo presentamos los resultados en una cohorte de 127 pacientes; el presente estudio constituye una extensión de esa serie.

Objetivos: Evaluar el rendimiento diagnóstico del iYO y otros hallazgos del examen clínico para detectar presiones de llenado del VI elevadas.

Hallazgo clínico	n (%)	Sens	Espec	VPP	VPN	LR+	LR-	p
Ortopnea	86 (55%)	65	59	70	54	1.6	0.60	0.003
Dist. yugular y/o RHY+	48 (31%)	41	84	79	50	2.6	0.70	0.001
R3	67 (43%)	58	78	79	56	2.6	0.54	<0.001
Edema MMII	43 (28%)	34	81	72	46	1.8	0.82	0.040
Score Framingham ≥2	85 (54%)	66	62	72	56	1.7	0.55	0.001
IYo	29 (18%)	33	98	97	49	19.3	0.71	<0.0001

IYo: combinación de ortopnea y distensión yugular y/o RHY+.

Nota: Los demás hallazgos clínicos (DPN, bendopnea, saciedad precoz, rales y hepatomegalia) no alcanzaron significancia estadística.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes ambulatorios con ICFEr (FEY<=40%). Se realizó examen clínico que incluyó síntomas y signos clásicos de IC seguido de ecocardiograma con Doppler tisular dentro de los 7 días, sin modificaciones terapéuticas ni clínicas entre ambas evaluaciones. Los operadores del ecocardiograma fueron ciegos al examen físico. El iYO se consideró positivo cuando coexistían ortopnea y distensión yugular espontánea y/o reflejo hepatoyugular positivo. Se utilizó como estándar de referencia las recomendaciones por la ASE/EACVI Nague 2016 para definir presiones de llenado elevadas. Se evaluaron sensibilidad (Sens), especificidad (Espec), valores predictivos (VPP y VPN) y razones de verosimilitud (LR+ y LR-). Para datos categóricos se utilizó chi-cuadrado; p < 0.05 se consideró significativo.

Resultados: Se incluyeron 157 pacientes ambulatorios con ICFEr, de los cuales 93 (59%) presentaron presiones de llenado elevadas. Entre los hallazgos clínicos evaluados (ver tabla), el iYO mostró el mejor rendimiento diagnóstico para confirmar congestión, en 1 de cada 5 pacientes con ICFEr, con una sensibilidad del 33%, especificidad del 98%, valor predictivo positivo del 97% y razón de verosimilitud positiva de 19,3 (p<0,0001). La ortopnea, la distensión yugular espontánea y/o reflejo hepatoyugular positivo, la presencia de tercer ruido, el edema de miembros inferiores y un puntaje de Framingham >= 2 también se asociaron significativamente con presiones de llenado elevadas. El resto de los signos y síntomas clínicos evaluados presentó menor rendimiento diagnóstico.

Conclusión: El iYO es una herramienta de alto valor diagnóstico para establecer la presencia de aumento de presiones de llenado en un número no despreciable de pacientes con ICFEr.

0481 - EL IMPACTO DE LA GRAVEDAD RESPIRATORIA EN LA INCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN EL CURSO DE LA INFECCIÓN VIRAL RESPIRATORIA

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

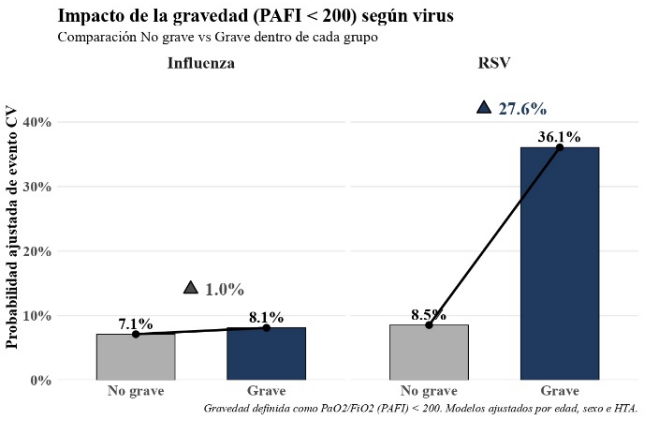
Daniela Alejandra CARDOZO | Joaquín PEREA | Milton Agustín LEZCANO ROJAS | Carola HEINZE | Verónica LACAL | Sebastián NUÑEZ | María Inés SOSA LIPRANDI | Álvaro SOSA LIPRANDI

Introducción: Actualmente la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en el mundo. Las infecciones virales respiratorias tienen una alta incidencia en la población general, y algunos trabajos vincularon a estas infecciones con el aumento del riesgo de eventos cardiovasculares.

Objetivos: Evaluar el rol de la gravedad respiratoria en la asociación entre infección viral respiratoria y eventos cardiovasculares intrahospitalarios.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en pacientes adultos internados en un centro de alta complejidad, con diagnóstico microbiológico de infección respiratoria por virus sincicial respiratorio (VSR) o influenza. El desenlace principal fue la ocurrencia de eventos cardiovasculares intrahospitalarios, definidos como un compuesto de infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular isquémico, insuficiencia cardiaca, enfermedad tromboembólica aguda y muerte de origen cardiovascular. La gravedad respiratoria se definió por una relación PaO2/FiO2 <200. Se utilizaron modelos de regresión logística para evaluar la asociación entre el tipo viral, la gravedad respiratoria y los eventos cardiovasculares, ajustando por edad, sexo e hipertensión arterial. Para explorar la modificación de efecto, se incorporó un término de interacción entre tipo viral y gravedad respiratoria. Se estimaron probabilidades ajustadas de eventos cardiovasculares según tipo viral y presencia de gravedad respiratoria. Como análisis de sensibilidad, los modelos se ajustaron adicionalmente por SOFA total y por SOFA modificado excluyendo el componente cardiovascular. Los resultados se expresaron como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

	Total (N = 429)	Influenza (N = 225)	VSR (N = 204)	p-valor2
Sexo femenino	215 (50%)	109 (48%)	106 (52%)	0.5
Edad (años)	72 (57, 81)	71 (55, 81)	73 (58, 81)	0.4
HTA	199 (46%)	110 (49%)	89 (44%)	0.3
Diabetes	79 (18.4%)	38 (16.6%)	41 (20.4%)	0.6
Enfermedad coronaria (SCA, IAM, ATC, CRM)	42 (9.8%)	24 (11%)	18 (8.8%)	0.5
ACV	50 (12%)	27 (12%)	23 (11%)	0.8
Insuficiencia cardiaca congestiva	63 (15%)	25 (11%)	38 (19%)	0.028
Vacuna Influenza correspondiente al año	101 (24%)	47 (22%)	54 (27%)	0.4
Requirio O2 en la infección	240 (56%)	132 (59%)	108 (53%)	0.2
PAFI (PaO2/FiO2) <200	45 (11.5%)	26 (13%)	19 (9.8%)	0.2
SOFA	2.0 (1.0, 5.0)	2.0 (1.0, 6.0)	2.0 (1.0, 4.0)	0.062
CHARLSON	4.00 (3.00, 6.00)	4.00 (3.00, 6.00)	5.00 (3.00, 6.00)	0.2
Eventos CV: Enfermedad tromboembolica	7 (1.6%)	0 (0%)	7 (3.4%)	<0.001
Eventos CV: Desenlance principal	93 (22%)	41 (18%)	52 (25%)	0.068
Mortalidad intrahospitalaria	107 (25%)	45 (20.4%)	62 (31%)	0.009
1 n (%); Median (Q1, Q3)				
2 Pearson's Chi-squared test; Wilcoxon rank sum test; NA; Fisher's exact test				



Resultados: Se incluyeron un total de 429 pacientes, 225 con infección confirmada por virus Influenza y 204 por VSR. La mediana de edad fue de 72 años con una distribución equilibrada según género. Los indicadores de gravedad clínica y carga de enfermedad fueron comparables entre ambos grupos de infecciones, cabe destacar que el 11.5% (n=45) de la población presentó un compromiso respiratorio severo (PAFI <200), sin diferencias entre los grupos. En cuanto al desenlace principal, fue similar entre ambos grupos (18% vs 25%, p=0.07). Posteriormente, se evaluó la interacción entre la gravedad respiratoria, definida por PAFI <200, y el tipo de virus respiratorio, comparando VSR e influenza en modelos ajustados por edad, género e hipertensión arterial. En los pacientes con influenza, la probabilidad ajustada de eventos cardiovasculares fue de 7,1% en aquellos sin gravedad respiratoria y de 8,1% en aquellos con PAFI <200. En los pacientes con VSR, la probabilidad ajustada fue de 8,5% en aquellos sin gravedad respiratoria y de 36,1% en aquellos con PAFI <200. En los análisis de sensibilidad, la asociación entre gravedad respiratoria, tipo de virus y eventos cardiovasculares se mantuvo luego del ajuste adicional por el puntaje SOFA, utilizado como medida de disfunción orgánica global. Resultados similares se observaron al utilizar una versión modificada del SOFA excluyendo el componente cardiovascular, con el objetivo de evitar superposición conceptual con el desenlace.

Conclusión: En pacientes con infección por VSR, el compromiso respiratorio severo se asoció con un incremento marcado del riesgo de eventos cardiovasculares intrahospitalarios, a diferencia de lo observado en pacientes con influenza. Este hallazgo se mantuvo luego del ajuste por disfunción orgánica global.

0486 - FACTORES DE RIESGO OCULTOS AL INGRESO EN UNA UNIDAD CORONARIA: DISCREPANCIAS ENTRE LA EVALUACIÓN CLÍNICA INICIAL Y LA VALORACIÓN OBJETIVA ESTANDARIZADA

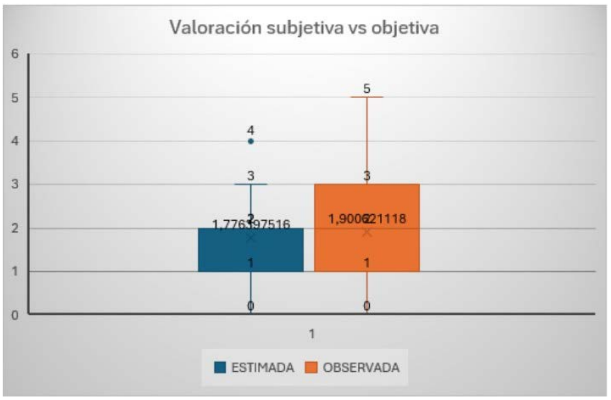
Cardio Geriatría / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Andrés VÉLEZ GARCÍA | Mauricio ZAMBRANO HERNANDEZ | Carolina Jacqueline MORALES CARDENAS | Carlos Alberto de Jesús ESTRADA FRANCO | Ignacio Miguel BRUSCO | Jorge Enrique TRONGÉ | Norberto Gustavo ALLENDE | Fernando José SOKN

Clínica IMA Adrogué

Introducción: Los pacientes internados en la unidad coronaria (UCO) constituyen una población heterogénea cuya estratificación de riesgo suele basarse en scores específicos para cada entidad clínica, como TIMI, GRACE y MEESSI-AHF. Sin embargo, el envejecimiento y la creciente carga de comorbilidades y multimorbilidad han puesto en evidencia limitaciones de estas escalas, que no incluyen otras condiciones potencialmente relevantes para el pronóstico y la toma de decisiones terapéuticas, como fragilidad, sarcopenia, apnea obstructiva del sueño (AOS), deterioro cognitivo y obesidad. Estas condiciones pueden pasar inadvertidas durante la valoración inicial del paciente agudo y comportarse como factores de riesgo ocultos. La incorporación sistemática de instrumentos validados para su detección podría optimizar la evaluación clínica inicial y enriquecer la información registrada en la historia clínica.

Objetivos: Evaluar la concordancia entre la estimación subjetiva del médico tratante durante la valoración inicial y la identificación objetiva de estas condiciones clínicas mediante scores validados. Determinar la prevalencia de variables clínicas de riesgo oculto (VCR), definidas como fragilidad, sarcopenia, AOS, deterioro cognitivo y obesidad, en pacientes internados en la UCO.



Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo y observacional. Se incluyeron pacientes ingresados en la UCO entre diciembre 2025 y abril 2026. Se excluyeron aquellos con inestabilidad hemodinámica o deterioro cognitivo al ingreso que impidiera su interrogatorio. Al momento de la valoración clínica inicial, se solicitó al médico tratante una estimación del número de VCR presentes en cada paciente. Posteriormente, la presencia de estas variables se determinó mediante instrumentos validados: FRAIL para fragilidad, SARC-F para sarcopenia, escala de Epworth para AOS, Mini-Mental Test para deterioro cognitivo e índice cintura/altura > 0,50 para obesidad. Se estimó la prevalencia de VCR en la población estudiada y se comparó la precisión de la valoración subjetiva con la valoración objetiva basada en scores. Para el análisis comparativo se utilizó la prueba t para muestras apareadas.

Resultados: Se incluyeron 161 pacientes, con una edad media de 75 años; 103 (65%) eran varones. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron síndrome coronario agudo (31%), angioplastia transluminal coronaria programada (13%), angioplastia transluminal periférica (12.5%), insuficiencia cardíaca (11%), arritmias (13%) y otros (19.5%). El VCR más prevalente fue el deterioro cognitivo leve, detectado en 107 pacientes (67%), seguido de prefragilidad en 58 (36%), fragilidad en 35 (21,8%), sarcopenia en 39 (25%) y AOS en 6 (4%). En obesidad, se registraron 62 pacientes (32%); sin embargo, según el índice cintura/altura, 89 pacientes (55%) fueron obesos. La valoración subjetiva identificó tres o más condiciones clínicas en el 23% de los pacientes, mientras que la valoración objetiva mediante scores detectó en el 31%. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la valoración subjetiva y la objetiva (p = 0,0059). (Figura 1).

Conclusión: Se observó una elevada prevalencia de variables clínicas de riesgo oculto, especialmente deterioro cognitivo, fragilidad y obesidad. La valoración clínica inicial realizada por el médico tratante subestimó de manera significativa la presencia de estas variables en comparación con la evaluación objetiva. La incorporación sistemática de herramientas estandarizadas para la detección de estas condiciones podría mejorar la estratificación de riesgo y contribuir a una toma de decisiones clínicas.

0499 - VARIABLES CLÍNICAS, ELECTROCARDIOGRÁFICAS Y TOMOGRÁFICAS ASOCIADAS A COMPLICACIONES EN PACIENTES SOMETIDOS A TAVI EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA ARGENTINA

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Guillermo Daniel JUBANY[1] | Betiana Gabriela MARTIN[1] | Gerson ARTUNDUAGA[1] | Segundo Antonio NAVARRETE FRANCO[1] | Claudia FERNÁNDEZ[1] | Cristian Maximiliano GARMENDIA[2] | Fernando G. CHIMINELA[1]

HOSPITAL CARLOS G. DURAND[1]; Hospital Italiano de Buenos Aires[2]

Introducción: El reemplazo valvular aórtico percutáneo (TAVI) es una estrategia terapéutica establecida para pacientes portadores de una estenosis aórtica (EA) severa sintomática. Sin embargo, las complicaciones periprocedimiento continúan presentando una prevalencia no despreciable. Dado que estas complicaciones tienen mecanismos diferentes, la identificación de variables asociadas a cada tipo de evento podría optimizar la estratificación de riesgo a fin de instaurar medidas preventivas precoces.

Objetivos: Evaluar variables clínicas, electrocardiográficas, ecocardiográficas y tomográficas asociadas a distintos tipos de complicaciones peri-TAVI en una cohorte multicéntrica argentina.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico observacional de cohorte retrospectivo incluyendo para el análisis pacientes portadores de una EA severa sintomática sometidos a un TAVI durante el período comprendido entre enero de 2025 y enero de 2026. Se analizaron variables clínicas, electrocardiográficas, ecocardiográficas, tomográficas y procedimentales asociadas a complicaciones peri-TAVI. Los eventos clínicos adversos se definieron de acuerdo con los criterios VARC-3. A fin de identificar los factores vinculados a los eventos adversos periprocedimiento, se realizó un análisis por modelo de regresión logística multivariable.

Resultados: Se incluyeron para el análisis un total de 118 pacientes. La edad promedio de la población muestral fue de 82,4 ± 5,6 años, con un predominio de sexo femenino (78,2%). Se observaron eventos adversos periprocedimiento en el 20,34% (n=24), siendo dentro de este subgrupo el requerimiento de marcapasos en 12,5% (n=3), complicaciones de acceso vascular en 33,3% (n=8), eventos hemodinámicos mayores en 29,16% (n=7), eventos cerebrovasculares en 8,33% (n=2) y muerte en el 16,66% (n=4), respectivamente. Mediante un análisis multivariable, el requerimiento de un marcapasos definitivo post-TAVI se asoció con mayor prevalencia de bloqueo completo de rama derecha (BCRD) basal (36,4% vs. 11,1%; p=0,044) y con una menor relación del área del tracto de salida ventricular izquierdo (TSVI)/anillo aórtico (0,93 ± 0,09 vs. 1,01 ± 0,18; p=0,013). De los 3 pacientes con requerimiento de marcapasos, 10 recibieron una prótesis valvular autoexpandible y 3 una prótesis balón expandible. Las complicaciones de acceso ocurrieron exclusivamente en mujeres (100% vs. 56,4%; p=0,020) y se asociaron con mayor prevalencia de fibrilación auricular (42,9% vs. 8,3%; p=0,024). Los eventos hemodinámicos mayores se asociaron con mayor prevalencia de válvula aórtica bicúspide (40,0% vs. 4,9%; p=0,033) y con una mayor carga de calcio valvular (p=0,038). En este grupo, también se observó una tendencia a menor relación TSVI/anillo. A su vez, la ocurrencia de un evento clínico adverso periprocedimiento se asoció a una mayor duración de la hospitalización, en relación con el subgrupo sin complicaciones (3 [1–6] vs. 1 [1–2] días; p<0,001).

Conclusión: De acuerdo con los resultados de esta cohorte multicéntrica argentina, se observó una prevalencia no despreciable de complicaciones periprocedimiento. El BCRD basal y una menor relación TSVI/anillo se vincularon con un mayor requerimiento de marcapasos; el sexo femenino y la fibrilación auricular con complicaciones de acceso; y la válvula bicúspide y mayor calcio valvular con eventos hemodinámicos mayores. Estos hallazgos refuerzan el valor de una evaluación preprocedimiento integral para estratificar riesgos y optimizar la planificación del TAVI.

0503 - ALTERACIONES EN LA COMPOSICIÓN Y PROPIEDADES CARDIOPROTECTORAS DE LAS HDL EN PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO Y MANIFIESTO

Investigación Básica

Belén DAVICO[1] | Maximiliano MARTÍN[1] | Leonardo GÓMEZ ROSSO[1] | María Gabriela BALLERINI[1] | Wilfried LE GOFF[2] | Gabriela BRENTA[3] | Anatol KONTUSH[2] | Fernando BRITES[1]

DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA. FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA – UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES.[1]; SORBONNE UNIVERSITY, INSERM, INSTITUTE OF CARDIOMETABOLISM AND NUTRITION (ICAN), UMR_S[1166][2]; SANATORIO OTAMENDI[3]

Introducción: El hipotiroidismo, incluso en su forma subclínica, se asocia con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Si bien las lipoproteínas de alta densidad (HDL) desempeñan un rol central en la protección cardiovascular, la evidencia sobre sus propiedades en el contexto de la disfunción tiroidea es limitada. Las HDL poseen múltiples actividades

antiaterogénicas, entre las que se destacan su rol en el transporte inverso del colesterol, su actividad antioxidante, su capacidad de unión a lipopolisacáridos (LPS) y su habilidad para captar colesterol libre proveniente de la lipólisis de las lipoproteinas ricas en triglicéridos (LRTG) por la lipoproteinlipasa (LPL). En este contexto, cobra relevancia el estudio de distintas enzimas asociadas a las HDL que contribuyen a sus propiedades cardioprotectoras, como la enzima esterificante lecitina:colesterol aciltransferasa (LCAT) y la enzima antioxidante paraoxonasa 1 (PON).

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue evaluar las actividades de enzimas asociadas a las HDL, su función antioxidante, su capacidad de unión a LPS, su habilidad para captar colesterol libre y su composición, en pacientes con hipotiroidismo subclínico (HS) y manifiesto (HM), en comparación con controles.

Materiales y Métodos: En un primer estudio, se incluyeron 35 pacientes con HS y 32 controles pareados por edad, sexo e índice de masa corporal (IMC). En un segundo estudio, se evaluaron 12 pacientes con HM, 12 con HS, y 12 controles de similares características. Se midieron los niveles de TSH y T4 libre, el perfil lipídico y la composición química de las HDL por métodos estandarizados. La actividad de PON 1 se evaluó utilizando dos sustratos, paraoxón (actividad PON) y fenilacetato (actividad arilesterasa, ARE), empleando métodos espectrofotométricos. Mediante técnicas fluorométricas, se evaluaron la actividad antioxidante de las HDL, su capacidad para unir LPS y para adquirir colesterol libre tras la hidrólisis de LRTG mediada por la LPL. La actividad de LCAT se determinó por un método radiométrico.

Resultados: En el primer estudio, los pacientes con HS presentaron menores niveles de C-HDL, mayores niveles de triglicéridos y menor actividad de PON que los controles ($p<0,05$). Además, las HDL de estos pacientes se encontraron enriquecidas en triglicéridos y con menor contenido de colesterol ($p<0,05$). En el segundo estudio, se hallaron alteraciones similares en la composición de las HDL en pacientes con HM. Asimismo, los pacientes con HM presentaron mayores niveles plasmáticos de triglicéridos ($p<0,05$) y de apo B ($p<0,01$), menores niveles de C-HDL ($p<0,05$), menor actividad ARE ($p<0,05$) y menor capacidad de unión de las HDL a LPS ($p<0,05$). No se observaron diferencias significativas en la actividad de LCAT, en la capacidad antioxidante de las HDL ni en su capacidad de adquirir colesterol libre tras la hidrólisis de las LRTG.

Conclusión: Los pacientes con HM, e incluso aquellos con HS, presentan alteraciones en propiedades antiaterogénicas de las HDL. Los cambios observados en la composición y en actividades específicas de estas lipoproteínas sugieren una posible pérdida de la capacidad protectora de las HDL, lo que podría contribuir al aumento del riesgo cardiovascular. Estos hallazgos respaldan la evaluación integral del riesgo cardiovascular en pacientes con hipotiroidismo, incluso subclínico, para identificar a quienes podrían beneficiarse de una intervención temprana.

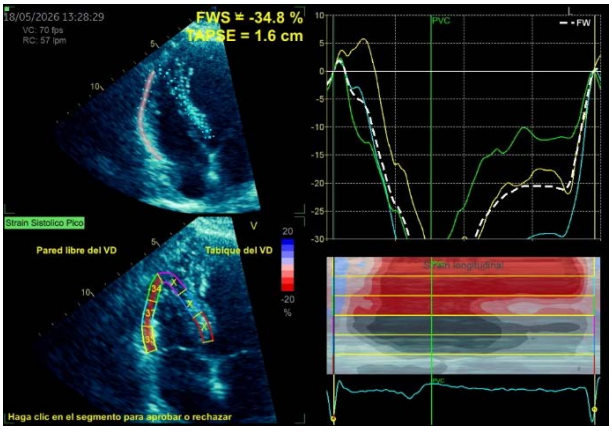
0505 - RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS DE CONDUCCIÓN Y EL STRAIN MIOCÁRDICO EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Enfermedad de Chagas

German Job SOUTO | Patricia Inés BARRAL | María Victoria CARVELLI | Mario Bruno PRINCIPATO | Adán SUAREZ | Melina DORMAN | Manuel LAGO | Justo CARBAJALES

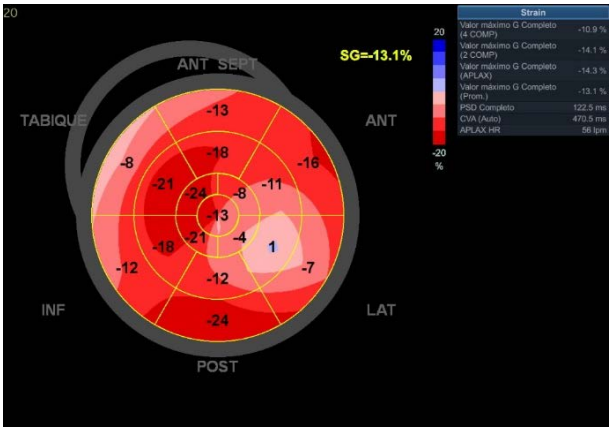
Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: La enfermedad de Chagas se asocia frecuentemente con trastornos de conducción y alteraciones miocárdicas subclínicas. El strain longitudinal global del ventrículo izquierdo (SLG) y los parámetros de función ventricular derecha, como el strain longitudinal del ventrículo derecho (SLG-VD) y el TAPSE, podrían identificar compromiso cardíaco precoz antes del deterioro sistólico convencional. Sin embargo, la relación entre estos parámetros y la presencia de trastornos de conducción aún no se encuentra completamente establecida.



Objetivos: Evaluar la asociación entre los trastornos de conducción y los parámetros de deformación miocárdica biventricular y función ventricular derecha en pacientes con serología positiva para enfermedad de Chagas.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional en pacientes mayores de 18 años con serología positiva para Trypanosoma cruzi. Todos los pacientes fueron evaluados mediante electrocardiograma basal y ecocardiograma Doppler con análisis de strain longitudinal del ventrículo izquierdo, strain longitudinal del ventrículo derecho y TAPSE. El strain fue realizado mediante speckle tracking bidimensional, utilizando un equipo General Electric VIVID S70N. Se adquirieron vistas apicales estándar para el ventrículo izquierdo (4, 2 y 3 cámaras). Mientras que para el ventrículo derecho, se aplicó la vista de 4 cámaras enfocada en cámaras derechas. Se calculó el SLG según el modelo de 17 segmentos. Se analizó el SGL-VD de la pared libre, excluyendo al septum. (Figura 1 y 2) Los trastornos de conducción incluyeron bloqueo completo de rama derecha, bloqueo de rama izquierda y hemibloqueos fasciculares. Se compararon pacientes con y sin trastornos de conducción utilizando pruebas de Mann-Whitney, t de Student y análisis de tamaño del efecto mediante d de Cohen.



Resultados: Se incluyeron 63 pacientes, de los cuales 28 presentaron trastornos de conducción. Los pacientes con bloqueo fueron de mayor edad (65.1 ± 9.3 vs 57.6 ± 11.5 años; p=0.007), con mayor prevalencia de sexo masculino (53.6% vs 20%; p=0.012), hipertensión arterial (64.3% vs 28.6%; p=0.010) y tabaquismo (57.1% vs 14.3%; p=0.001). El SLG del ventrículo izquierdo mostró una reducción significativa en pacientes con trastornos de conducción, con valores de mediana de 15% versus 19% en pacientes sin bloqueo (p=0.0014), evidenciando un tamaño de efecto grande (d=0.84). En contraste, el SLG del ventrículo derecho no presentó diferencias estadísticamente significativas entre grupos (24.55% vs 20.37%; p=0.34), aunque se observó una elevada dispersión de valores en pacientes con bloqueo. Del mismo modo, el TAPSE fue similar entre ambos grupos (20.29 vs 21.06 mm; p=0.23), manteniéndose dentro de rangos normales independientemente de la presencia de trastornos de conducción. En el subgrupo de pacientes con fracción de eyección >45%, persistió una tendencia hacia menores valores de SLG en presencia de trastornos de conducción, aunque sin alcanzar significación estadística (p=0.13).

Conclusión: En pacientes con enfermedad de Chagas, la presencia de trastornos de conducción se asocia significativamente con deterioro de la función longitudinal del ventrículo izquierdo evaluada mediante strain, incluso en etapas relativamente conservadas de la función sistólica. Por el contrario, los parámetros de función ventricular derecha, incluyendo SLG-VD y TAPSE, no mostraron asociación significativa con los trastornos de conducción. Estos hallazgos sugieren que el strain longitudinal del ventrículo izquierdo podría constituir un marcador precoz de compromiso miocárdico en pacientes chagásicos con alteraciones de conducción.

0507 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA MULTIVALVULAR FRENTE A UNIVALVULAR: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA. RESULTADOS DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL EN LATINOAMÉRICA

Valvulopatías

María Celeste D'ORTO | María Cecilia GARCÍA LEÓN | **Luciana TRAPANI** | Graciela REYES | Diego KYLE | Juan José BACIGALUPE | Javier MARIANI | Maximiliano DE ABREU

Hospital de Alta Complejidad El Cruce

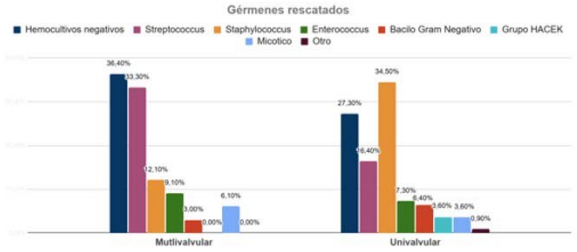
Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) continúa asociándose a una elevada morbimortalidad pese a los avances diagnósticos y terapéuticos. Aunque la mayoría de los casos compromete una única válvula cardíaca, la endocarditis infecciosa multivalvular (EIMV) representa una forma menos frecuente y potencialmente más agresiva, vinculada a mayor daño estructural, necesidad de cirugía y peor pronóstico. Sin embargo, la evidencia disponible es limitada y existen escasos datos provenientes de América Latina.

Objetivos: Describir las características clínicas, microbiológicas, ecocardiográficas y la evolución intrahospitalaria de los pacientes con endocarditis infecciosa multivalvular (EIMV) y compararlas con aquellas de pacientes con endocarditis infecciosa univalvular (EIUV).

Materiales y Métodos: Estudio observacional prospectivo basado en un registro institucional de un hospital universitario de alta complejidad. Se incluyeron pacientes adultos con endocarditis infecciosa valvular definida según criterios de Duke modificados entre 2012 y 2024. Los pacientes fueron clasificados en endocarditis multivalvular (2 o más válvulas) o univalvular, comparándose características clínicas, microbiológicas, ecocardiográficas y evolución intrahospitalaria. Se realizó regresión logística multivariada para identificar predictores independientes de mortalidad hospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 143 pacientes con EI valvular, de los cuales 33 (23%) presentaron EIMV. La mediana de edad fue de 48 años (RIC 32–58) y el 33,6% fueron mujeres, sin diferencias entre grupos. Staphylococcus spp. fue más frecuente en EIUV (34,5% vs. 12%; p=0,01), mientras que Streptococcus spp. predominó en EIMV (33,3% vs. 16,3%; p=0,03). La proporción de hemocultivos negativos fue elevada en ambos grupos (36,3% vs. 27,2%; p=0,3). La combinación valvular más frecuente fue el compromiso aórtico-mitral (78,8%). Los pacientes con EIMV presentaron más perforaciones valvulares (84,5% vs. 58,2%; p<0,01) y pseudoaneurismas (42,4% vs. 20,9%; p=0,01), así como mayor frecuencia de insuficiencia cardíaca (75,8% vs. 56,4%; p=0,045), cirugía valvular (75,8% vs. 56,4%; p=0,04) y cirugía urgencia/emergencia (40,7% vs. 14,3%; p<0,001). La mortalidad intrahospitalaria fue mayor en EIMV (48,5% vs. 29,1%; p<0,01). En el análisis multivariado, la EIMV (OR 3,2; IC95% 1,3–8; p=0,01), la infección por Staphylococcus spp. (OR 6; IC95% 1,05–35; p=0,04) y el sexo femenino (OR 3,2; IC95% 1,05–5,2; p=0,048) se asociaron independientemente con mayor mortalidad hospitalaria.

	Total (N: 143)	Grupo 1 (N: 33)	Grupo 2 (N: 110)	p-value
Edad (mediana y RIC)	48 (32-58)	54 (36-60)	46 (32-57)	0.1
Sexo femenino [n (%)]	48 (33.6%)	9 (27.3%)	39 (35.5%)	0.4
Cardiopatía estructural [n (%)]	31 (21.7%)	9 (27.3%)	22 (20%)	0.4
Diabetes [n (%)]	26 (18%)	5 (15%)	21 (19.1%)	0.6
Dispositivo intracardiaco [n (%)]	4 (2.8%)	1 (3%)	3 (2.7%)	0.7
Catéter endovascular [n (%)]	23 (16.1%)	3 (9.1%)	20 (18.8%)	0.3
Hemodiálisis [n (%)]	22 (15.4%)	3 (9.1%)	19 (17.3%)	0.3
Válvula protésica [n (%)]	12 (8.4 %)	3 (9.1%)	9 (8.2%)	0.6
Tiempo al diagnóstico (RIC)	20 (9.5-30)	30 (15-45)	15 (7-30)	0.055



	Total (N: 143)	Grupo 1 (N:33)	Grupo 2 (N: 110)	p-value
Perforación [n (%)]	92 (64.3%)	28 (84.5%)	64 (58.2%)	0.005
Absceso [n (%)]	15 (10.5%)	4 (12.1%)	11 (10%)	0.7
Pseudoaneurisma [n (%)]	37 (25.9%)	14 (42.4 %)	23 (20.9%)	0.01
Fístula [n (%)]	8 (5.7 %)	1 (3%)	7 (6.5%)	0.4
Vegetación [n (%)]	121 (84.6%)	29 (87.9%)	92 (83.6 %)	0.5
Embolias [n (%)]	74 (51.7%)	16 (48.5%)	58 (52.7%)	0.4

	Total (N: 143)	Grupo 1 (N:33)	Grupo 2 (N: 110)	p-value
Insuficiencia cardíaca pre-cirugía [n (%)]	87 (60.8%)	25 (75.8 %)	62 (56.4%)	0.04
Necesidad de inotrópicos pre-cirugía [n (%)]	37 (25.9%)	12 (36.4%)	25 (22.7%)	0.1
Cirugía [n (%)]	87 (60.8%)	25 (75.8%)	62 (56.4%)	0.04
Cirugía de urgencia o emergencia [n (%)]	22 (21.2%)	11 (40.7%)	11 (14.3%)	0.001
Mortalidad [n (%)]	48 (33.6%)	16 (48.5%)	32 (29.1%)	0.01

Conclusión: En esta cohorte latinoamericana prospectiva, la endocarditis infecciosa multivalvular identificó un subgrupo de pacientes con una evolución particularmente agresiva, caracterizada por mayor daño estructural, insuficiencia cardíaca, necesidad de cirugía urgente y una mortalidad intrahospitalaria cercana al 50%. Asimismo, presentó un perfil microbiológico diferencial, con predominio de Streptococcus spp., en contraste con la mayor frecuencia de Staphylococcus spp. observada en la endocarditis univalvular. Más allá de reflejar una mayor extensión anatómica de la infección, la EIMV emergió como un predictor independiente de mortalidad hospitalaria. Dada la escasez de evidencia regional sobre esta entidad, estos resultados aportan información original de América Latina y respaldan la necesidad de estrategias de diagnóstico, estratificación de riesgo y tratamiento más precoces en este grupo de muy alto riesgo.

0509 - RELACIÓN ENTRE CARGA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y DIAGNÓSTICO CORONARIO AL INGRESO EN UNA COHORTE DE UNIDAD CORONARIA

Cardiopatía Isquémica / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Ignacio Nicolás DE URQUIZA | Fernando GARCIA LODI-FE | Daniel Osvaldo GAUNA

HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Introducción: La estratificación cardiovascular tradicional presenta limitaciones para identificar todos los eventos coronarios. En pacientes admitidos a unidad coronaria, la relación entre carga basal de riesgo y diagnóstico coronario al ingreso requiere validación con datos locales.

Objetivos: OBJETIVOS: Evaluar la asociación entre carga de factores de riesgo cardiovascular y diagnóstico coronario agudo al ingreso, e informar un subanálisis lipídico con estimación exploratoria de riesgo mediante Framingham. MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se incluyeron 5.411 admisiones consecutivas a unidad coronaria entre 2006 y 2024. La exposición principal fue una carga de riesgo integrada por edad ≥55 años,

hipertensión arterial (HTA), diabetes (DBT), tabaquismo, dislipidemia, sobrepeso, sedentarismo, estrés y antecedentes familiares, categorizada como baja (0-2), intermedia (3-4) y alta (≥5). El desenlace principal fue diagnóstico coronario agudo al ingreso. Los desenlaces secundarios fueron diagnóstico coronario amplio, mortalidad intrahospitalaria, revascularización e internación prolongada. Se aplicaron chi cuadrado y regresión logística ajustada por sexo y período quinquenal, expresada como odds ratio (OR) e intervalo de confianza del 95% (IC95%). En 43 pacientes con perfil lipídico se realizó un subanálisis Framingham operativo; por ausencia de presión arterial sistólica individual, se imputó presión según HTA, por lo que el cálculo se consideró exploratorio.

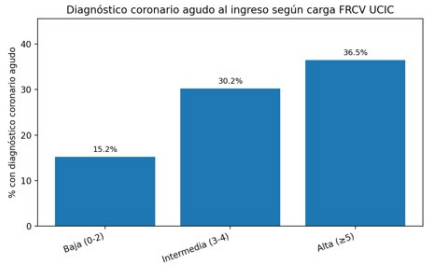
Variable	Resultado
n	5411
Edad media ± DE	63,4 ± 15,2
Varones	3318 (61,3%)
HTA	3436 (63,5%)
Diabetes	1271 (23,5%)
Tabaquismo	2540 (46,9%)
DLP registrada	1670 (30,9%)
Diagnóstico coronario agudo	1585 (29,3%)
Diagnóstico coronario amplio	2312 (42,7%)
Mortalidad intrahospitalaria	491 (9,1%)

Carga FRCV UCIC y diagnóstico coronario

Carga FRCV	n	Coronario agudo	Coronario amplio	Mortalidad	Revascularización	Internación >7 días
Baja (0-2)	1219	15,2%	24,8%	10,2%	9,4%	23,1%
Intermedia (3-4)	2071	30,2%	42,7%	8,8%	14,7%	24,7%
Alta (≥5)	2121	36,5%	53,0%	8,7%	18,2%	27,9%

La carga ampliada mostró una relación graduada con el diagnóstico coronario al ingreso. El diagnóstico coronario agudo fue 15,2% en baja carga, 30,2% en carga intermedia y 36,5% en alta carga (χ^2 = 171,23; p <0,001). El diagnóstico coronario amplio fue 24,8%, 42,7% y 53,0%, respectivamente (p <0,001).

Figura 1. Diagnóstico coronario agudo al ingreso según carga FRCV UCIC.



Predictor	OR	IC95%	p
Intermedia (3-4)	2,25	1,87-2,71	<0,001
Alta (≥5)	2,98	2,48-3,58	<0,001

En regresión logística ajustada por sexo y cohorte quinquenal, la carga intermedia y alta se asociaron con mayor odds de diagnóstico coronario agudo respecto de la baja carga.

Materiales y Métodos: RESULTADOS: Se analizaron 5.411 pacientes; edad media 63,4±15,2 años, 61,3% varones. La prevalencia de HTA fue 63,5%, DBT 23,5%, tabaquismo 46,9% y dislipidemia registrada 30,9%. El diagnóstico coronario agudo al ingreso fue 29,3%, el diagnóstico coronario amplio 42,7% y la mortalidad intrahospitalaria 9,1%. La carga de riesgo fue baja en 1.219 pacientes (22,5%), intermedia en 2.071 (38,3%) y alta en 2.121 (39,2%). El diagnóstico coronario agudo aumentó de 15,2% en baja carga a 30,2% en carga intermedia y 36,5% en alta carga (p<0,001). En el modelo ajustado, la carga intermedia se asoció con OR 2,25 (IC95% 1,87-2,71) y la alta con OR 2,98 (IC95% 2,48-3,58) para diagnóstico coronario agudo. Para diagnóstico coronario amplio, las proporciones fueron 24,8%, 42,7% y 53,0% respectivamente (p<0,001). En la submuestra lipídica hubo 40 estimaciones Framingham operativas calculables: bajo n=8, intermedio n=6 y alto n=26; la mortalidad fue 0%, 0% y 3,8%, respectivamente. Esta submuestra no permitió contrastar la hipótesis principal por estar compuesta por pacientes con diagnóstico coronario. CONCLUSIÓN: La baja carga de factores de riesgo se asoció con menor proporción de diagnóstico coronario al ingreso, aunque no excluyó eventos clínicamente relevantes. El subanálisis lipídico permitió estimar Framingham operativo en una muestra reducida, pero su interpretación debe considerarse exploratoria. Estos hallazgos respaldan la necesidad de modelos locales que integren carga clínica, información lipídica y variables de severidad para mejorar la estratificación en unidad coronaria.

0511 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, EVOLUCIÓN TEMPORAL Y FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD CORONARIA ENTRE 2006 Y 2024

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiopatía Isquémica

Ignacio Nicolás DE URQUIZA | Fernando GARCIA LODI-FE | Daniel Osvaldo GAUNA

HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Introducción: La unidad coronaria constituye un observatorio de la carga real de enfermedad cardiovascular aguda. El análisis de registros institucionales prolongados permite describir perfiles de riesgo, cambios temporales, resultados intrahospitalarios información útil para auditoría, planificación sanitaria y mejora de procesos asistenciales.

Objetivos: Describir el perfil epidemiológico de los pacientes ingresados en una unidad coronaria entre 2006 y 2024, analizar su evolución temporal por períodos, comparar características según sexo e identificar factores asociados a mortalidad intrahospitalaria.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo-analítico y transversal, basado en registros consecutivos de internación entre noviembre de 2006 y septiembre de 2024. Se analizaron edad, sexo, días de internación, factores de riesgo cardiovascular, diagnósticos agrupados, procedimientos cardiovasculares y destino al egreso. La mortalidad intrahospitalaria se definió por egreso compatible con óbito. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes; las continuas como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico. Se utilizaron pruebas de chi cuadrado o pruebas no paramétricas según correspondiera. Se construyó regresión logística multivariable para mortalidad, informando razón de odds, intervalo de confianza del 95% y valor de p.

Resultados: Se incluyeron 5410 ingresos. El 61,3% correspondió a varones y el 38,7% a mujeres. La edad media fue 63,4 ± 15,2 años y la mediana de internación fue 4 días (rango intercuartílico 2-8). La mortalidad intrahospitalaria global fue 9,1%. La hipertensión arterial estuvo presente en 63,5%, sedentarismo en 63,1%, tabaquismo en 47,0%, estrés en 44,1%, sobrepeso en 34,8%, dislipemia en 30,9% y diabetes en 23,5%. Los diagnósticos agrupados más frecuentes fueron insuficiencia cardíaca o edema agudo de pulmón (24,8%), otros diagnósticos cardiovasculares (24,7%), infarto con elevación del segmento ST o síndrome coronario con elevación del segmento ST (18,2%), arritmias o trastornos de conducción (16,2%) y angina inestable o dolor torácico (11,0%). Las mujeres fueron mayores que los varones (64,7 ± 17,8 frente a 62,6 ± 13,3 años; p<0,001) y presentaron mortalidad cruda numéricamente superior (9,9% frente a 8,5%; p=0,080). La coronariografía se registró en 46,8% y la angioplastia en 22,8%; ambos procedimientos fueron menos frecuentes en mujeres (33,7% frente a 55,1% y 15,8% frente a 27,3%, respectivamente; p<0,001). La mortalidad aumentó por períodos: 7,2% en 2006-2010, 8,5% en 2011-2015, 9,3% en 2016-2020 y 10,2% en 2021-2024. También se observó gradiente por edad: 4,1% en pacientes de 55 años o menos, 8,0% entre 56-65, 10,6% entre 66-75 y 14,8% en mayores de 75 años. En el modelo multivariable, la edad se asoció con mortalidad (razón de odds 1,04 por año; intervalo de confianza del 95% 1,03-1,05; p<0,001), al igual que los días de internación (1,04; 1,04-1,05; p<0,001). El sexo femenino no fue predictor independiente (0,99; 0,80-1,22; p=0,924). La angioplastia registrada se asoció con menor mortalidad ajustada (0,66; 0,50-0,86; p=0,002), interpretación compatible con selección clínica y confusión por indicación.

Conclusión: En esta cohorte se observó alta carga de factores de riesgo cardiovascular, predominio masculino, amplio espectro diagnóstico y mortalidad intrahospitalaria asociada principalmente con edad y duración de la internación. Las mujeres ingresaron a mayor edad y tuvieron menor proporción de procedimientos registrados, pero no se asoció de manera independiente con mortalidad.

Tabla 1. Características generales

Variable	Resultado
Pacientes incluidos	5410
Sexo masculino	3318 (61,3%)
Sexo femenino	2092 (38,7%)
Edad, media ± desviación estándar	63,4 ± 15,2 años
Edad, mediana (rango intercuartílico)	64,0 (55,0-74,0) años
Días de internación, mediana (rango intercuartílico)	4,0 (2,0-8,0)
Mortalidad intrahospitalaria	490 (9,1%)
Coronariografía registrada	2533 (46,8%)
Angioplastia registrada	1235 (22,8%)
Cirugía/procedimiento cardiovascular registrado	430 (7,9%)

Tabla 2. Factores de riesgo cardiovascular

Factor	Total
Hipertensión arterial	3436 (63,5%)
Sedentarismo	3412 (63,1%)
Tabaquismo	2540 (47,0%)
Estrés	2387 (44,1%)
Sobrepeso	1882 (34,8%)
Dislipemia	1670 (30,9%)
Diabetes mellitus	1271 (23,5%)
Antecedentes heredofamiliares	229 (4,2%)

Tabla 3. Diagnósticos agrupados

Diagnóstico agrupado	n	%
Insuficiencia cardíaca / edema agudo de pulmón	1344	24,8
Otros diagnósticos cardiovasculares	1337	24,7
Infarto con elevación del segmento ST / síndrome coronario con elevación del segmento ST	982	18,2
Arritmias / trastornos de conducción	879	16,2
Angina inestable / dolor torácico	593	11,0
Síncope	75	1,4
Emergencia/urgencia hipertensiva	71	1,3
Tromboembolismo pulmonar	55	1,0
Paro cardiorrespiratorio / shock	40	0,7
Síndrome aórtico / patología aórtica	25	0,5
Infarto sin elevación del segmento ST / síndrome coronario sin elevación del segmento ST	8	0,1
Miocarditis/pericarditis	1	0,0

Tabla 4. Mortalidad por período y grupo etario

Estrato	n	Óbitos	Mortalidad
2006-2010	528	38	7,2%
2011-2015	1832	156	8,5%
2016-2020	1662	155	9,3%
2021-2024	1388	141	10,2%
55 años o menos	1422	58	4,1%
56-65 años	1551	124	8,0%
66-75 años	1241	131	10,6%
Más de 75 años	1195	177	14,8%

Tabla 5. Regresión logística multivariable para mortalidad intrahospitalaria

Variable	Razón de odds ajustada	Intervalo de confianza del 95%	p
Edad, por año	1,04	1,03-1,05	<0,001
Sexo femenino	0,99	0,80-1,22	0,924
Días de internación	1,04	1,04-1,05	<0,001
Angioplastia registrada	0,66	0,50-0,86	0,002
Hipertensión arterial	0,83	0,67-1,04	0,111
Diabetes mellitus	1,16	0,92-1,47	0,208
Tabaquismo	0,96	0,78-1,19	0,708
Dislipemia	0,73	0,58-0,91	0,006
Sobrepeso	1,10	0,89-1,38	0,374
Sedentarismo	0,74	0,60-0,91	0,004

0514 - REDUCTOR DEL SENO CORONARIO EN ANGINA REFRACTARIA SIN OPCIONES DE REVASCULARIZACIÓN: EVIDENCIA, SELECCIÓN Y SEGURIDAD

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Andrea Catalina RODAS PLAZA | Claudio DIZEO | Gustavo CALDERON | Denis CHAMBRE | María GUTHMANN

Sanatorio Franchín

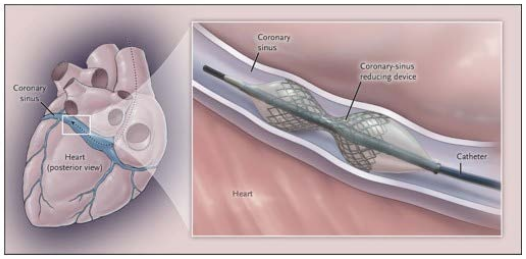
Introducción: La angina refractaria en pacientes sin opciones de revascularización afecta al 10-15% de los pacientes con síndromes coronarios crónicos, con importante deterioro de la calidad de vida. Estos pacientes presentan isquemia miocárdica documentada a pesar del tratamiento médico óptimo y no son candidatos a revascularización percutánea o quirúrgica debido a enfermedad coronaria difusa, compromiso microvascular o anatomía desfavorable. El objetivo terapéutico en este escenario ya no es prolongar la vida, sino aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida. El reductor del seno coronario (RSC) es un dispositivo percutáneo que genera una estenosis focal controlada en el seno coronario, aumentando la presión venosa proximal y redistribuyendo el flujo sanguíneo hacia las capas subendocárdicas, las más vulnerables en la isquemia crónica. El fundamento fisiológico del RSC se basa en la redistribución del flujo sanguíneo hacia el subendocardio mediante el aumento controlado de la presión venosa coronaria, mejorando así el balance entre aporte y demanda de oxígeno sin modificar el flujo arterial total.

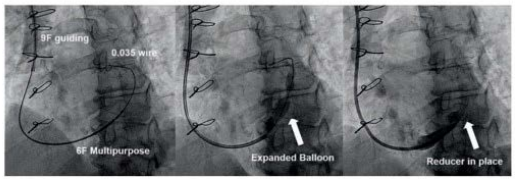
Objetivos: Analizar la evidencia disponible sobre eficacia y seguridad del reductor del seno coronario (RSC) en pacientes con angina refractaria sin opciones de revascularización.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión narrativa estructurada de la literatura en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus y Google Scholar durante diciembre de 2025 y enero de 2026. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados, registros de práctica clínica real con al menos 50 pacientes, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Se excluyeron reportes de caso, cartas al editor y editoriales no sustantivos. La calidad metodológica de los estudios incluidos se evaluó mediante las herramientas ROB 2.0 para ensayos aleatorizados y ROBINS-I para estudios observacionales. Se siguió la declaración PRISMA 2020 para la presentación de los resultados de la búsqueda.

Resultados: La búsqueda inicial identificó 180 artículos, de los cuales 35 fueron incluidos en el análisis final. El ensayo COSIRA demostró una mejoría de al menos dos clases en la escala CCS en el 35% de los pacientes frente al 15% del grupo sham (p=0,024), con una reducción absoluta del riesgo del 20% y un número necesario a tratar (NNT) de 5. Los registros de práctica clínica real (REDUCER-I, Giannini 2018, Königstein 2021, Silvis 2020) confirmaron una mejoría sostenida de al menos una clase CCS en el 70-76% de los pacientes, con tasas de éxito técnico superiores al 96% y complicaciones mayores inferiores al 2%. En el registro REDUCER-I, la mejoría en la calidad de vida evaluada mediante el Cuestionario de Angina de Seattle fue significativa y sostenida hasta los 36 meses (p<0,0001). La distancia recorrida en la prueba de caminata de 6 minutos aumentó 34 ± 86 metros a los 6 meses (p<0,0001). Los metaanálisis de Elshahat (2025) y Ojha (2025) reportaron odds ratios de 4,2 (IC 95%: 2,1-7,8) y 3,1 (IC 95%: 1,6-5,9) respectivamente para la mejoría de la angina, con perfiles de seguridad favorables.

Estudio	Año	Diseño	N	Seguimiento	Resultado principal
COSIRA [5]	2015	Ensayo aleatorizado, doble ciego, control sham	104	6 meses	Mejoría ≥2 clases CCS: 35% vs. 15% (p=0,024); mejoría ≥1 clase: 71% vs. 33% (p=0,003)
Giannini [33]	2018	Registro unicéntrico	50	12 meses	Mejoría ≥1 clase CCS: 76%; reducción CCS 3,2±0,4 → 1,9±0,8 (p<0,001)
Silvis (Dutch) [35]	2020	Registro multicéntrico	139	24 meses	Éxito técnico 96-98%; complicaciones mayores <2%
Königstein [34]	2021	Registro	63	4 años	Respuesta sostenida 70%; beneficio mantenido a largo plazo
REDUCER-I [18]	2024	Registro multicéntrico prospectivo	400	36 meses	Mejoría ≥1 clase CCS: 70%; reducción CCS 3,1±0,3 → 1,8±0,7 (p<0,001)
Elshahat [19]	2025	Revisión sistemática y metaanálisis	932	—	Mejoría de angina: OR 4,2 (IC95% 2,1–7,8); perfil de seguridad favorable
Ojha [24]	2025	Metaanálisis de ensayos aleatorizados	180	—	Reducción de angina: OR 3,1 (IC95% 1,6–5,9); efecto más moderado





Conclusión: El reductor del seno coronario constituye una alternativa terapéutica válida y segura para el alivio sintomático en pacientes seleccionados con angina refractaria sin opciones de revascularización. La evidencia disponible es consistente en cuanto al beneficio sintomático y la calidad de vida, aunque persisten interrogantes sobre los predictores de respuesta y la durabilidad del efecto a largo plazo. La selección adecuada de pacientes, con función ventricular preservada, isquemia subendocárdica documentada y anatomía venosa favorable, parece ser determinante para el éxito del procedimiento.

0515 - FACTORES PERIOPERATORIOS ASOCIADOS A LA ESTADÍA PROLONGADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS CARDIOVASCULARES

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Matías BERTOZZI | Gimena CARDOSO | Agustín VITALE | Matías ACCOCE

Sanatorio Anchorena San Martin

Introducción: El rápido egreso de la Unidad de Cuidados Críticos Cardiovasculares (UCO) es fundamental para minimizar el riesgo de infecciones nosocomiales, reducir los costos hospitalarios, y mejorar la eficiencia del sistema de salud. En Argentina, la recuperación cardiovascular es una subespecialidad que busca optimizar los cuidados posoperatorios. Identificar qué variables del proceso perioperatorio impactan de manera independiente en la estadía prolongada del posoperatorio, permite una planificación basada en el riesgo real y prepara al equipo de salud para optimizar las estrategias de abordaje.

Objetivos: Identificar los factores prequirúrgicos, intraquirúrgicos y postoperatorios asociados al retraso al alta de la UCO, definido como una internación mayor a 6 días desde la cirugía.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo, sobre una cohorte de 200 pacientes del periodo enero 2023 a junio 2026 de un centro de la provincia de buenos aires. El punto de corte para «estadía prolongada» o retraso al alta en la unidad se estableció en > 6 días. Se construyeron tres modelos de regresión logística múltiple para identificar predictores independientes en tres etapas perioperatorias. La selección de las variables en todos los modelos

fue según relevancia clínica. El método de análisis utilizado en los tres modelos fue Forward Likelihood Ratio / Razón de Verosimilitud: 1) Prequirúrgica (RL1), 2) Intraquirúrgica (RL2) y 3) Postoperatoria (RL3).

Resultados: La mediana de edad fue de 64 años (RIQ 57- 71) y el 80% fueron de género masculino. La cirugía de revascularización miocárdica (CRM) fue el procedimiento más frecuente (61.7%). La mediana de estadía en la UCO desde la cirugía fue de 6 días (RIQ 5 – 10). • RL1: En el análisis univariado la valvulopatía previa mostró una tendencia a la significancia estadística (OR 1,936; IC95% 0,994–3,771; p=0,052). El género femenino presentó una tendencia protectora marginal (OR 0,472; IC95% 0,216–1,032; p=0,060). En el análisis multivariado, únicamente el puntaje del ArgenSCORE permaneció como predictor independiente (OR1,038; IC95%1,011–1,066; p=0,006). • RL2: El tipo de cirugía (CRM/Valvular/Combinada) mostró tendencia a la significancia (OR 1,307; IC95% 0,971–1,758; p=0,077). En el análisis multivariado, el egreso de quirófano extubado se mantuvo como factor protector independiente (OR 0,456; IC95% 0,217–0,959; p=0,038). • RL3: En el modelo posoperatorio, la relación PaFiO2 <200 dentro de las 48hs post quirúrgicas (OR 3,366; IC95% 1,102–10,283; p=0,033) y el tiempo en horas de asistencia respiratoria mecánica postquirúrgica (OR 1,012; IC95% 1,002–1,021; p=0,020) se asociaron significativamente con el desenlace. Las arritmias mostraron tendencia a la asociación (OR 2,496; IC95% 0,889–7,007; p=0,082). En el análisis multivariado, únicamente las horas de asistencia respiratoria mecánica postquirúrgica permanecieron como predictor independiente, de forma tal que por cada hora que el paciente permanece vinculado a la asistencia respiratoria mecánica presenta 14% más chances de tener un alta tardía de la unidad (OR 1,014; IC95% 1,002–1,027; p=0,026.

Conclusión: En el período prequirúrgico, el puntaje en el ArgenScore fue un factor independiente a el alta tardía de la unidad. En el segundo tiempo, la capacidad de extubación precoz fue el único factor independiente al resultado. Finalmente, en el posoperatorio, la duración del soporte ventilatorio constituyó el determinante independiente de mayor peso en el análisis.

Tabla 1. Características de los pacientes

Variables	Todos n= 200
Sexo Masculino	160 (80)
Edad, años	64 (57 - 71)
Antecedentes	
Hipertension Arterial	64 (32)
Dislipidemia	42 (21)
Ex tabaquista	26 (13)
Diabetes	53 (26)
Tabaquista	29 (14)
Índice de masa corporal, puntaje	28.0 (25 - 32)
Función ventricular	
Normal	134 (67)
Leve	16 (8)
Moderada	38 (19)
Severa	12 (6)
Cirugía Cardiaca / CRM previo	
Cirugia cardiaca	32 (16.2)
Cirugia de revascularizacion miocardica	4 (2)
Fibrilación Auricular/ Insuficiencia Renal previa	
Fibrilación Auricular	12 (6)
Insuficiencia Renal	11 (5.5)
Valvulopatía previa	59 (29.5)
Tipo de cirugía	
Revascularización miocárdica	108 (61.7)
Valvular	47 (26.9)
Combinada	20 (11.4)

Referencias. Todas las variables se expresan como mediana y Rango intercuartílico o n y (%) según correspondan.

Tabla 2. Modelos de factores de riesgo

Variable	Análisis Univariado			Análisis Multivariado		
Variable	Valor de p	OR	IC del 95%	Valor de p	OR	IC del 95%
Variables prequirúrgicas						
Edad, años	0,88	1,00	0,98–1,03	-	-	-
Sexo, femenino	0,06	0,47	0,22–1,03	-	-	-
Diabetes	0,79	0,91	0,48–1,74	-	-	-
Función ventricular moderada/severa	0,37	1,37	0,69–2,70	-	-	-
Fibrilación auricular previa	0,92	1,07	0,30–3,77	-	-	-
Insuficiencia renal previa	0,47	1,66	0,43–6,47	-	-	-
Cirugía cardíaca/CRM previa	0,97	0,99	0,52–1,88	-	-	-
Índice de masa corporal	0,90	1,00	0,95–1,06	-	-	-
Argenscore, puntaje	0,01	1,03	1,01–1,06	0,01	1,04	1,01–1,07
Valvulopatía previa	0,05	1,94	0,99–3,77	0,10	1,82	0,90–3,68
Variables intraquirúrgicas						
Edad, años	0,88	1,00	0,98–1,03	-	-	-
Sexo, femenino	0,06	0,47	0,22–1,03	-	-	-
Tipo de cirugía+	0,08	1,31	0,97–1,76	-	-	-
Tiempo en CEC, min	0,71	1,00	1,00–1,00	-	-	-
Urgencia quirúrgica*	0,63	1,00	1,00–1,00	-	-	-
Euroscore, %	0,13	1,07	0,98–1,16	-	-	-
Egreso extubado de quirófano	0,04	0,47	0,24–0,95	0,04	0,46	0,22–0,96
Tiempo de ARM en quirófano, hs	0,24	0,99	0,97–1,01	0,20	0,99	0,96–1,01
Variables postquirúrgicas						
Edad, años	0,88	1,00	0,98–1,03	-	-	-
Sexo, femenino	0,06	0,47	0,22–1,03	0,11	0,44	0,16–1,20
Arritmias	0,08	2,50	0,89–7,01	-	-	-
Shock	0,11	2,01	0,85–4,75	-	-	-
PaFiO2 < 200 mm Hg	0,03	3,37	1,10–10,28	-	-	-
Tiempo de ARM postquirúrgica, hs	0,02	1,01	1,00–1,02	0,03	1,01	1,00–1,03
Tiempo hasta deambulación, días	0,30	1,00	1,00–1,00	0,18	1,00	1,00–1,00

Referencias. + Tipo de cirugía (CRM/Valvular/combinada); * Urgencia quirúrgica (Programada/urgencia/emergencia), hs (horas).

0518 - EFECTOS DIFERENCIALES DEL CL- EN LA HIPERTENSIÓN Y EL DAÑO RENAL INFLAMATORIO Y OXIDATIVO: IMPLICANCIA DE LOS CANALES CLC-K1/CLC-5

Hipertensión Arterial / Investigación Básica

María Julieta RUDI[1] | Nicolás Martín KOUYOUMDZIAN[1] | Natalia Lucía RUKAVINA MIKUSIC[1] | Hyun Jin LEE[1] | Mónica GALLEANO[1] | Paula Denise PRINCE[1] | Beatriz PERAZZI[2] | Marcelo Roberto CHOI[1]

Facultad de Farmacia y Bioquímica - Universidad de Buenos Aires (UBA)[1]; HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN[2]

Introducción: La hipertensión arterial (HA) es una enfermedad multifactorial determinada por la interacción de factores biológicos, genéticos y ambientales. La ingesta crónica elevada de cloruro de sodio (NaCl) contribuye al desarrollo de la HA, y al daño de renal y vascular, aunque el rol específico del anión cloruro (Cl-) y su relación con los canales de cloruro ClC-K1 y ClC-5 permanece poco claro.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto del Cl-; sobre la presión arterial y la respuesta renal inflamatoria y oxidativa, así como su interacción con el sistema renina-angiotensina y la expresión de ClC-K1 y ClC-5.

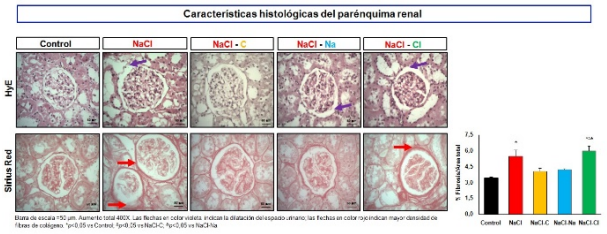
Materiales y Métodos: Ratas Wistar machos se dividieron en Control (C, n=5) y NaCl (n=20). A la sexta semana, el grupo NaCl se subdividió en NaCl-C, NaCl, NaCl-Na y NaCl-Cl (n=5/grupo), para evaluar si la sustitución selectiva del catión sodio o del anión cloruro atenúa el daño renal y la hipertensión inducidos por NaCl. Se determinó presión arterial sistólica (PAS) y, a nivel renal, función excretora, marcadores de inflamación y fibrosis (NF-kB y TGF-ß), estrés oxidativo (TBARS, SOD, GPx y CAT), expresión de ClC-K1 y ClC-5, y receptores AT1 y AT2. Se realizó un análisis histológico de riñón y aorta. Las diferencias se consideraron significativas cuando p<0,05 (*).

Presión arterial sistólica

	Control	NaCl	NaCl-C	NaCl-Na	NaCl-Cl
Semana 0	119±6	115±6	115±6	115±6	115±6
Semana 1	122±2	136±5	136±5	136±5	136±5
Semana 3	126±1	149±7*§	149±7*§	149±7*§	149±7*§
Semana 6	123±2	156±6*§	156±6*§	156±6*§	156±6*§
Semana 9	120±7	160±12*§	131±2#§	135±6	149±10
Semana 12	127±2	169±10*§	139±6*§#	140±2*§#	161±8*#Δ§

Tabla 1. Evolución temporal de la presión arterial sistólica. Cl= cloro; Na= sodio; NaCl= cloruro de sodio. *p<0,05 vs Control; §p<0,05 vs NaCl; #p<0,05 vs NaCl-C;Δp<0,05 vs NaCl-Na; ^{6a}p<0,05 vs t=0; §p<0,05 vs 6ta semana.

Resultados: Los grupos NaCl y NaCl-Cl mostraron mayor presión arterial y aumento de NF-kB, TGF-ß, AT1R y ClC-K1 a nivel renal; AT2R se incrementó en NaCl-Na y ClC-5 en NaCl-Cl tras 12 semanas de tratamiento. La diuresis fue significativamente mayor en los grupos experimentales en comparación con el grupo C*. El clearance de creatinina (ClCr) no mostró variaciones significativas entre los distintos grupos. La EUNa se incrementó en los grupos NaCl y NaCl-Na en relación con los otros tres*. Mientras que, la EUCl fue mayor en los grupos NaCl, NaCl-Na y NaCl-Cl en comparación con los otros dos grupos restantes*. La disminución de la actividad de SOD y GPx en NaCl evidenció estrés oxidativo renal, mientras que en NaCl-Cl se observó aumento compensatorio de CAT. La histología renal evidenció dilatación tubular y fibrosis más marcadas en NaCl y NaCl- Cl, siendo menores en los otros grupos.



Conclusión: Estos resultados sugieren que el Cl-, junto con el Na+, contribuyen al desarrollo de HA y al daño renal inflamatorio y oxidativo, y que los canales ClC-K1 y ClC-5 podrían mediar estos efectos.

0522 - LA CARGA ATEROGÉNICA OCULTA DE LA LIPOPROTEÍNA(A): RECLASIFICACIÓN MEDIANTE APOB PONDERADA POR RIESGO EN UN REGISTRO MULTICÉNTRICO

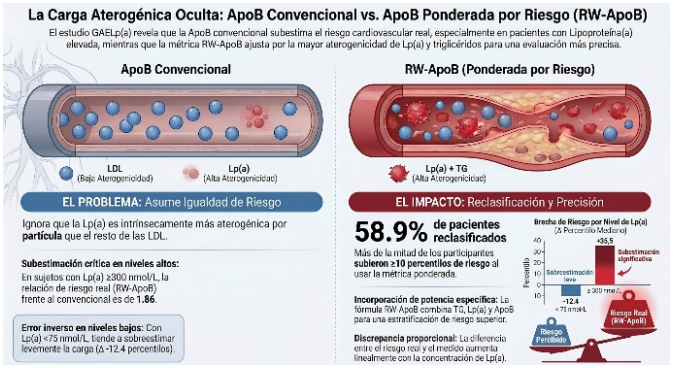
Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Medicina Vascular

Pablo CORRAL[1] | Augusto María LAVALLE COBO[2] | Natalia NARDELLI[2] | Sebastián GARCIA ZAMORA[3] | Nicolás Federico RENNA[4] | Juan Bautista SOUMOULOU[5] | María Gabriela MATTA[6] | Laura Ester SCHREIER[7]

Universidad FASTA, Facultad de Medicina, Mar del Plata[1]; SANATORIO OTAMENDI[2]; Sanatorio Delta Rosario[3]; Hospital Español de Mendoza[4]; CENTRO LOS PILARES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, PUERTO MADRYN[5]; DEPARTMENT OF CARDIOLOGY, DIVISION OF SPECIALIST MEDICAL SERVICE, GOLD COAST HOSPITAL[6]; Facultad de Farmacia y Bioquímica - Universidad de Buenos Aires (UBA)[7]

Introducción: La apolipoproteína B (ApoB) es considerada el mejor marcador de carga de partículas aterogénicas. Sin embargo, asume que todas las lipoproteínas que contienen ApoB poseen igual potencial aterogénico. Evidencia genética reciente ha demostrado que las lipoproteínas ricas en triglicéridos y la lipoproteína(a) [Lp(a)] presentan una mayor aterogenicidad por partícula que las LDL. La ApoB ponderada por riesgo (RW-ApoB) incorpora estas diferencias en una única métrica de este estudio.

Objetivos: El objetivo fue evaluar la magnitud de la reclasificación producida por RW-ApoB respecto de la ApoB convencional en participantes del registro argentino GAELp(a).



Materiales y Métodos: Análisis post hoc del registro multicéntrico argentino GAELp(a). Se incluyeron 1.861 adultos con determinaciones disponibles de ApoB, Lp(a) y triglicéridos en ayunas (<250 mg/dL). La RW-ApoB se calculó mediante la fórmula: 11,65 × TG (mmol/L) + 0,215 × Lp(a) (nmol/L) + 0,736 × ApoB (mg/dL). La reclasificación se definió como la diferencia entre el per-

centilo de RW-ApoB y el percentilo de ApoB convencional. Se realizó además un análisis de sensibilidad restringido a participantes con TG <150 mg/dL.

Resultados: La edad media fue de 59,4 ± 15,6 años y el 51,9% fueron hombres. La ApoB media fue de 89,9 ± 27,6 mg/dL, mientras que la RW-ApoB alcanzó 101,8 ± 34,7 mg/dL. El 58,9% de los participantes presentó una reclasificación ≥10 percentilos. La magnitud de la reclasificación aumentó progresivamente con los niveles de Lp(a). En individuos con Lp(a) <75 nmol/L, la ApoB convencional tendió a sobreestimar levemente la carga aterogénica (Δ percentilo mediano: -12,4). En contraste, la subestimación aumentó con concentraciones crecientes de Lp(a), alcanzando una relación RW-ApoB/ApoB de 1,86 y un Δ percentilo mediano de +35,5 en sujetos con Lp(a) ≥300 nmol/L. Los resultados fueron consistentes en el análisis de sensibilidad.

Conclusión: La ApoB convencional subestima significativamente la carga aterogénica en individuos con niveles elevados de Lp(a), y esta discrepancia aumenta a medida que se incrementa la concentración de Lp(a). La incorporación de métricas que ponderen la aterogenicidad específica de las distintas partículas podría mejorar la estratificación del riesgo cardiovascular en pacientes con Lp(a) elevada.

0523 - LIMITACIONES DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL PARA LA ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Juan María IROULART | Fernando Damián GARAGOLI | Mariano BERGIER | Juan Augusto CARPANI | Santiago DECOTTO | Ezequiel Maximiliano LILLO | Emiliano ROSSI | Cesar BELZITI

Hospital Italiano de Buenos Aires

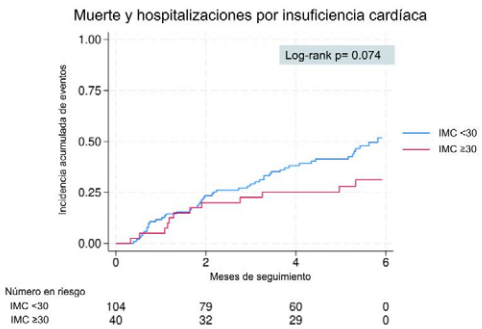
Introducción: La obesidad es altamente prevalente en los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Sin embargo, su papel pronóstico continúa siendo motivo de controversia. La denominada "paradoja de la obesidad" sugiere que un mayor índice de masa corporal (IMC) podría no asociarse con peores resultados clínicos. No obstante, el IMC constituye un marcador indirecto e impreciso de adiposidad, por lo que su valor pronóstico independiente en la ICA permanece incierto.

Objetivos: Evaluar la asociación entre la obesidad -definida por IMC- y los eventos clínicos en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda durante los primeros 6 meses luego de la hospitalización índice.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo que incluyó pacientes consecutivos mayores de 65 años internados con diagnóstico principal de ICA entre diciembre de 2022 y febrero de 2024. Se excluyeron pacientes con etiologías específicas: síndrome coronario agudo, valvulopatía grave con indicación de intervención, trasplante cardíaco y enfermedad pulmonar grave. El punto final primario fue un compuesto de mortalidad por cualquier causa y reinternación por insuficiencia cardíaca. Se definió obesidad como IMC ≥30 kg/m². La asociación entre obesidad y la incidencia del punto final primario durante el seguimiento se evaluó mediante análisis de regresión de Cox univariado y multivariado.

Table 1. Características basales

Characteristic	N=144
Edad — años (mediana, RIC)	81.6 [76-86]
Sexo masculino — no. (%)	76 (53)
Hipertensión arterial — no. (%)	122 (85)
Dislipemia — no. (%)	83 (58)
Diabetes Mellitus — no. (%)	40 (28)
IMC — kg/m² (media, DS)	27.3 (+/-5.9)
Enfermedad coronaria — no. (%)	46 (32)
Clase funcional previa (NYHA) — no. (%)	
I	73 (51.5)
II	63 (44)
III	4 (3)
IV	2 (1.5)
Enfermedad renal crónica — no. (%)	62 (43)
Antecedente de IC — no. (%)	73 (51.5)
Fibrilación auricular — no. (%)	64 (44.5)
Medicación habitual — no. (%)	
IECA/ARA 2	64 (44.5)
Betabloqueantes	99 (69)
ARM	21 (15)
Sacubitril/valsartan	4 (3)
iSGLT 2	29 (20.5)
Furosemida	59 (41.5)
NT-Probnp — pg/ml (mediana, RIC)	6515 [3077-14202]
FEVI — % (media, DS)	44 (+/-13)



Resultados: Se incluyeron 144 pacientes. La mediana de edad fue de 81 años (RIC 76–86), el 53% fueron hombres y el 28% presentó IMC ≥30 kg/m². Durante el seguimiento, 54 pacientes (37,7%) alcanzaron el punto final primario. Al ingreso, el IMC no se relacionó con marcadores de gravedad clínica ni con parámetros hemodinámicos, aunque mostró una correlación inversa modesta con los niveles de NT-proBNP (rho = -0,20; p = 0,022). En el análisis univariado, el IMC no se asoció con el punto final primario (HR 0,97; IC 95% 0,93–1,02; p = 0,30). En el análisis multivariado, ajustado por edad, sexo, IMC, fracción de eyección

ventricular izquierda basal, relación E/e› septal al alta y presión arterial pulmonar sistólica al alta, el IMC tampoco mostró asociación independiente con los eventos (HR 1,00; IC 95% 0,95–1,05; p = 0,90). En contraste, la relación E/e› septal (HR 1,08; IC 95% 1,03–1,12; p = 0,001) y la presión arterial pulmonar sistólica (HR 1,03; IC 95% 1,01–1,05; p = 0,007) fueron predictores independientes de eventos adversos. La edad, el sexo y la fracción de eyección ventricular izquierda basal no se asociaron significativamente con los resultados.

Conclusión: En esta cohorte prospectiva de pacientes añosos hospitalizados por ICA, la obesidad definida exclusivamente por IMC no se asoció de manera independiente con la mortalidad ni con la reinternación por insuficiencia cardíaca a 6 meses. Estos hallazgos cuestionan la utilidad pronóstica del IMC en la insuficiencia cardíaca aguda y respaldan la necesidad de emplear medidas alternativas que reflejen con mayor precisión la distribución y la disfunción del tejido adiposo.

0524 - SHOCK INDEX Y SHOCK INDEX AJUSTADO POR CLEARENCE DE CREATININA COMO PREDICTORES DE DISFUNCION HEMODINAMICA PERSISTENTE EN EL POST OPERATORIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Maité LOFIEGO | Daniel Mariano ZANUTTO | Agustina PICCINATO | María Trinidad BASALDÚA | Ornella ROBINO | Juan Ernesto VAZQUEZ EPELBAUM | Nicolás CARUSO | Gonzalo GUTIÉRREZ LARREGUI

Sanatorio Trinidad Mitre

Introducción: El postoperatorio inmediato de cirugía cardiovascular se asocia a importantes alteraciones hemodinámicas que pueden condicionar la necesidad de soporte vasoactivo prolongado. El Shock Index (SI) y el Shock Index ajustado por clearance de creatinina (SI-ClCr) constituyen herramientas simples y de rápida obtención que podrían contribuir a la estratificación temprana de riesgo en este escenario.

Objetivos: Evaluar la capacidad del SI y del SI-ClCr al ingreso a la unidad coronaria para predecir el requerimiento persistente de soporte vasoactivo/inotrópico a las 48 horas del postoperatorio de cirugía cardiovascular (CCV).

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó pacientes adultos sometidos a cirugía cardiovascular. El SI se calculó como frecuencia cardíaca/tensión arterial sistólica y el SI-ClCr mediante la fórmula (SI/clearance de creatinina estimado) ×100. El outcome primario fue el requerimiento persistente de soporte vasoactivo y/o inotrópico a las 48 horas. Se analizaron además variables de complejidad quirúrgica, injuria renal aguda (IRA) y evolución intrahospitalaria. La capacidad discriminativa de ambos índices se evaluó mediante curvas ROC.

VARIABLE	VALOR
Edad (años)	64 (55-72)
Sexo masculino (%)	60/79 (76,9%)
Hipertensión arterial (%	49/79 (62,8%)
Diabetes mellitus	16/79 (20,5%)
Dislipemia	40/79 (51,3%)
Obesidad	16/79 (20,5%)
Tabaquismo activo	31/79 (39,7%)
IAM previo	14/79 (17,9%)
Insuficiencia cardiaca previa	10/79 (12,8%)
Enfermedad renal cronica	6/79 (7,7%)
CARACTERISTICAS DEL PROCEDIMIENTO	
Cirugia de revascularizacion miocardica	43/79 (55,1%)
Reemplazo valvular aórtico	9/79 (11,5%)
Uso de circulación extracorpórea	47/79 (60,3%)
Tiempo de bomba (min)	71 (0-102)
Tiempo de isquemia (min)	47 (0-71)
PARAMETROS POST QUIRURGICOS	
Shock index	0,68 (0,60-0,88)
Shock index ajustado a creatinina	0,91 (0,70-1,30)
COMPLICACIONES POST QUIRURGICAS	
Insuficiencia renal aguda	20/79 (25,6%)
Fibrilación auricular	17/79 (21,8%)
Uso de balon de contrapulsacion intraaortico	4/79 (5,1%)
Mortalidad intrahospitalaria	3/79 (3,8%)
Los valores se expresan como n (%) o mediana y rango intercuartílico (RIC)	

Tabla 2 - Shock Index y SI-ClCr según requerimiento de soporte vasoactivo a 48 h

Variable	Requerimiento de soporte vasoactivo a las 48hs	Sin requerimiento de soporte vasoactivo a las 48hs	p valor
Shock index	0.72 (0.65–0.90)	0.66 (0.58–0.79)	0.04
SI-ClCr	0.90 (0.70–1.10)	0.66 (0.58–0.79)	0.03
Tiempo de bomba (min)	92 (70–118)	58 (0–88)	0.02
Tiempo de isquemia, min	64 (45–85)	39 (0–61)	0.03
IRA postquirúrgica	11 (37.9%)	9 (18.4%)	0.05
Días de internación	15 (10–22)	8 (6–13)	0.01

Tabla 3. Capacidad discriminativa de SI y SI-ClCr para soporte vasoactivo persistente a 48 h

Índice	AUC	IC 95%	p
Shock index	0.59	0.48–0.71	0.08
SI-ClCr	0.61	0.50–0.73	0.04

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes sometidos a CCV. El promedio de edad fue de 64 años, un 62,8% de los pacientes eran hipertensos y un 20.5% diabéticos. En cuanto a las características del procedimiento, se realizaron en mayor frecuencia cirugía de revascularización miocárdica (55.1%) y reemplazo valvular aórtico (11.5%). Un 60.3% de las cirugías se realizaron con bomba de circulación extracorpórea, con un tiempo de bomba y tiempo de isquemia promedio (minutos) de 71 y 47 respectivamente. Las complicaciones post quirúrgicas más frecuentes fueron la insuficiencia renal aguda (25.6%) y la fibrilación auricular (21.8). El 36,7% presentó requerimiento persistente de soporte vasoactivo/inotrópico a las 48 horas. Estos pacientes presentaron valores significativamente más elevados de SI [0,72 (0,65–0,90) vs 0,66 (0,58–0,79); p=0,04] y de SI-ClCr [0,90 (0,70–

1,10) vs 0,66 (0,58–0,79); p=0,03] al ingreso. Asimismo, presentaron mayor tiempo de circulación extracorpórea [92 (70–118) vs 58 (0–88) min; p=0,02], mayor tiempo de isquemia [64 (45–85) vs 39 (0–61) min; p=0,03], mayor incidencia de injuria renal aguda postoperatoria (37,9% vs 18,4%; p=0,05) y una estancia hospitalaria más prolongada [15 (10–22) vs 8 (6–13) días; p=0,01]. En el análisis mediante curvas ROC, el SI-ClCr mostró una capacidad discriminativa modesta pero significativa para predecir el requerimiento persistente de soporte vasoactivo/inotrópico a las 48 horas (AUC 0,61; IC95% 0,50–0,73; p=0,04), mientras que el SI aislado no alcanzó significación estadística (AUC 0,59; IC95% 0,48–0,71; p=0,08).

Conclusión: en esta cohorte de pacientes sometidos a CCV, valores elevados de SI y particularmente de SI-ClCr al ingreso se asociaron con requerimiento persistente de soporte vasoactivo/inotrópico a las 48 horas y con una evolución postoperatoria más compleja. El SI-ClCr mostró un rendimiento discretamente superior al SI convencional para identificar pacientes con soporte hemodinámico persistente, sugiriendo que la incorporación de la función renal podría aportar información adicional sobre el riesgo de evolución clínica desfavorable. Si bien la capacidad discriminativa observada fue modesta, la simplicidad y disponibilidad inmediata de estos parámetros los convierten en herramientas potencialmente útiles para la estratificación temprana de riesgo.

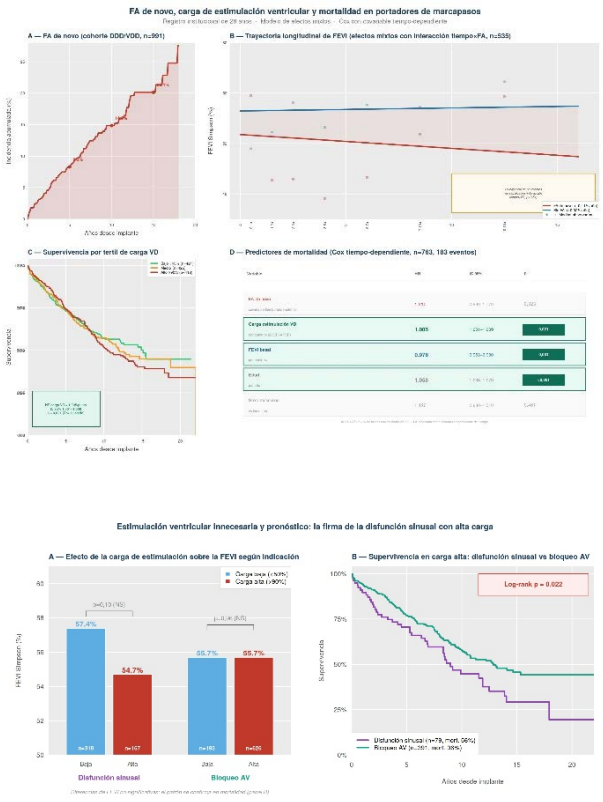
0526 - VALOR PRONÓSTICO DE LA CARGA DE ESTIMULACIÓN VENTRICULAR DERECHA SOBRE LA MORTALIDAD EN PORTADORES DE MARCAPASOS: ANÁLISIS DE UN REGISTRO LONGITUDINAL DE MÁS DE DOS DÉCADAS

Arritmias y Electrofisiología / Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Juan Pablo GUZMÁN | Pedro DIAZ UBERTI | Camila Luján ROSELLO | Juan Manuel SILVA VILLALBA | Damián Andrés LONGO | Valeria PIAZZA | Fiorella Agustina MANCUSI | Francisco TOSCANO

Hospital Churruca - Visca

Introducción: La estimulación crónica del ventrículo derecho puede inducir deterioro ventricular izquierdo y fibrilación auricular (FA) de novo en portadores de marcapasos (MP). El peso pronóstico relativo de la carga de estimulación ventricular derecha frente a la FA sobre la mortalidad a largo plazo no está establecido. A diferencia de la FA, la carga de estimulación es un parámetro modificable mediante la selección del sitio y modo de estimulación.



Objetivos: Determinar el valor pronóstico de la carga de estimulación ventricular derecha sobre la mortalidad en portadores de MP y evaluar el rol de la FA de novo, en un registro institucional de más de dos décadas.

Materiales y Métodos: Diseño y población: Registro observacional longitudinal de portadores de MP sin FA al implante con al menos un control registrado. Reclutamiento: 28 años (1997–2025); seguimiento mediano 5,7 años (rango intercuartílico 2,4–9,8; máximo 24,5). La carga de estimulación ventricular derecha se obtuvo de los contadores del dispositivo (porcentaje de latidos con espiga ventricular), disponible en el 85% (n=1.266). Detección de FA y remodelado: FA de novo: detección de FA o flutter en cualquier control >= 15 días posimplante; para minimizar el sesgo de detección se restringió a dispositivos con canal auricular DDD/VDD (n=991). Los ecocardiogramas seriados (67.177 estudios) aportaron fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y aurícula izquierda (AI) longitudinales. Análisis estadístico: Regresión de Cox con la FA de novo como covariable dependiente del tiempo (para evitar el sesgo de tiempo inmortal), ajustada por carga de estimulación, edad, sexo y FEVI basal. Trayectoria de FEVI mediante modelos de efectos mixtos. Significación: p<0,05.

Resultados: Carga de estimulación y mortalidad. En el modelo de Cox (n=763, 183 eventos), la carga de estimulación ventricular derecha fue predictor independiente de mortalidad (HR 1,005 por punto porcentual; IC95% 1,001–1,009;

p=0,021), junto con edad (HR 1,058; p<0,001) y FEVI basal (HR 0,976; p=0,001). El efecto fue consistente al estratificar por indicación: en disfunción sinusal, donde la estimulación es prescindible la carga elevada se asoció a menor FEVI y mayor mortalidad, no así en el bloqueo auriculoventricular. Rol de la FA de novo. La incidencia acumulada de FA de novo (DDD/VDD) fue 8,3% a 5 años, 14,8% a 10 y 20,1% a 15. Sin embargo, no resultó predictor independiente de mortalidad (HR 1,21; IC95% 0,83–1,77; p=0,32) ni se asoció a deterioro progresivo de la FEVI (interacción tiempo×FA no significativa, p=0,51); la diferencia entre grupos fue basal (~2 puntos), no progresiva.

Conclusión: En portadores de MP seguidos durante más de dos décadas, la carga de estimulación ventricular derecha es un predictor independiente y modificable de mortalidad. La FA de novo, aunque frecuente, se comporta como marcador de enfermedad estructural subyacente y no como causa independiente de muerte. Estos hallazgos respaldan la minimización de la estimulación ventricular derecha y la estimulación fisiológica (haz de His o rama izquierda), especialmente con conducción auriculoventricular conservada.

0530 - EFECTO DEL TRATAMIENTO CON MAVACAMTEN SOBRE LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE MUERTE SÚBITA MEDIANTE EL ESC RISK SCORE EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

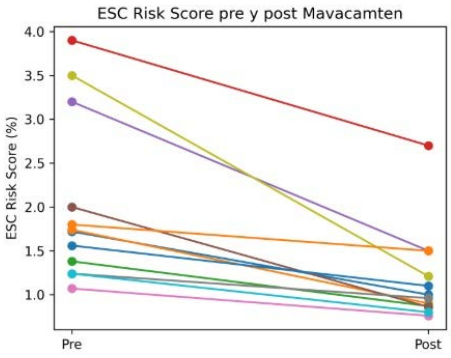
Florencia CANTORA | Santiago DECOTTO | Marina BAGLIONI | Rocío BLANCO | Rodolfo PIZARRO | Diego PÉREZ DE ARENAZA

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El tratamiento con inhibidores de miosina en pacientes con miocardiopatía hipertrófica de tipo obstructiva (MCHo) ha demostrado reducir el gradiente obstructivo, el grado de insuficiencia mitral e inducir remodelado inverso en esta población. Sin embargo, se desconoce si estas modificaciones se traducen en cambios en las herramientas de estratificación de riesgo actualmente utilizadas en la práctica clínica.

Objetivos: El objetivo primario de este estudio fue analizar el impacto del tratamiento con mavacamten sobre la estimación del riesgo de muerte súbita cardíaca mediante el ESC-HCM Risk Score en pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva. Como objetivos secundarios, se evaluó el efecto del tratamiento sobre la estimación del riesgo de muerte súbita según el AHA-HCM Risk Score y sobre el riesgo estimado de fibrilación auricular mediante el AF-HCM Risk Score.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico que incluyó pacientes con diagnóstico de MCHo, definida por la presencia de un gradiente intraventricular >30 mmHg en reposo o >50 mmHg con esfuerzo, incluidos en un registro institucional entre marzo de 2025 y abril de 2026, que recibieron tratamiento con mavacamten durante al menos 12 meses. Se recolectaron datos clínicos, incluyendo edad, sexo, síntomas (disnea, angina y síncope), clase funcional según la clasificación de la New York Heart Association (NYHA), antecedentes de relevancia y tratamiento médico recibido, así como variables ecocardiográficas y parámetros de estratificación de riesgo, como el ESC-HCM risk score, AHA-HCM risk score y AF-HCM risk score. Las variables continuas apareadas pre y post tratamiento se compararon mediante prueba de Wilcoxon.



Variable	Pre tratamiento	Post tratamiento	p
Scores (n=12)			
ESC HCM risk score (%)	1,7 [1,3–2,3]	1,0 [0,9–1,3]	<0,001
AHA HCM risk score	1,68 [1,29–2,43]	0,94 [0,87–1,26]	<0,001
FA HCM risk score	23 [22–26]	20 [19–21]	<0,001
Parámetros ecocardiograma (n=12)			
Gradiente TSVI (mmHg)	88 [62–112]	3 [0–15]	<0,001
FEVI (%)	63,5 [61,8–69,0]	63,5 [61,5–65,0]	0,313
Espesor septal (mm)	18 [16,5–21,2]	16,5 [14,0–18,0]	0,031
Volumen auricular izquierdo (mL)	48 [43,5–60,5]	41,5 [34,0–59,2]	0,064

Abreviaturas: ESC HCM risk score: score de riesgo de muerte súbita de miocardiopatía hipertrófica Sociedad Europea de Cardiología; AHA risk score: score de riesgo de muerte súbita en miocardiopatía hipertrófica Sociedad Americana de Cardiología; FA risk score: score de riesgo de fibrilación auricular en pacientes con miocardiopatía hipertrófica; TSVI: tracto de salida del ventrículo izquierdo; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo

Resultados: Se incluyeron un total de 12 pacientes, con una mediana de edad de 70 años [RIC 60-79], 83% (n=10) mujeres. Previo al tratamiento con mavacamten, 8 pacientes presentaban disnea en clase funcional II/III, 4 habían presentado eventos sincopales relacionados con la obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo y un paciente refería angina en clase funcional II. Todos se encontraban con tratamiento con betabloqueantes, sólo uno con calcioantagonistas y otro se había sometido a alcoholización septal. Ocho pacientes requirieron una dosis de 10 mg/día, 2 de 15 mg/día, 1 de 5 mg/día y 1 de 2,5 mg/día de mavacamten. El ESC-HCM risk score se redujo significativamente post tratamiento con mavacamten (score previo 1,73% [RIC 1,3–2,3] a 1% [RIC 0,9–1,3] (p<0,001). También se evidenció reducción tanto en AHA-HCM risk score y FA-HCM risk score. Ver Figura 1. Por otro lado, el gradiente del tracto de salida del ventrículo izquierdo disminuyó significativamente de 88 mmHg [RIC 62-112] a 3 mmHg [RIC 0-15] tras el tratamiento (p<0,001). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo basal fue de 63% [RIC 61-69], y no tuvo cambios significativos post tratamiento (nunca se deterioró por debajo del 50%). El resto de las variables se expresan en la tabla 2.

Conclusión: En esta serie unicéntrica de pacientes con MCHo, el tratamiento con mavacamten se asoció con una reducción significativa del ESC-HCM Risk Score, principalmente a expensas de la reducción del gradiente intraventricular y en menor medida de espesores. Estudios prospectivos de mayores dimensiones, basados en eventos clínicos, son necesarios para confirmar esta hipótesis.

0532 - "INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA: ¿QUÉ SABEMOS Y QUÉ HACEMOS LOS CARDIÓLOGOS?"

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Carolina Bárbara PUTARO[1] | Martin Eitan BARMAK[2] | Giuliana Ayelén TRESENZA[3] | Daniela GIL[4] | Hernán Luis PEREYRO[5] | Ornella ROBINO[6] | Santiago TORROBA[7] | Sergio Álvaro BERNACHEA[8]

SAC JOVEN[1]; SAC JOVEN[2]; FAC JOVEN[3]; SAC JOVEN[4]; CONAREC[5]; CONAREC[6]; SAC JOVEN[7]; FAC JOVEN[8]

Introducción: Los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada (ICA) requieren reconocimiento precoz y derivación oportuna a centros especializados. Estudios internacionales evidencian brechas diagnósticas y variabilidad en la derivación, sin que se disponga de datos nacionales al respecto.

Objetivos: Evaluar el conocimiento y las conductas de cardiólogos y residentes en la identificación, manejo y derivación de pacientes con ICA e identificar barreras percibidas.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico mediante encuesta anónima autoadministrada de alcance nacional. Muestreo no probabilístico por conveniencia. Variables cualitativas expresadas como frecuencias y porcentajes. Comparaciones con test de Fisher (p<0,05).

Resultados: Se obtuvieron 112 respuestas. El 48% de los encuestados eran cardiólogos, el 22% especialistas en insuficiencia cardíaca (IC) y el 30% residentes. La mayoría pertenecía al sector privado (54%), con representación de 14 provincias y el 68% del área metropolitana de Buenos Aires (AMBA). El 60% contaba con equipo de IC en su centro. El 45% refirió tratamiento médico completo en sus pacientes, en mayor proporción en el sector privado que en el público (55% vs 30%; p=0,013). Para identificar candidatos a terapias avanzadas, la NYHA fue la herramienta más utilizada (77%), seguida de INTERMACS (52%), HFA-ESC (46%) e I NEED HELP (27%), este último con mayor uso entre especialistas (44% vs 22%; p=0,04). Ante un caso clínico, solo el 47% identificó correctamente al paciente con ICA y FEVI preservada. En cuanto a la derivación a equipos de ICA, el 23% desconocía el procedimiento, proporción significativamente mayor en centros sin equipo de IC (40% vs 14%; p=0,005). El 68% intentó derivar al menos un paciente en los últimos 5 años, predominando entre ellos los pacientes ambulatorios (59%) y en INTERMACS 3 (48%). La interconsulta informal fue el mecanismo más frecuente (49%), seguida por la derivación formal protocolizada (47%). Entre los motivos para no derivar se destacaron la falta de acceso o desconocimiento del circuito (21%) y la inestabilidad hemodinámica sin acceso a ECMO móvil (19%). Los profesionales fuera del AMBA identificaron con mayor frecuencia la consulta tardía como barrera para el acceso a terapias avanzadas (64% vs 42%; p=0,04). El 57% estimó que menos del 25% de los individuos en lista recibió un TC y solo el 5% que más del 50% accedió. Con respecto a sus propios pacientes, el 51% lo consideró posible pero muy difícil, el 28% una opción real y el 18% casi imposible. Los especialistas y el sector privado lo calificaron más frecuentemente como una opción real (56% vs 20%; p<0,001 y 36% vs 15%; p=0,018 respectivamente), mientras que el sector público lo percibió en mayor medida casi imposible (28% vs 11%; p=0,023). Las principales barreras percibidas para el acceso al TC fueron las administrativas (83%), las derivaciones tardías (64%) y la demora en la consulta (48%). Los no especialistas señalaron predominantemente las barreras administrativas como el principal obstáculo (87% vs 68%; p=0,034) y los profesionales con equipo de IC destacaron las contraindicaciones para el TC como barrera (18% vs 2%; p=0,014).

Conclusión: Esta encuesta evidencia brechas diagnósticas, terapéuticas y en el proceso de derivación, así como una percepción pesimista sobre el acceso al TC, con diferencias según especialidad, sector y presencia de equipo de IC. Estos hallazgos justifican investigaciones prospectivas y el diseño de estrategias de capacitación y protocolos de derivación adaptados al contexto local.

0536 - INDEXACIÓN ALOMÉTRICA DEL DIÁMETRO DIASTÓLICO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO: DERIVACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN ÍNDICE ÚNICO SEXO-ESPECÍFICO EN UNA COHORTE LATINOAMERICANA DE 66.791 PACIENTES

Valvulopatías / Multimagen

Francisco Martín PEREA

SANATORIO MODELO TUCUMÁN

Introducción: La normalización del diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI) por la superficie corporal (BSA) elevada a la unidad, vigente en las recomendaciones de la American Society of Echocardiography (ASE), asume una relación lineal entre el tamaño corporal y la dimensión ventricular que no se corresponde con el escalado biológico real. Esta inconsistencia genera un índice DDVI/BSA que correlaciona negativamente con la propia BSA, sobrediagnóstica dilatación en pacientes de contextura pequeña e infradiagnóstica en los corpulentos. El error se vuelve clínicamente paradójico al estratificar por índice de masa corporal, donde el paciente obeso —de mayor riesgo cardiovascular— resulta el menos frecuentemente clasificado como dilatado. El mismo concepto afecta a la indexación del volumen telediastólico (VFD).

Objetivos: Identificar el índice alométrico que mejor clasifica a la población en ventrículos dilatados y no dilatados, derivando un punto de corte compatible con las referencias ASE pero corregido por el escalado empírico.

Materiales y Métodos: Cohorte de 66.791 ecocardiogramas de pacientes únicos (varones 41.673; mujeres 25.118), depurada por plausibilidad física, sin filtrado previo de normalidad para evitar circularidad metodológica. Se demostraron las inconsistencias del sistema vigente analizando la correlación de los índices DDVI/BSA y VFD/BSA con la BSA y su gradiente a través de deciles. Mediante regresión cuantílica condicional log-log (cuantiles 0,025, 0,500 y 0,975) se estimaron los exponentes alométricos de tres familias de modelos —BSA, altura, y altura+IMC— evaluando la parsimonia entre cuantiles (test de paralelismo) y la robustez de cada modelo mediante la amplitud de prevalencia de dilatación bajo estratificación independiente por BSA, altura e IMC. Para dirimir la elección se realizó validación temporal, entrenando los exponentes en la mitad cronológicamente anterior de la cohorte y evaluándolos en la posterior.

Resultados: El DDVI escaló con BSA^0,387 en varones y BSA^0,320 en mujeres, exponentes significativamente distintos del lineal (a=1) y del isométrico (a=0,5). El índice clásico DDVI/BSA correlacionó con la BSA (r=-0,50 varones, -0,53 mujeres) y su prevalencia de dilatación varió del 23% al 2% entre deciles extremos de BSA; el índice alométrico anuló esa correlación (r˜0) y estabilizó la prevalencia (<2 puntos porcentuales de amplitud). La validación temporal confirmó que el modelo univariado por BSA con el exponente de la mediana conserva su robustez fuera de muestra (variación entre submuestras de 0,008–0,028), mientras que el modelo altura+IMC perdió estabilidad (variación de hasta 0,102) y se comportó de modo inconsistente entre sexos, descartándose pese a su aparente ventaja en la cohorte completa.

Conclusión: El índice DDVI/BSA^a híbrido —anclado a la referencia de ASE, con exponente alométrico empírico único— corrige el sesgo sistemático de la indexación clásica preservando la compatibilidad con los puntos de corte establecidos. Frente a ASE 2006 y ASE 2015, equilibra la proporción de dilatados entre sexos y a través de todo el rango de contextura corporal, eliminando tanto el sobrediagnóstico en pacientes pequeños como el infradiagnóstico en corpulentos. El sesgo observado para el índice volumétrico VFD/BSA, al tratarse de un defecto del escalado lineal del denominador, podría ser independiente del método de medición. La indexación alométrica podría ser necesaria para otras técnicas de medición de los volúmenes ventriculares.

0537 - DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN SCORE PREDICTIVO DE REINTERNACIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Educación Médica y Políticas de Salud

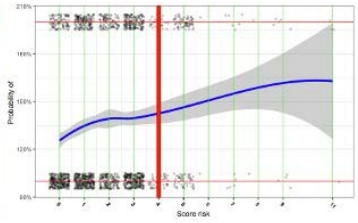
María Victoria GONZÁLEZ FERREÑO | Mariana Laura PARETI | Francisco NUTÍNEZ | Pablo Alejandro KLIN

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD) constituye una de las principales causas de internación en adultos mayores a nivel global, asociándose a tasas elevadas de morbimortalidad. Tras el egreso hospitalario, el período de transición clínica representa una fase de extrema vulnerabilidad epidemiológica. En este escenario, la reinternación prematura emerge como un evento frecuente y potencialmente prevenible. A pesar de la innovación terapéutica contemporánea, la estratificación oportuna del riesgo individual de reingreso continúa siendo un desafío no resuelto en la práctica clínica diaria. Existe, por tanto, una necesidad imperiosa de desarrollar herramientas predictivas simplificadas y reproducibles, fundamentadas en variables de fácil acceso institucional, que permitan guiar intervenciones personalizadas y optimizar los recursos de seguimiento post-alta.

Objetivos: Desarrollar y validar un sistema de puntuación predictiva (score de riesgo) clínico, simplificado y de transferencia directa a la práctica asistencial, enfocado en estimar con precisión la probabilidad de reinternación hospitalaria en pacientes con ICAD.

Variable	Puntaje
Internación previa	+ 2
Hombres	+ 1
Fenotipo de falla derecha predominante	+ 2
Período 2017-2022	- 4
Período 2023-2025	- 9
Creatinina ingreso > 1.4 - < 3.4 mg/dl	1
Creatinina ingreso > 3.5 mg/dl	4



Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional basado en un registro institucional de pacientes internados por ICAD en la Unidad de Cuidados Intensivos Telemétricos entre julio de 2011 y diciembre de 2025. Se excluyeron del análisis a los p que recibieron un trasplante cardíaco, a aquellos que se encontraban bajo diálisis y a quienes fallecieron durante la internación index (por ser riesgo competente). La selección de las variables predictoras se realizó mediante tamizaje clínico-estadístico. Se evaluaron variables demográficas, clínicas y de laboratorio, antecedentes de ingresos previos, así como eventos durante la internación. Mediante un modelo logístico múltiple se construyó un score acumulativo (rango de -9 a +6 puntos) a partir de sus coeficientes. El rendimiento predictivo se determinó mediante la evaluación de su capacidad de discriminación. Se adoptó un nivel de significancia estadística con un valor alfa < 5%. El análisis estadístico se llevó a cabo con el entorno estadístico R (R Core Team, 2024).

Resultados: Se incluyeron 1714 pacientes con una edad de 75 años (65-82) y una prevalencia de sexo masculino del 59%. Las tasas de reinternación a 1, 6 y 12 meses fueron de 8%, 33.4% y 52.7%, respectivamente. El modelo final ajustado asignó el siguiente puntaje ponderado: +1 punto ante sexo masculino; +2 puntos ante la presencia de fallo derecho predominante e internación previa por ICAD; +1 punto ante Creatinina plasmática al ingreso (CREA) entre 1.5-3.4 mg/dl; +4 puntos ante CREA > 3.5 y coeficientes con impacto negativo para los periodos de inclusión más recientes (2017-2022= -4 puntos y 2023-2025= -9 puntos), reflejando una transición temporal en el riesgo basal.

Conclusión: El análisis de curvas de decisión según diferentes puntos de corte demostró una mediana capacidad predictiva y utilidad clínica neta para la estratificación del riesgo. El score desarrollado demostró ser una herramienta accesible, válida y con capacidad predictiva para identificar pacientes con ICAD en alto riesgo de reinternación. Su implementación sistemática al momento del alta hospitalaria podría ofrecer una estrategia costo-efectiva para individualizar el seguimiento clínico y mitigar de forma dirigida el reingreso precoz en esta población vulnerable. El agregado de variables que incluyan a la medicación al egreso, estratificado por fenotipo clínico predominante y función ventricular, podría mejorar la capacidad predictiva del modelo.

0538 - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE UNA ESTRATEGIA GUIADA POR ANGIOTOMOGRAFÍA CORONARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST

Tomografía/resonancia Magnética Cardiovascular / Cardiopatía Isquémica

Ian Neil CHAPMAN | Marcos Lucas VIRUEL | Paola KUSCHNIR | Agustina SCIANCALEPORE | Mariana CORNELI | **Olivia CAPALBO** | Ramiro ARIAS | Juan Pablo COSTABEL

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La cinecoronariografía (CCG) ha sido históricamente el método de referencia para la evaluación anatómica de pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST). Sin embargo, una proporción significativa de estos pacientes no presenta enfermedad coronaria obstructiva, lo que plantea la necesidad de estrategias diagnósticas menos invasivas y más eficientes. La angiotomografía coronaria (CCTA) posee una elevada sensibilidad y valor predictivo negativo para descartar enfermedad coronaria obstructiva, además de permitir una caracterización integral de la aterosclerosis coronaria. Estudios recientes sugieren que su utilización puede reducir procedimientos invasivos manteniendo resultados clínicos favorables. No obstante, la evidencia sobre su desempeño como estrategia inicial en pacientes con SCASEST de riesgo bajo e intermedio continúa siendo limitada.

Objetivos: Describir el rol de la CCTA como estrategia diagnóstica inicial en pacientes con SCASEST de bajo a intermedio riesgo.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo en una cohorte de 1001 pacientes adultos con diagnóstico de SCASEST y sin criterios de alto riesgo (definidos como: inestabilidad hemodinámica, cambios dinámicos del ST, arritmia ventricular sostenida, puntaje GRACE > 140, angina refractaria, insuficiencia cardíaca o paro cardiorrespiratorio), que consultaron al servicio de emergencias entre el 11 de mayo de 2022 y el 20 de febrero de 2026. Todos los pacientes fueron evaluados con CCTA como modalidad inicial de estudio coronario.

Resultados: Se incluyeron 1.001 pacientes, con una edad media de 57 años; el 44% eran mujeres y el 56% hombres. Entre los diagnósticos al ingreso, el 21% correspondió a infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) y el 79% a angina inestable, de acuerdo con la cuarta definición universal de infarto agudo de miocardio. La mediana de troponina T ultrasensible fue de 6 ng/L (Rangos Intercuartilos: 4-13) en la primera muestra y de 9 ng/L (Rangos Intercuartilos: 6-22) para la segunda. En el 7% de los pacientes no se realizó CCTA debido a un score de calcio coronario > 400 AU. Entre los pacientes evaluados mediante CCTA, el 27% no presentó placas coronarias y el 40% evidenció enfermedad coronaria no obstructiva (<50% de estenosis). En el 25% se observó enfermedad coronaria obstructiva, mientras que el 8% tuvo estudios no diagnósticos. Se identificaron características de placa de alto riesgo en el 13% de los casos. Finalmente, el 36% fue derivado a coronariografía invasiva y el 23% requirió revascularización.

Resultados

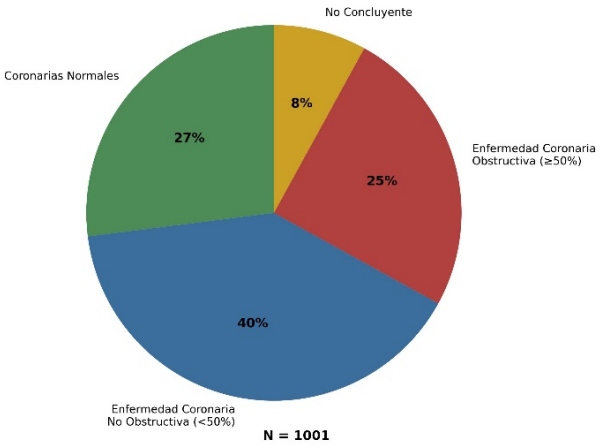
1001 pacientes

1001 pacientes

21% IAMSEST
79% AI

67 pacientes
Score de Calcio Coronario >400

Características	Valor
Edad mediana – años (P25-75)	57 (48-66)
Sexo femenino – n (%)	436 (43)
Hipertensión – n (%)	422 (42)
Hipercolesterolemia – n (%)	582 (58)
Fumador actual o anterior – n (%)	430 (43)
IMC >25 – n (%)	510 (51)
Antecedentes familiares de enfermedad CV – n (%)	269 (27)
Sedentarismo – n (%)	379 (38)
Diabetes mellitus – n (%)	105 (11)
Antecedentes de ATC (Angioplastia) – n (%)	47 (5)
Antecedentes de CRM (Cirugía de Revascularización) – n (%)	17 (2)
1° cTn-us T - ng/l (P25-75)	6 (4-13)
2° cTn-us T - ng/l (P25-75)	9 (6-22)



Conclusión: En esta cohorte de pacientes con SCASEST, un 67% presentaron arterias coronarias sin lesiones significativas en la CCTA, lo que sugiere que esta técnica podría ocupar un rol central en el algoritmo diagnóstico de estos cuadros, permitiendo reducir la necesidad de estudios invasivos. Asimismo, la identificación de enfermedad coronaria no obstructiva en el 40% de nuestros pacientes destaca una ventana crítica para orientar el inicio o la optimización del tratamiento médico preventivo.

0542 - MEJORIA CLINICA EN PACIENTES CON CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE Y ESTIMULACION FISIOLOGICA PERMANENTE MEDIANTE REDUCCION DE LA SEVERIDAD DE LA DISFUNCION VENTRICULAR

Arritmias y Electrofisiología

Evelyn Mercedes GARCIA RODRIGUEZ | Daniel F. ORTEGA | Emilio Ariel LOGARZO | Analía Gladys PAOLUCCI | Tomas MARINACCI

Clínica San Camilo

Introducción: La estimulación parahisiana guiada por método de evaluación no invasiva de sincronía eléctrica en pacientes con Cardiodesfibriladores implantables (CDI), ha demostrado que mantiene la sincronía eléctrica, corrige los trastornos de conducción, y posee efectos antiarrítmicos. En pacientes con requerimiento de implante de CDI y estimulación permanente, la posición de la punta del catéter ventricular en posición septal ha demostrado en seguimiento a largo plazo, que mejora la fracción de eyección (FEY) de los pacientes con deterioro severo subiendo los valores en un hasta 10% con respecto al ecocardiograma previo.

Objetivos: Demostrar los beneficios de la estimulación fisiológica permanente en pacientes con requerimiento de Cardiodesfibrilador implantable y su mejoría clínica al revertir la severidad de la disfunción ventricular mejorando su fracción de eyección.

Materiales y Métodos: Desde el 2015 hasta la actualidad los implantes de CDI son realizados guiados por el método de evaluación no invasiva de la sincronía eléctrica Synchromax®, utilizando catéteres convencionales de desfibrilación con screw in. El catéter se posiciona en la región parahisiana y durante el implante se evaluó la obtención de curvas sincrónicas tipo 2 con un índice menor a 0.4. Durante el seguimiento a largo plazo se evaluaron los diámetros ventriculares izquierdo en diástole y sístole, movimiento septum interventricular y fracción de eyección, comparándolos con el ecocardiograma basal.

Resultados: El recuento total de pacientes fue de 14. La edad promedio 66 años (± 7 años), el 64% fueron de sexo masculino. Entre las indicaciones de implante de CDI, el 51% fue por Miocardiopatías de etiología isquémico necrótica. El tiempo de seguimiento fue de 3 años ± 6 meses. Los Diámetros ventriculares mostraron leves modificaciones, las curvas de sincronía eléctrica permanecieron optimas, y los valores de la FEY presentaron un aumento significativo al mes, a los 6 meses, y al año de seguimiento, llegando incluso a obtener funciones ventriculares conservadas en pacientes con deterioro severo previamente registrado antes del implante.

Conclusión: La estimulación parahisiana guiada por Synchromax® en pacientes con CDI demuestra la posibilidad de mejoría en pacientes con deterioro severo de la función ventricular devolviendo su sincronía, y mejorando así su calidad de vida.

0543 - CARACTERÍSTICAS BASALES E INCIDENCIA DE EVENTOS EN PACIENTES INTERNADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Enfermedad Vascular Pulmonar / Medicina Vascular

Pedro TOUZAS | Lucia BORTMAN | Paloma RÚVEDA | **Joaquín CAPELLA** | Iban SORSABURU | María Eugenia KNORRE | Rodolfo PIZARRO | Ignacio BLURO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo constituye una entidad de presentación clínica heterogénea, con un amplio espectro clínico. Existe limitada información local sobre las características clínicas y la evolución de los pacientes con TEP agudo internados en unidades de cuidados intensivos cardiológicos (UCIC).

Objetivos: El objetivo del presente trabajo fue caracterizar el perfil clínico, la estratificación de riesgo y la incidencia de eventos intrahospitalarios y en el seguimiento de pacientes internados por TEP agudo en UCIC.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico de TEP agudo internados en la UCIC entre 2020 y 2025. Se realizó un análisis descriptivo de las características clínicas basales, presentación clínica al ingreso, estudios complementarios, la estratificación de riesgo de acuerdo con la clasificación de la Sociedad Europea de Cardiología 2019 y la clasificación clínica AHA/ACC 2026 y el tratamiento recibido. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes, y las variables continuas como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico, según correspondiera. Se evaluó la incidencia de mortalidad por cualquier causa, sangrado mayor, y otros eventos intrahospitalarios. También se evaluó la incidencia de mortalidad y sangrado mayor a 180 días.

Resultados: Se incluyeron 240 pacientes con diagnóstico de TEP agudo internados en UCIC entre 2020 y 2025. La edad media fue de 69.5 ± 14.8 años, el 55.4% fueron mujeres y el IMC medio fue de 29.2 ± 6.4 kg/m². La hipertensión arterial se presentó en 62.1%, hábito tabáquico en 44.1%, obesidad en 35.8%, enfermedad oncológica activa en 26.3% y enfermedad tromboembólica previa en 18.3%. El TEP fue sin causa aparente en 47.9%. Al ingreso, 31.3% presentó frecuencia cardiaca >110 lpm, 40% compromiso respiratorio y 7.9% inestabilidad hemodinámica. Presentaron NT-proBNP positivo >600 pg/ml en un 63% y troponina ultrasensible positiva >14 pg/ml en 83.3%. La presencia de TEP en ramos principales y/o bifurcación se observó en 57.9% de los casos. En el ecocardiograma, 52.9% presentó dilatación del ventrículo derecho y 27.9% presentó TAPSE <17 mm. Según la estratificación de riesgo, el 72.5% de los pacientes presentó clase PESI >III. De acuerdo con la clasificación ESC 2019, el 49.2% correspondió a riesgo intermedio-alto o alto, mientras que, según la clasificación AHA/ACC 2026, el 44.6% se ubicó en categoría C3. Durante la internación, 3.3% recibió fibrinolítico sistémico y 4.6% tratamiento invasivo. La mortalidad intrahospitalaria fue de 3.8%, el sangrado mayor de 4.2% y la insuficiencia renal aguda de 13.3%. La estadía hospitalaria fue de 5 [3–7] días. En el seguimiento a 180 días, entre los pacientes con seguimiento disponible, la incidencia acumulada estimada de mortalidad fue de 9.3% y la de sangrado mayor de 6.7%.

Tabla 1: Características basales	TEP (n=240)
Edad, años (media, DE)	69.5 ± 14.8
Sexo femenino, % (n)	55.4 (133)
IMC, kg/m2 (media, DE)	29.2 ± 6.4
Hipertensión arterial, % (n)	62.1 (149)
Antecedente de tabaquismo, % (n)	44.1 (106)
Anticoagulación previa, % (n)	18.8 (45)
Enfermedad oncológica activa, % (n)	26.3 (63)
Enfermedad tromboembólica previa, % (n)	18.3 (44)
TEP sin causa aparente, % (n)	47.9 (115)
Clínica al ingreso	
Frecuencia cardíaca >110 lpm, % (n)	31.3 (75)
Compromiso respiratorio, % (n)	40 (96)
Inestabilidad hemodinámica, % (n)	7.9 (19)
Estudios complementarios	
Troponina T ultrasensible >15 pg/ml, % (n)	84.2 (117)
NT-proBNP >600 pg/ml, % (n)	65.5 (91)
Lactacidemia > 2.5 mmol/L,% (n)	29 (36)
Patrón S1Q3T3, % (n)	22.1 (53)
Nuevo BCRD, % (n)	6.7 (16)
Afectación de ramos principales/Bifurcación, % (n)	57.9 (139)
Dilatación del VD, % (n)	52.9 (127)
TAPSE <17 mm, % (n)	27.9 (67)
Aplanamiento septal, % (n)	26.3 (63)
Hallazgo de TVP, % (n)	45.4 (109)
Estratificación de riesgo	
PESI >III, % (n)	72.5 (174)
Riesgo intermedio-alto/alto ESC 2019, % (n)	49.2 (118)
Clasificación AHA/ACC 26 A–B2, % (n)	8.3 (20)
Clasificación AHA/ACC 26 C1–C2, % (n)	39.2 (94)
Clasificación AHA/ACC 26 C3, % (n)	44.6 (107)
Clasificación AHA/ACC 26 D1-E2, % (n)	7.9 (19)
Modificador respiratorio positivo, % (n)	44.3 (93)
Tabla 2: Incidencia de eventos intrahospitalarios	
Fibrinolítico sistémico, % (n)	3.3 (8)
Tratamiento invasivo global, % (n)	4.6 (11)
Insuficiencia renal aguda, % (n)	13.3 (32)
Sangrado mayor intrahospitalario, % (n)	4.2 (10)
Mortalidad intrahospitalaria, % (n)	3.8 (9)
Estadía hospitalaria, días, mediana [RIC]	5 [3-7]

Conclusión: En pacientes con TEP agudo internados en UCIC, se observó una alta complejidad clínica, con frecuente compromiso respiratorio, elevación de biomarcadores y afectación ventricular derecha. Aunque la mortalidad intrahospitalaria y la necesidad de tratamiento invasivo fueron relativamente bajas, la evolución a 180 días mostró una incidencia acumulada de mortalidad de 9.3% y de sangrado mayor de 6.7%. lo que refuerza la importancia del seguimiento posterior al alta en esta población. Estos resultados destacan que el TEP no constituye sólo una patología aguda, sino también un marcador de riesgo que requiere seguimiento clínico estructurado luego del alta.

0545 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO SEGÚN CARGA TROMBÓTICA

Enfermedad Vascular Pulmonar / Medicina Vascular

Pedro TOUZAS | Lucia BORTMAN | Paloma RÚVEDA | Joaquín CAPELLA | **Iban SORSABURU** | María Eugenia KNORRE | Rodolfo PIZARRO | Ignacio BLURO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La estratificación de riesgo del tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo se basa en variables clínicas, biomarcadores y parámetros de disfunción ventricular derecha. Aunque la carga trombótica evaluada por angiotomografía no constituye un criterio en los algoritmos de estratificación de riesgo, la presencia de compromiso proximal suele

considerarse en la práctica clínica al valorar la severidad inicial del cuadro y la necesidad de estrategias de reperfusión. Sin embargo, el impacto clínico de la localización del trombo no se encuentra completamente establecido.

Objetivos: El objetivo fue evaluar las características clínicas, la estratificación de riesgo, el tratamiento recibido y la evolución intrahospitalaria de pacientes internados por TEP agudo según la localización anatómica del trombo.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes con TEP agudo internados en la unidad de cuidados intensivos cardiológicos entre 2020 y 2025. Se compararon pacientes con compromiso de ramas pulmonares principales o bifurcación, frente a aquellos con compromiso lobar, segmentario o subsegmentario, tanto unilateral como bilateral. Se analizaron características basales, presentación clínica, biomarcadores, hallazgos ecocardiográficos, estratificación de riesgo ESC 2019 y AHA/ACC 2026, tratamiento recibido y eventos intrahospitalarios. Las variables se expresaron como frecuencias y porcentajes, media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico, según correspondiera. Las comparaciones entre grupos se realizaron con pruebas estadísticas acordes al tipo y distribución de las variables.

Tabla 1: Características basales	Alta carga (n=139)	Baja carga (n=101)	p valor
Edad, años (media, DE)	68,7 (±15)	70,6 (±14.5)	0.29
Sexo femenino, % (n)	56.1 (78)	54.5 (55)	0.89
IMC, kg/m2 (media, DE)	29.6 (±6.7)	28.5 (±6.1)	0.17
Enfermedad oncológica activa, % (n)	23.7 (33)	29.7 (30)	0.30
Enfermedad tromboembólica previa, % (n)	19.4 (27)	16.8 (17)	0.74
TEP sin causa aparente, % (n)	51 (71)	43.6 (44)	0.29
Clínica al ingreso			
Frecuencia cardiaca >110 lpm, % (n)	37.4 (52)	22.8 (23)	**0.017**
Compromiso respiratorio, % (n)	46.8 (65)	30.7 (31)	**0.016**
Inestabilidad hemodinámica, % (n)	10.8 (15)	4 (4)	0.057
Laboratorio al diagnóstico			
Troponina T ultrasensible >15 pg/ml, % (n)	84.2 (117)	80 (80)	0.49
NT-proBNP >600 pg/ml, % (n)	65.5 (91)	59.6 (59)	0.41
Lactacidemia > 2.5 mmol/L,% (n)	29 (36)	21.7 (18)	0.26
Electrocardiograma			
Patrón S1Q3T3, % (n)	29.5 (41)	11.9 (12)	**0.001**
Nuevo BCRD, % (n)	8.6 (12)	4 (4)	0.19
Ecocardiograma			
Dilatación del VD, % (n)	61.2 (85)	41.6 (42)	**0.004**
TAPSE <17 mm, % (n)	33.8 (47)	19.8 (20)	**0.02**
Hallazgo de TVP, % (n)	55.4 (77)	31.7 (32)	**<0.001**
Estratificación de riesgo			
PESI >III, % (n)	76.3 (106)	68 (67.3)	0.14
Riesgo intermedio-alto/alto ESC 2019, % (n)	58.3 (81)	36.6 (37)	**<0.001**
Clasificación AHA/ACC A–B2, % (n)	5.8 (8)	11.9 (12)	**0.10**
Clasificación AHA/ACC C1–C2, % (n)	33.8 (47)	46.5 (47)	0.061
Clasificación AHA/ACC C3–E2, % (n)	60.4 (79)	41.6 (42)	**0.004**
Modificador respiratorio positivo, % (n)	49.2 (64)	36.2 (29)	0.086
Tabla 2: Incidencia de eventos.			
Fibrinolítico sistémico, % (n)	4.3 (6)	2 (2)	0.47
Tratamiento invasivo global, % (n)	7.2 (10)	1 (1)	**0.03**
Insuficiencia renal aguda, % (n)	15.1 (21)	10.9 (11)	0.44
Sangrado mayor intrahospitalario, % (n)	5 (7)	3 (3)	0.53
Mortalidad intrahospitalaria, % (n)	2.9 (4)	5 (5)	0.5
Estadía hospitalaria, días, mediana [RIC]	6 [3–8]	4 [3–6]	**0,001**

Resultados: Se incluyeron 240 pacientes internados por TEP agudo, de los cuales 139 presentaron afectación de ramo principal o bifurcación y 101 con afectación de ramos lobares, segmentarios o subsegmentarios. No se observaron diferencias relevantes en edad, sexo, índice de masa corporal, hipertensión, cáncer activo ni antecedente de enfermedad tromboembólica venosa. Los pacientes con afectación central presentaron mayor frecuencia de taquicardia (37,4% vs. 22,8%; p=0,017), taquipnea (23,0% vs. 8,9%; p=0,005) y menor saturación de oxígeno (42,4% vs. 28,7%; p=0,031). En el ecocardiograma, la alta carga se asoció con mayor dilatación del ventrículo derecho (61,2% vs. 41,6%; p=0,004) y mayor frecuencia de disfunción ventricular derecha (33,8% vs. 19,8%; p=0,020). No se observaron diferencias significativas en troponina ultrasensible, NT-proBNP o lactacidemia. También se asoció con mayor proporción de pacientes en categorías AHA/ACC C3–E2 (60.4% vs. 40.6%; p=0,004) y ESC intermedio-alto/alto (58,3% vs. 36,6%; p=0,001). El tratamiento invasivo fue más frecuente en pacientes con alta carga (7,2% vs. 1,0%; p=0,028), así como la estadía hospitalaria fue mayor (6 [3–8] vs. 4 [3–6] días; p=0,001). No hubo diferencias significativas en mortalidad intrahospitalaria (2,9% vs. 5,0%; p=0,498).

Conclusión: En pacientes internados por TEP agudo en UCIC, la alta carga trombótica definida por afectación de ramas principales o bifurcación se asoció con mayor compromiso respiratorio, mayor disfunción del ventrículo derecho, categorías de mayor riesgo, mayor uso de tratamientos invasivos y mayor estadía hospitalaria. Sin embargo, este perfil de mayor severidad inicial no se tradujo en un incremento significativo de la mortalidad intrahospitalaria.

0546 - EFICACIA HEMODINÁMICA DE LA TROMBÓLISIS ASISTIDA POR ULTRASONIDO DIRIGIDA POR CATÉTER (EKOS) EN EL TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN AGUDO: EXPERIENCIA MONOCÉNTRICA ARGENTINA

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Investigación Básica

Sebastián GARIBALDI | Luis Fernando DI GREGORIO | Bernardo Javier SERO | Juan José GALLARDO ROZAS | Diego COSTA | Omar Yerko SARDAN RENGEL | Maximiliano MUZZIO | Roberto D. CORONEL

SANATORIO SAGRADO CORAZÓN

Introducción: El tromboembolismo de pulmón (TEP) agudo es la tercera causa de muerte cardiovascular, después del infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular, y en los subgrupos de riesgo intermedio-alto y alto la estrategia de reperfusión óptima sigue siendo motivo de debate: la trombólisis sistémica es eficaz, pero conlleva riesgo de

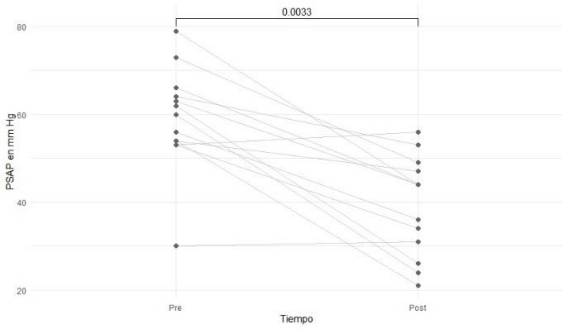
sangrado, mientras que la anticoagulación aislada puede resultar insuficiente. La trombólisis dirigida por catéter asistida por ultrasonido (sistema EKOS) combina la infusión local del fibrinolítico con ultrasonido que desacopla las fibras de fibrina y favorece la penetración del lítico, permitiendo emplear dosis muy inferiores; su eficacia para mejorar la función del ventrículo derecho fue demostrada en los estudios ULTIMA, SEATTLE II y OPTALYSE PE y las guías europeas de 2019 le otorgan una recomendación clase IIa. Pese a ello, es una tecnología de incorporación relativamente reciente en la Argentina, con escasa experiencia local publicada, lo que motiva la comunicación de nuestra serie monocéntrica.

Objetivos: Evaluar el cambio en la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) antes y después de la trombólisis dirigida por catéter asistida por ultrasonido (sistema EKOS) en pacientes con TEP agudo de riesgo intermedio-alto y alto.

Característica	N = 15[1]
Hipertensión	5 (33%)
Diabetes	2 (13%)
Tabaquismo	3 (20%)
Ex tabaquismo	6 (40%)
EPOC	1 (6.7%)
Insuficiencia cardíaca	1 (6.7%)
Insuficiencia renal crónica	2 (13%)
Cáncer	2 (13%)
Obesidad	13 (87%)
Riesgo	
Alto	2 (13%)
Intermedio/Alto	13 (87%)
Síntomas	
Disnea	13 (87%)
PCR	1 (6.7%)
Síncope	1 (6.7%)
PESI	111 (79, 134)

[1]n (%); Median (Q1, Q3)

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un registro de pacientes con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar agudo tratados mediante trombólisis dirigida por catéter asistida por ultrasonido. Se analizaron la frecuencia cardíaca (FC), la presión arterial pulmonar, sistólica diastólica y media, medida por cateterismo derecho y la saturación de oxígeno (SatO2) antes y después del tratamiento. Se utilizaron estadísticas descriptivas y la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para comparar las variables pre y post-tratamiento.



Resultados: Se incluyeron 15 pacientes. La mediana del puntaje PESI fue de 111 (RIC 79–134). De acuerdo con la estratificación inicial del riesgo, 13 pacientes (86,7%) presentaban TEP de riesgo intermedio-alto y 2 pacientes (13,3%) TEP de alto riesgo. La manifestación clínica predominante al ingreso fue la disnea, presente en 13 pacientes (86,7%), mientras que un paciente (6,7%) consultó por síncope y otro (6,7%) presentó paro cardiorrespiratorio como forma de presentación. Entre los factores de riesgo y comorbilidades, la obesidad fue la condición más frecuente, observándose en 13 pacientes (86,7%), seguida por hipertensión arterial en 5 pacientes (33,3%) y diabetes mellitus en 2 pacientes (13,3%). Se observó una reducción significativa de la presión sistólica de la arteria pulmonar tras el tratamiento. La PSAP disminuyó desde una mediana basal de 60 mm Hg (RIC 54–64) hasta 44 mm Hg (RIC 31–47) después de la intervención. El análisis mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras apareadas demostró una diferencia estadísticamente significativa entre ambas mediciones (p = 0,003). La reducción absoluta de la mediana de la PSAP fue de 16 mm Hg, lo que representa una disminución relativa aproximada del 27% respecto del valor basal. Estos hallazgos sugieren una mejoría hemodinámica significativa luego de la trombólisis dirigida por catéter asistida por ultrasonido.

Conclusión: La trombólisis asistida por ultrasonido (EKOS) logró una reducción significativa de la PSAP en el TEP agudo de riesgo intermedio-alto y alto, sugiriendo mejoría hemodinámica precoz; el tamaño muestral y la falta de grupo control obligan a interpretar los resultados como generadores de hipótesis.

0547 - NUEVOS DIAGNÓSTICOS ONCOLÓGICOS Y ONCO-HEMATOLÓGICOS EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES INTERNADOS POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO SIN CAUSA APARENTE

Enfermedad Vascular Pulmonar / Medicina Vascular

Pedro TOUZAS | Lucia BORTMAN | **Paloma RÚVEDA** | Joaquín CAPELLA | Iván SORSABURU | María Eugenia KNORRE | Rodolfo PIZARRO | Ignacio BLURO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo sin causa aparente puede representar la primera manifestación de enfermedades subyacentes no diagnosticadas, incluyendo patología oncológica y onco-hematológica. En este contexto, el seguimiento posterior al evento agudo resulta fundamental para detectar enfermedades que podrían modificar el pronóstico del paciente.

Objetivos: El objetivo del trabajo fue evaluar la incidencia y el tiempo hasta el diagnóstico de nuevas enfermedades oncológicas o onco-hematológicas durante el seguimiento de pacientes internados por TEP agudo sin causa aparente.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico de TEP agudo internados en la unidad de cuidados intensivos cardiológicos entre 2020 y 2025. Se clasificó a los pacientes según la presencia o ausencia de una causa aparente del TEP al diagnóstico. Se incluyeron los pacientes con TEP sin causa aparente, vivos al alta y con seguimiento disponible. El punto final principal fue el diagnóstico de nueva enfermedad oncológica o onco-hematológica durante el seguimiento. Como eventos clínicos secundarios se analizaron mortalidad, enfermedad tromboembólica recurrente y sangrado mayor a 1 año. Se calculó el tiempo desde el diagnóstico de TEP hasta el nuevo diagnóstico oncohematológico. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes, y las variables continuas como mediana y rango intercuartílico, según correspondiera. Se realizó una censura administrativa al año de seguimiento.

	TEP sin causa aparente (n=106)
Edad, años, media ± DE	71.7 ± 14.9
Sexo femenino, % (n)	60.4 (64)
IMC, kg/m², media ± DE	28.7 ± 5.6
Hipertensión arterial, % (n)	67.9 (72)
Hábito tabáquico, % (n)	46.2 (49)
Enfermedad tromboembólica previa, % (n)	21.7 (23)
Enfermedad oncológica/oncohematológica previa, % (n)	8.5 (9)
Compromiso respiratorio al ingreso, % (n)	36.8 (39)
Inestabilidad hemodinámica, % (n)	7.5 (8)
PESI >III, % (n)	70.8 (75)
Riesgo intermedio-alto/alto ESC 2019, % (n)	58.5 (62)
Clasificación AHA/ACC A–B2, % (n)	13.2 (15)
Clasificación AHA/ACC C1–C3, % (n)	81.6 (93)
Clasificación AHA/ACC D1–E2, % (n)	5.3 (6)
Troponina ultrasensible >15 pg/ml, % (n)	86.7 (91)
NT-proBNP >600pg/ml, % (n)	79 (83)
Lactacidemia >2.5 mmol/L, % (n)	18.3 (17/93)
Dilatación del VD o TAPSE <17 mm, % (n)	63.2 (67)

Resultados: Se incluyeron 240 pacientes internados por TEP agudo, de los cuales 47.5% (n=114) TEP sin causa aparente. Entre ellos 106 se encontraban vivos al alta y contaban con seguimiento disponible, constituyendo la población analizada. Presentaron una edad media de 71.7 ± 14.9 años, predominio femenino y elevada carga de riesgo inicial, con PESI >III en 70.8% (n=75), riesgo intermedio-alto/alto ESC 2019 en 58.5% (n=62) y clasificación AHA/ACC C1–C3 en 81.6% (n=93). La troponina ultrasensible fue positiva en 86.7% (n=91), el NT-proBNP en 79.0% (n=83), la lactacidemia en 18.3% (n=17/93) y la afectación del ventrículo derecho en 63.2% (n=67). El compromiso respiratorio al ingreso se observó en 36.8% (n=39) y la inestabilidad hemodinámica en 7.5% (n=8). Durante el primer año de seguimiento, 12.3% (n=13) pacientes presentaron un nuevo diagnóstico oncológico u onco-hematológico (9.4% [n=10] y 3.7% [n=4] respectivamente, con un caso de superposición entre ambos eventos). La mediana de tiempo hasta el diagnóstico oncohematológico fue de 36 días [13–124]. En relación con la distribución temporal de los eventos, el 92.3% (n=12) fueron diagnosticados dentro de los primeros 90 días posteriores al TEP. Entre los pacientes con TEP sin causa aparente y nuevo diagnóstico oncohematológico durante el primer año, la mortalidad fue de 30.8% (n=4), la recurrencia tromboembólica de 15.4% (n=2) y no se registraron sangrados mayores.

Conclusión: En pacientes internados por TEP agudo sin causa aparente, aproximadamente 1 de cada 8 presentó un nuevo diagnóstico oncológico o onco-hematológico durante el primer año de seguimiento, con una marcada concentración de diagnósticos dentro de los primeros 90 días. La elevada mortalidad observada en este subgrupo resalta su relevancia pronóstica y refuerza la necesidad de un seguimiento post-alta estructurado, orientado a la detección temprana de enfermedad subyacente y a la vigilancia de eventos clínicos evolutivos.

0550 - OPTIMIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE DATOS NO ESTRUCTURADOS DE REPORTES ECOCARDIOGRÁFICOS. ESTRATEGIAS DE PROMPTING PARA DICCIONARIO ONTOLÓGICO

Medicina Digital E Inteligencia Artificial / Investigación Básica

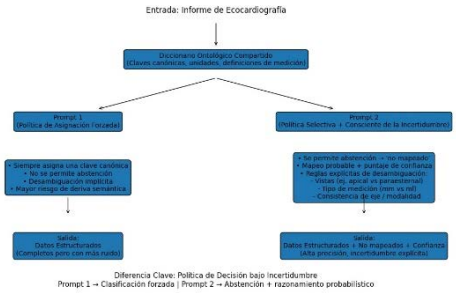
Luciano BATTIONI | Gustavo Javier DAQUARTI

ECOBOT

Introducción: Previamente hemos demostrado la factibilidad y el desempeño de modelos de lenguaje de gran escala (LLM) para la extracción de datos no estructurados de reportes ecocardiográficos. Sin embargo, la ausencia de estandarización de los distintos fabricantes, impide su posterior uso en procesos de automatización. Para esto se pueden utilizar estrategias de homogeneización (diccionario ontológico), haciendo que el LLM prediga una variable preestablecida a partir de la extraída.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue comparar dos estrategias de prompting para mejorar la capacidad del LLM para normalizar nombres de mediciones ecocardiográficas y consecuentemente mejorar la extracción de datos no estructurados.

Materiales y Métodos: Se construyó un diccionario ontológico con variables relevantes para la práctica clínica y reporte ecocardiográfico. Siete informes en formato PDF provenientes de 3 fabricantes, con variabilidad en idioma (español e inglés), formato de reporte y nomenclatura fueron utilizados para la extracción de datos. Por cada uno de ellos se utilizaron 2 prompts de extracción que utilizaron el mismo diccionario ontológico. El segundo incluyó la posibilidad de abstenerse de predecir etiquetas y se le proveyeron instrucciones precisas sobre diferencias en los métodos de medición. La tarea del LLM fue extraer los datos no estructurados de los archivos y en base a estos predecir a qué variable del diccionario ontológico pertenece cada dato, además del valor numérico y unidad correspondiente a cada medición. En base a esto se generó una base de datos por cada prompt, la predicción correcta fue asignada manualmente por los autores para cada caso, así como también el valor y la unidad. Se calcularon métricas de cobertura ontológica y de desempeño de los modelos (sensibilidad, VPP y F1). Se calcularon IC 95% utilizando bootstrapping y el método de Wilson según corresponda. Se utilizó el test de McNemar para datos apareados para comparar el desempeño de ambos prompts. Se utilizó Gemini 3 pro como LLM.



	Prompt 1	Prompt 2	p
F1	0.92(0.90 -0.94)	0.95 (0.93-0.97)	0.058
Precision	0.88 (0.85 -0.92)	1 (1- 1)	<0.001
Predicciones forzadas	0.1 (0.07-0.13)	0 (0-0.01)	<0.001
halucinaciones	0.13 (0.1-0.17)	0 (0-0.01)	<0.001
covertura ontologica	0.86 (0.82 -0.89)	0.71 (0.66-0.76)	<0.001

Resultados: Prompt 1 (P1) comparado con Prompt 2 (P2) extrajo menor cantidad de datos (309 vs 326). P1 forzó conceptos erróneos dentro de variables que no tenían una relación anatómica o conceptual 10% (IC 95% 7%-13%) de las veces vs 0% (IC 95% 0-0.1%) de P2 (ejemplo: relación E-A VT fue predicha como relación E-A VM, VS por simpson A4C como VS por TSVI) p<0.01. La cantidad de predicciones totales disminuyo del 86% (IC 95% 82%-89%) vs 71% (IC 95% 66%-76%) p<0.001, así como también las alucinaciones 14% (IC 95% 10%-18%) a 0% (IC 95% 0%-0.1%) p<0.001. La capacidad predictiva del LLM mejoró de manera no significativa F1 0.92 (IC 95% 0.9-0.94) vs 0.95 (IC 95% 0.87-0.94) p=0.058, sin embargo, la precisión de las predicciones mejoró sustancialmente 0.88 (IC 95% 0.85%-0.92%) vs 1 (IC 95% 1-1) p <0.001

Conclusión: La optimización de prompts para la extracción de datos no estructurados utilizando estrategias de abstención y contexto específico a la tarea disminuye las alucinaciones, en ausencia de detrimento en la calidad de los datos extraídos. De esta manera se logran flujos de trabajo más seguro evitando la propagación de errores en el post procesado de los datos

0552 - IDENTIFICACION DE FENOTIPOS HEMODINAMICOS MEDIANTE APRENDIZAJE NO SUPERVISADO EN PACIENTES SOMETIDOS A PRUEBA DE TILT TEST

Arritmias y Electrofisiología

Luciano BATTIONI[1] | Graciela Aurora RUIZ[2]

ECOBOT[1]; FLENI[2]

Introducción: La prueba de tilt test (TT) es el estándar para el estudio de síncopes de probable origen neuromediado. Si bien existen patrones de respuesta definidos, la heterogeneidad de comportamiento hemodinámico dificulta su definición precisa. Esta no ha sido caracterizada sistemáticamente mediante métodos de aprendizaje no supervisado en cohortes amplias.

Objetivos: Evaluar la posibilidad de identificar fenotipos hemodinámicos mediante clustering no supervisado de trayectorias de presión arterial sistólica, diastólica y frecuencia cardiaca (TAS, TAD y FC) y sus derivadas (doble producto (DP), tensión arterial media (TAM) y tensión arterial de pulso (TAP)) durante el TT y si esos fenotipos presentan perfiles sintomáticos diferenciados

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo exploratorio. Se incluyeron pacientes > 18 años que fueron sometidos a TT por haber presentado síncope. Se calcularon las medianas a intervalos de 5 minutos adaptados a la duración real de cada estudio. Se eliminaron las variables con coeficiente de inflación >2. Sobre las remanentes se calcularon: valor basal, nadir, tiempo al nadir, pendientes de descenso y recuperación, AUC, variabilidad. La utilización de dinitrato de isosorbide como sensibilizador fue considerada una covariable. Se realizó un análisis de K means cluster para generar fenogrupos luego de una reducción de dimensionalidad en base a los valores absolutos y relativos. Se determinó el N de variables explicativas en base al 80% de explicación de la varianza y el número de clusters con el método del codo. La estabilidad fue evaluada mediante bootstrap (n=100, Adjusted Rand Index). Se compararon los valores hemodinámicos y los síntomas en cada grupo mediante kruskal wallis y chi cuadrado con corrección de fisher si correspondiera.

Variable	Fenotipo 1	Fenotipo 2	p
TAS basal (mmHg)	120 (110-128)	131 (124-143)	<0.001
TAS nadir (mmHg)	106 (98-115)	98 (86-106)	<0.001
TAD basal (mmHg)	70 (64-78)	77 (71-84)	<0.001
TAD nadir (mmHg)	64 (57-72)	56 (50-63)	<0.001
FC basal (lpm)	75 (67-84)	75 (66-83)	0.653
FC nadir (lpm)	73 (66-83)	72 (63-81)	0.065
TAS variabilidad	4.85 (3.56-6.15)	11.63 (8.89-15.37)	<0.001
TAD variabilidad	3.00 (2.10-3.99)	6.84 (4.90-9.07)	<0.001
FC variabilidad	3.34 (2.17-3.99)	3.52 (1.92-5.51)	0.492
Uso DNI, n (%)	74 (14.7%)	42 (14.7%)	0.009
Sincope/presincope, n (%)	6 (6.6%)	13 (32.5%)	< 0.001

Resultados: Se incluyeron 680 pts (edad 57.5 +- 20.1, 382 (56%) mujeres). Luego del análisis de colinealidad solamente TAS, TAD y FC se incluyeron en el modelo. Los valores relativos (delta respecto al basal) presentaron mejor capacidad discriminatoria (Silhouette score 0.29 vs valores absolutos 0.21). De las 21 variables así generadas se produjeron 8 componentes principales (PC) que explican el 83.8% de varianza; PC1: magnitud de caída de PA, 26.6%; PC2: cinética temporal de la caída, 14.0%; PC3: respuesta de FC, 12.3%; PC4: variabilidad de FC, 9.1%; PC5: velocidad de recuperación de PA, 8.2%; PC6–8: dinámica de recuperación de FC, uso de drogas sensibilizadoras y patrón residual, 13.6%). En base a estas variables se identificaron 2 fenogrupos. El Fenotipo 1 (n=503, 74%) presentó TAS basal mediana de 120 mmHg [RIC 110-128] y TAS nadir de 106 mmHg [98-115]. El Fenotipo 2 (n=177, 26%) presentó TAS basal de 131 mmHg [124-143] y TAS nadir de 98 mmHg [86-106] p<0.0001 para ambos (tabla 1). La FC no difirió entre fenotipos (p>0.05). De los 131 pts con síntomas documentados (19.3%), el Fenotipo 2 concentró el 68.4% de los casos de síncope y presíncope p=0.009.

Conclusión: l análisis no supervisado identificó dos fenotipos hemodinámicos reproducibles que difieren en el nivel de TA basal y en la magnitud de la caída presora durante el TT. El fenotipo con mayor TAS basal y caída presora más profunda concentra la mayoría de los eventos de síncope. Esta primera aproximación, coincidente con la observación clínica, permitirá a futuro, establecer patrones más precisos en grupos seleccionados de pacientes

0553 - ASOCIACIÓN DE LOS ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS Y LA ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA EN UN COHORTE DE PREVENCIÓN PRIMARIA

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Marco Antonio GRAJEDA GALINDO | Joel Emir VALLEDOR | Ana DEL PUERTO MORGAN | Nelson Javier SOTO | Luciana Guadalupe DOMINGUEZ | Anthony Frank CAPCHA GARCIA | Carolina Elizabeth FOGAR | Verónica Inés VOLBERG

Hospital de Clínicas José de San Martín

Introducción: La enfermedad cardiovascular aterosclerótica continúa siendo la principal causa de morbimortalidad a nivel mundial. Aunque el IMC es la medida antropométrica más utilizada para evaluar obesidad, presenta limitaciones para reflejar la adiposidad visceral y la distribución de la grasa corporal. En este contexto, indicadores de adiposidad central como el índice cintura-cadera (ICC) y el índice cintura-talla (ICT) podrían identificar con mayor precisión individuos con ateromatosis subclínica detectable por ecografía vascular. El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre IMC, ICC e ICT y la presencia de ateromatosis carotídea y/o femoral en una cohorte de prevención cardiovascular primaria.

Objetivos: Evaluar la relación entre obesidad general, adiposidad central y la presencia de ateromatosis subclínica carotídea y/o femoral detectada mediante ecografía vascular en una cohorte de prevención cardiovascular primaria, explorando la discordancia entre los distintos fenotipos antropométricos y la enfermedad aterosclerótica vascular.

Tabla 1. Asociación entre indicadores antropométricos y aterosclerosis subclínica.

Grupo	n	Con ateromatosis	Sin ateromatosis
IMC Obesidad	160	93 (58.1%)	67 (41.9%)
IMC Sobrepeso	141	80 (56.7%)	61 (43.3%)
IMC Normal	89	51 (57.3%)	38 (42.7%)
ICC Elevado	272	173 (63.6%)	99 (36.4%)
ICC Normal	118	51 (43.2%)	67 (56.8%)
ICT Normal	76	34 (44.7%)	42 (55.3%)
ICT Elevado	314	190 (60.5%)	124 (39.5%)

Porcentaje de pacientes con y sin ateromatosis, clasificados en cada categoria segun índice de masa corporal, indice cintura/cadera e indice cintura/talla

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico en una cohorte consecutiva de 422 participantes evaluados durante una Jornada de Prevención Cardiovascular Primaria. Se registraron variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular y medidas antropométricas, calculando el IMC, el ICC y el ICT. Todos los participantes fueron sometidos a ecografía vascular carotídea y femoral bilateral. Se definió aterosclerosis como la presencia de placa ateromatosa en al menos un territorio vascular (carotídeo y/o femoral). Se evaluó la asociación entre los distintos índices antropométricos y la presencia de aterosclerosis, así como la posible discordancia entre obesidad general, adiposidad central y enfermedad vascular.

Tabla 2. Fenotipos antropométricos: IMC[1] e ICC;[2] IMC e ICT;[3] y ateromatosis subclinica

Grupo		N total 390	Con ateromatosis (n 224)	Sin ateromatosis (n 166)	P * (ateromatosis)
IMC obesidad (n 160)	ICC elevado	124	78 (62.9%)	46 (37.1%)	P 0.027
	ICC normal	36	15 (41.6%)	21 (58.4%)	
IMC sobrepeso (n 141)	ICC elevado	103	65 (63.1%))	38 (36,9%)	P 0.011
	ICC normal	38	15 (39.5%)	23 (60.5%)	
IMC normal (n 89)	ICC elevado	45	30 (66,7%)	15 (33,3%)	P 0.071
	ICC normal	44 (	21 (47.7%)	23 (52,3%)	
IMC obesidad (n 160)	ICT elevado	158	92 (58,2%)	66 (41,8%)	P 0.869
	ICT normal	2	1 (50%)	1 (50%)	
IMC sobrepeso (n 141)	ICT elevado	122	73 (59.8%)	49 (40.2%)	P 0.059
	ICT normal	19	7 (37,8%)	12 (63.2%)	
IMC normal (n 89)	ICT elevado	34	25 (73,5%)	9 (26,5%)	P 0.017
	ICT normal	55	26 (47,3%)	29 (52,7%)	

1. IMC: Índice de masa corporal.
2. ICC: Índice cintura/cadera
3. ICT: Índice cintura/talla
* Se realizo prueba Z para valorar diferencias entre proporciones.

Resultados: Se analizaron 390 participantes de prevención primaria (edad media 57,3 años; 72,1% mujeres). La ateromatosis carotídea y/o femoral estuvo presente en el 57,4% de la cohorte. La prevalencia de ateromatosis subclínica fue similar entre las categorías de IMC (57,3% en normopeso, 56,7% en sobrepeso y 58,1% en obesidad), sin asociación significativa con enfermedad vascular. En contraste, los indicadores de adiposidad central mostraron una asociación significativa con la ateromatosis, siendo más frecuente en sujetos con ICC elevado (63,6% vs. 43,2%; OR=2,30; IC95%: 1,48–3,56; p<0,001) y con ICT elevado (60,5% vs. 44,7%; OR=1,89; IC95%: 1,13–3,16; p=0,015). Asimismo, entre los participantes con IMC normal, la presencia de adiposidad central se asoció con una mayor prevalencia de ateromatosis subclínica. En conjunto, estos hallazgos sugieren que el ICC y el ICT identifican mejor la enfermedad aterosclerótica subclínica que el IMC, siendo el ICC el indicador con la asociación más fuerte

Conclusión: En esta cohorte de prevención cardiovascular primaria, la ateromatosis subclínica carotídea y/o femoral fue frecuente y mostró escasa relación con las categorías de IMC. En contraste, los indicadores de adiposidad central (ICC e ICT) se asociaron con una mayor frecuencia de enfermedad vascular, evidenciando una discordancia entre obesidad general y riesgo aterosclerótico. Estos hallazgos sugieren que el IMC aislado podría subestimar el riesgo vascular y que la incorporación de medidas simples de adiposidad central podría mejorar la identificación de individuos con ateromatosis subclínica no reconocida por la evaluación antropométrica tradicional.

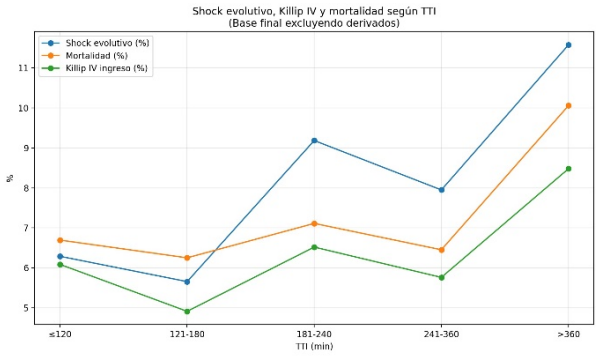
0555 - PERSISTENCIA DE UNA ELEVADA MORTALIDAD EN EL IAMCEST EN ARGENTINA: ¿ES EL SHOCK CARDIOGÉNICO EL ESLABÓN ENTRE EL TIEMPO TOTAL DE ISQUEMIA Y LA MORTALIDAD?

Cardiopatía Isquémica

Adrián CHARASK | Juan GAGLIARDI | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA | Heraldo D› IMPERIO | Carlos Manuel BARRERO | Víctor Miguel MAURO | Nicole GOULD | Carlos Daniel TAJER

Áreas SAC: Área de Investigación

Introducción: A pesar de los avances en las estrategias de reperfusión, la mortalidad intrahospitalaria del IAMCEST continúa siendo elevada en Argentina. Las demoras en el acceso a la reperfusión siguen representando una limitación relevante de los sistemas de atención, con potencial impacto sobre la evolución clínica y el pronóstico. Comprender los factores asociados a este exceso de riesgo resulta fundamental para optimizar las estrategias de atención en nuestro medio.



Objetivos: Evaluar la asociación entre el tiempo total de isquemia, el desarrollo de shock cardiogénico y la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con IAMCEST, explorando el posible papel del shock como vínculo entre la demora en la reperfusión y la muerte.

Materiales y Métodos: Se analizaron pacientes incluidos consecutivamente en el Registro ARGEN-IAM ST entre 2016 y 2025. Se excluyeron los pacientes derivados a otro centro para

Tabla 1. Shock cardiogénico evolutivo, Killip IV, complicaciones mecánicas y mortalidad según TTI

TTI (min)	N	Shock evolutivo n (%)	Mortalidad n (%)	Killip IV ingreso n (%)	Complicaciones mecánicas n (%)
<=120	493	33 (6,29)	33 (6,69)	30 (6,09)	8 (1,22)
121-180	672	38 (5,65)	42 (6,25)	33 (4,91)	6 (0,89)
181-240	675	62 (9,19)	48 (7,11)	44 (6,52)	6 (0,89)
241-360	868	69 (7,95)	56 (6,45)	50 (5,76)	5 (0,58)
>360	1710	198 (11,58)	172 (10,06)	145 (8,48)	21 (1,23)
p tendencia		<0,001	0,001	0,005	0,763

reperfusión. El tiempo total de isquemia (TTI) se categorizó en <=120, 121-180, 181-240, 241-360 y >360 minutos. Se evaluaron la presencia de Killip-Kimball IV al ingreso, la incidencia de shock cardiogénico durante la evolución intrahospitalaria, las complicaciones mecánicas y la mortalidad intrahospitalaria según categorías de TTI. Se realizaron análisis de tendencia y modelos de regresión logística multivariada para identificar predictores independientes de mortalidad y explorar la asociación entre el TTI, el shock cardiogénico evolutivo y la mortalidad. El análisis estadístico se efectuó utilizando los programas Jamovi y Epi Info 6.

Resultados: Se analizaron 4.718 pacientes con IAMCEST. La mortalidad intrahospitalaria global fue del 7,99% (377/4718). En los pacientes con TTI disponible (n=4418), la incidencia de shock cardiogénico evolutivo aumentó con el incremento del TTI: 6,29%, 5,65%, 9,19%, 7,95%, 11,58% para los distintos estratos, respectivamente (p para tendencia <0,001). En paralelo, la mortalidad aumentó de 6,69% a 10,06% (p para tendencia 0,001). La frecuencia de Killip-Kimball IV al ingreso fue de 6,09%, 4,91%, 6,52%, 5,76%, 8,48% (p para tendencia 0,005). Las complicaciones mecánicas fueron infrecuentes y no mostraron asociación significativa con el TTI (p para tendencia 0,763). La mortalidad fue significativamente mayor en los pacientes que desarrollaron shock cardiogénico evolutivo respecto de aquellos que no lo presentaron (55,5% vs 3,0%; p<0,001). En el análisis multivariado, el shock cardiogénico evolutivo emergió como el principal predictor independiente de mortalidad (OR 20,5; IC95% 14,6-28,9; p<0,001), seguido por Killip-Kimball IV al ingreso (OR 2,6; IC95% 1,8-3,8; p<0,001). El TTI >360 minutos mostró una asociación de magnitud menor y tendencia a mayor mortalidad intrahospitalaria (OR 1,28; IC95% 0,97-1,68; p=0,076).

Conclusión: En esta población contemporánea del Registro ARGEN-IAM ST, el shock cardiogénico evolutivo constituyó el principal predictor independiente de mortalidad intrahospitalaria. Su incidencia aumentó significativamente en relación directa con la prolongación del tiempo total de isquemia, sugiriendo que el desarrollo de esta complicación de elevada letalidad podría representar el principal mecanismo clínico asociado al exceso de mortalidad observado en los pacientes con demoras en la reperfusión. Implicancia clínica: Reducir los tiempos de isquemia mediante la consulta precoz y la optimización de las redes de reperfusión podría prevenir el desarrollo de shock cardiogénico y mejorar la supervivencia intrahospitalaria del IAMCEST.

0556 - ALTA PRECOZ POST-TAVI EN LA VIDA REAL: SEGURIDAD Y FACTIBILIDAD DE UN MODELO FAST-TRACK EN UNA CLÍNICA DE ALTA COMPLEJIDAD DE BUENOS AIRES

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Ramiro BARRETO MANCERA[1] | Betiana Gabriela MARTIN[1] | Guillermo Daniel JUBANY[1] | Segundo Antonio NAVARRETE FRANCO[1] | Gerson ARTUNDUAGA[1] | Adriano MALUSARDI[1] | Cristian Maximiliano GARMENDIA[2] | Fernando G. CHIMINELA[1]

HOSPITAL CARLOS G. DURAND[1]; Hospital Italiano de Buenos Aires[2]

Introducción: En las últimas décadas, el reemplazo valvular aórtico percutáneo (TAVI) se ha posicionado como una de las principales estrategias de abordaje terapéutico para pacientes portadores de una estenosis aórtica (EA) severa sintomática. En este contexto, la identificación de pacientes con posibilidad de egreso dentro de las primeras 48 horas desde el procedimiento resulta relevante para optimizar recursos sin comprometer la seguridad clínica. Su implementación puede reducir los días de internación, optimizar la disponibilidad de camas y disminuir costos, siempre que se garantice una adecuada selección de pacientes y un seguimiento clínico apropiado.

Objetivos: Determinar la proporción de pacientes con alta precoz post-TAVI y comparar las características basales, procedimentales y los eventos intrahospitalarios entre pacientes con alta precoz y sin alta precoz, a fin de identificar potenciales factores vinculados al momento del alta.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico observacional de cohorte retrospectivo que incluyó para el análisis pacientes con EA severa sintomática sometidos a un TAVI durante el período comprendido entre 2025 y 2026. Se definió alta precoz como egreso hospitalario dentro de las 48 horas posteriores al procedimiento de TAVI. Se analizaron variables demográficas, clínicas, procedimentales y eventos clínicos adversos intrahospitalarios. Se realizó un análisis univariable entre ambos subgrupos de interés (con alta precoz vs. sin alta precoz) mediante el test de Chi cuadrado, y un análisis mediante un modelo de regresión logística multivariable a fin de identificar factores independientemente asociados al alta precoz.

Resultados: Se incluyeron para el análisis un total de 141 pacientes. La edad promedio de la población muestral fue de 79,5 ± 5,9 años, con un 59,6% de sexo femenino. La mediana de puntuación del EuroSCORE II fue de 5,80 [RIC 4,49-7,42] y la del STS score de 6,12 [RIC 4,62-7,56]. El acceso vascular mayormente utilizado fue el acceso femoral (99,3%) y se obtuvo un procedimiento exitoso en el 99,3% de los casos. La mediana de días de internación fue de 1 día [RIC 1-2]. El alta precoz se alcanzó en 117/141 pacientes (83,0%): 85 pacientes al primer día (60,3%) y 29 al segundo día (20,6%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las características demográficas, ecocardiográficas ni en los parámetros bioquímicos entre ambos subgrupos de interés. La presencia de complicaciones durante la internación fue significativamente mayor en el grupo sin alta precoz (50,0% vs. 3,4%; p<0,001), con una mortalidad intrahospitalaria numéricamente mayor en dicho grupo (12,5% vs. 3,4%; p=0,096).

Conclusión: En pacientes portadores de una EA severa sintomática sometidos a un TAVI, se observó una elevada prevalencia de alta precoz dentro de las 48 horas desde el procedimiento índice, con un adecuado perfil de seguridad. La prolongación de la internación se asoció principalmente a la presencia de complicaciones intrahospitalarias.

0557 - CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR AMBULATORIA EN ARGENTINA

Cardiología Del Ejercicio / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Eliane SASOVSKY | **Tabatha RIVAS GIOVANNINI** | Lucia Victoria CAMPOS CERVERA | Hugo Daniel SANABRIA | Jessica SILISQUI | María Florencia AUBONE | Jimena Rocío SALOMON

ICBA

Introducción: La rehabilitación cardiovascular (RHCV) es un pilar fundamental de la prevención secundaria con demostrado impacto en términos de morbimortalidad. Las guías europeas y americanas definen indicadores de calidad para evaluar programas de RHCV (EAPC/ESC 2021; AHA/AACVPR 2024), pero existe escasa evidencia local acerca de su cumplimiento.

Objetivos: Objetivo primario: determinar si un programa ambulatorio privado de RHCV alcanza los umbrales de cumplimiento definidos por indicadores de calidad internacionales. Objetivo secundario: describir la proporción de pacientes que alcanza cada meta clínica y reportar variables funcionales relevantes.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se incluyó una muestra de pacientes adultos activos en un programa de RHCV ambulatoria durante enero 2026, con mínimo 3 meses de participación. Los indicadores de calidad evaluados, sus metas clínicas y sus umbrales de programa fueron: control tensional en > 50% del total de pacientes hipertensos (definido como TAS <130 mmHg y TAD <80 mmHg); el criterio de control lipídico fue evaluado según el cumplimiento de: LDL <70 mg/dL en al menos el 70% de los pacientes, o prescripción de estatinas de alta intensidad en al menos el 50%. El adecuado control glucémico en pacientes con DM tipo 2 fue definido por HbA1c <7% en por lo menos un 50% de los diabéticos. Se reportan variables descriptivas adicionales: IMC y la fuerza de prensión manual (handgrip, en libras). Las proporciones se expresan con IC95% y se comparan narrativamente con los umbrales de referencia.

Tabla 1 — Características de la muestra (n=196)

Variable	Resultado
Edad (años) — media ± DE	70,1 ± 10,7 [68,6–71,6]
Sexo masculino — n (%)	166 (84,7%)
IMC (kg/m²) — media ± DE	27,5 ± 4,8 [26,7–28,3]
Prevención secundaria — n (%)	178 (92,7%)
Hipertensión arterial — n (%)	140 (72,2%)
Diabetes mellitus — n (%)	50 (25,9%)
Dislipemia — n (%)	161 (82,6%)
Tabaquismo activo al ingreso — n (%)	11 (5,8%)
Cardiopatía isquémica crónica — n (%)	151 (77,0%)
Antecedente de SCA — n (%)	83 (42,8%)
Antecedente de CRM — n (%)	40 (20,6%)
Insuficiencia cardíaca — n (%)	15 (7,7%)
Miocardiopatía — n (%)	28 (14,5%)
Valvulopatía moderada-severa — n (%)	23 (11,8%)
Arritmias — n (%)	31 (15,9%)
Fey: conservada (≥50%) — n (%) levemente deteriorada (40–49%) — n (%) reducida (<40%) — n (%)	 126 (72,0%) 22 (12,6%) 26 (14,9%)
TAS (mmHg) — media ± DE (muestra total)	117,0 ± 14,4
TAD (mmHg) — media ± DE (muestra total)	69,6 ± 8,1
TAS en hipertensos (mmHg) — media ± DE	118,6 ± 14,6 [116,2–121,0]
TAD en hipertensos (mmHg) — media ± DE	70,0 ± 8,4 [68,6–71,4]
LDL (mg/dL) — media ± DE	66,0 ± 28,2 [60,9–71,2]
HbA1c en diabéticos (%) — media ± DE	6,3 ± 0,9 [6,0–6,6]
Handgrip: promedio (lb) — media ± DE * Hombres (lb) Mujeres (lb)	 71,4 ± 20,4 [67,0–75,8] 78,5 ± 19,3 52,7 ± 13,2

*En nuestra Tabla 1, las variables numéricas con distribución normal se expresan como **media \(\pm \) desviación estándar (DE)**, las variables numéricas con distribución no normal como **mediana más rango intercuartílico (RIC)**, y las variables categóricas o cualitativas en **frecuencias absolutas (n) y relativas (%)**.*

SCA: síndrome coronario agudo; CRM: cirugía de revascularización miocárdica; FEy: fracción de eyección; IMC: índice de masa corporal. * *Handgrip no registrado en todos los pacientes durante el período analizado; no refleja falta de cumplimiento.*

Resultados: Se analizaron 196 pacientes, quienes presentaron una edad media de 70,1 ± 10,7 años, 84,7% de sexo masculino. En su mayoría eran pacientes en prevención secundaria (92,7%) cuyos antecedentes destacables fueron cardiopatía isquémica crónica en primer lugar (77%), antecedente de síndrome coronario agudo (43%), CRM previa (21%), miocardiopatía (15%) y arritmias (16%). Un 72% de los pacientes presentaron FEy preservada. Respecto al objetivo primario: De los 140 pacientes hipertensos, 65,7% alcanzó ambas metas de control de TA simultáneamente [IC95%: 57,9–73,6%]. El

70,7% presentó TAS <130 mmHg y el 80,7% TAD <80 mmHg. El 63,2% de los pacientes presentó LDL <70 mg/dL, mientras que el 53,9% de los pacientes recibía estatinas de alta intensidad, superando el umbral del 50%. Dentro de los pacientes diabéticos, el 76,7% presentó HbA1c <7%. Los 3 indicadores cumplieron con las metas de calidad preestablecidas (el umbral lipídico a expensas de la prescripción de estatinas). Un 42,4% de los pacientes presentó un IMC <27 kg/m², el 27,3% presentó IMC entre 27–30 y el 30,3% restante IMC ≥30. El handgrip promedio fue 71,4 ± 20,4 libras (n=82; 42%); el 85,3% de los hombres y el 85,7% de las mujeres presentaron fuerza muscular conservada.

Tabla 2 — Indicadores de calidad: cumplimiento del programa (objetivo primario) y proporciones individuales (objetivo secundario)

Indicador	Proporción observada [IC95%]	Umbral EAPC 2021
OBJETIVO PRIMARIO — Cumplimiento del programa vs. umbral EAPC 2021		
Control tensional: TAS<130 Y TAD<80 (en hipertensos)	65,7% [57,9–73,6%]	>50% de hipertensos
Control lipídico: LDL<70 mg/dL o Estatina alta intensidad Cumplimiento de uno u otro parámetro	62,8% [53,9–71,7%] 53,9% [46,6–61,3%] 74,3% [66,3–82,4%]	>50%
Control glucémico: HbA1c <7% (en diabéticos)	76,7% [61,5–91,8%]	>50% de diabéticos
OBJETIVO SECUNDARIO — Proporción individual por indicador		
TAS <130 mmHg (en hipertensos)	70,7% [63,2–78,3%]	—
TAD <80 mmHg (en hipertensos)	80,7% [74,2–87,2%]	—
VARIABLES DESCRIPTIVAS ADICIONALES		
IMC <27 kg/m² †	42,4% [34,0–50,9%]	—
IMC 27–30 kg/m² (sobrepeso)	27,3% [19,7–34,9%]	—
IMC =30 kg/m² (obesidad)	30,3% [22,5–38,1%]	—
Fuerza conservada por handgrip — hombres (=57,3 lb) *	85,3% [76,9–93,7%]	—
Fuerza conservada por handgrip — mujeres (=35,3 lb) *	85,7% [67,4–100%]	—
Representación femenina	15,3% [10,3–20,3%]	Brecha reconocida

† IMC evaluado al momento del corte (enero 2026). Reducción =5% de peso no calculable en diseño transversal.
** Handgrip disponible en el 42% de la muestra; no refleja falta de cumplimiento.*
LDL: lipoproteína de baja densidad; HbA1c: hemoglobina glicosilada; IMC: índice de masa corporal; EAPC: European Association of Preventive Cardiology.

Conclusión: En este análisis preliminar de un programa ambulatorio privado de rehabilitación cardiovascular en Argentina, se observó un cumplimiento global favorable de los principales indicadores de calidad, lo que sugiere que un programa estructurado de RHCV puede contribuir al adecuado control de factores de riesgo cardiovascular en prevención secundaria. Sin embargo, persisten oportunidades de mejora en la intensificación del tratamiento hipolipemiante, el abordaje del exceso de peso, la sistematización de evaluaciones funcionales y la participación de mujeres. Estos hallazgos respaldan la utilidad de incorporar indicadores estandarizados para monitorear el desempeño, identificar brechas asistenciales y orientar estrategias de mejora continua en RHCV.

0562 - INCIDENCIA DE TROMBOSIS DEL STENT COMO CAUSA DE INFARTO DE MIOCARDIO

Cardiopatía Isquémica / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Alfredo Matías RODRIGUEZ GRANILLO | Juan Martin ROKOS | Alejandro MORENO | Camila GALLARDO | Jorge RESTAINO | Bibiana RUBILAR | Carlos FERNANDEZ PEREIRA | Alfredo RODRIGUEZ

SANATORIO OTAMENDI

Introducción: La trombosis de stent (TS) es una complicación no esperada luego de una angioplastia coronaria (AC), pudiendo ocurrir tempranamente o durante el seguimiento alejado. Debido a su forma de presentación, tanto como infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita es importante reconocer variables predictoras de éste suceso. Aunque su incidencia ha disminuido con los stents liberadores de fármacos de nueva generación y los antiagregantes más potentes, su incidencia real se desconoce, y continúa siendo un problema significativo en la unidad coronaria, en la sala de cateterismo y en el seguimiento ya que se relaciona a un deterioro de la fracción de eyección, aumentando también los costos para la salud.

Objetivos: El objetivo primario fue el de determinar la incidencia de TS en la población de pacientes que padecen un síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST-T (SCACEST). como objetivos secundarios se evalúo el perfil clínico y angiográfico, su morbimortalidad durante la internación evaluada como el evento combinado (MACE) de muerte, reinfarto o insuficiencia cardíaca. Además se analizaron variables predictoras del evento TS y se compararon estos resultados con pacientes con SCACEST debido a la ruptura de paca convencional (control).

Variable	TS,% (n=18)	Control,% (n=287)	valor de p
MACE	38,9 (7)	32,1 (92)	0.55
MUERTE	0 (0)	4,2 (12)	0.37
Reinfarto	5,6 (1)	2,4 (7)	0,39
Insuficiencia cardíaca	33,3 (6)	29,6 (85)	0,74

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, de cohorte, que incluyó 306 pacientes consecutivos admitidos con diagnóstico de SCACEST en nuestra institución entre los años 2016 y 2025, y que se incluyeron en la base dedicada. El diagnóstico de TS fue angiográfico, siguiendo los criterios de Academic Research Consortium y se la clasificó de acuerdo al tiempo como aguda (0 a 24 horas), subaguda (24 horas a 30 días), tardía (30 días a 1 año) y muy tardía (>1 año). Se analizaron variables demográficas, clínicas y angiográficas y los resultados hospitalarios. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar o mediana (rango intercuartil) según su distribución y las categóricas en porcentajes. Se utilizó chi cuadrado y t de Student para las categóricas y Anova para las continuas, y regresión logística multivariada para evaluar variables predictoras de TS.

Resultados: De los 305 pacientes que ingresaron con diagnóstico de SCACEST, 18 (5,9%) presentaron TS definitiva como causa del evento, de las cuales una fue subaguda, 4 tardías y el resto, 8, muy tardías, siendo el promedio de tiempo entre el implante del stent y el evento de TS de 470 días. El 72% tenían enfermedad de múltiples vasos. 27,7% no estaba recibiendo ningún antiagregante y 22,2% había suspendido al menos uno de ellos dentro de los 15 días previos. En cuanto al eventos, 38,9% tuvieron al menos uno, sin ninguna muerte, sin diferencias con el grupo control, 32,1%, p=0.55, como se ve en la tabla. La edad media fue de 67,9 años vs 65,1 del grupo control (p=0.38), siendo hombres el 88,9% del grupo TS vs 78% en el grupo control (p=0.26). La suspensión prematura de la doble antiagregación, el infarto previo, la diabetes, la enfermedad de múltiples vasos y la cantidad de stents implantados fueron predictores de evento.

Conclusión: La TS representó el 5.9% de los SCACEST, con presentación predominantemente muy tardía (promedio 470 días), y se relacionó numérica pero no estadísticamente con peor pronóstico, probablemente debido al tamaño de la muestra. La suspensión de la antiagregación y a características propias de angioplastia compleja (antecedentes de infarto, enfermedad multivaso) predijeron la TS, lo que puede sugerir que deben utilizarse estas variables para elegir los tiempos de antiagregación plaquetaria y no guiarse solo por el tiempo desde el último implante de un stent.

0565 - CURVA DE PERFECCIONAMIENTO Y RESULTADOS A 10 AÑOS DEL IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Investigación Básica

Maira Rocío Del Alba ALTAMIRANO SORUCO | **Edwin Andrés RODRÍGUEZ ARIAS** | Félix Alberto SOLANO SARMIENTO | Carlos Arturo MEDRANO FLOREZ | Alan SOMMI | Salvador Emilio LIOTTA | Juan Rodrigo ALDERETE | Juan José FERNÁNDEZ

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

Introducción: El implante valvular aórtico transcatéter (TAVI) ha revolucionado la medicina en los últimos 20 años, siendo en la actualidad un procedimiento no inferior al reemplazo valvular quirúrgico convencional en los diferentes grupos de riesgo.

Objetivos: Relatar la experiencia de un único centro universitario, tratando de identificar las complicaciones, la seguridad y la mortalidad del implante valvular aórtico transcatéter (TAVI) en el transcurso de los últimos 10 años.

Materiales y Métodos: Estudio observacional y analítico de cohorte. Realizado en el Hospital de Clínicas José de San Martín (HCJSM). Se incluyeron 130 pacientes sometidos a TAVI entre 2015 y 2025. Con el fin de evaluar la experiencia del centro, la muestra se dividió en 2 períodos históricos: Periodo A: 2015–2019- Periodo B: 2020–2025 El registro fue conducido bajo los principios éticos de la declaración de Helsinki, utilizando los datos informatizados del servicio de Hemodinamia del HCJSM. Se analizaron las complicaciones peri-procedimentales estandarizadas bajo los criterios internacionales VARC-3. Los eventos se dividieron en: Mayores: Mortalidad por todas las causas a 30 días, Accidente Cerebrovascular (ACV) e Infarto Agudo de Miocardio (IAM). Secundarios: Complicaciones vasculares mayores, sangrado mayor, requerimiento de implante definitivo de marcapasos, oclusión coronaria, fuga para valvular significativa, lesión renal aguda y migración de válvula.

Resultados: Se implantaron 130 válvulas. La edad media fue de 80.9 años. El 53.1% de los pacientes eran varones. El riesgo quirúrgico calculado mediante score de STS muestra un promedio de 6.85% (riesgo intermedio de muerte por cirugía de reemplazo aórtico convencional). El promedio de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue de 57%. Se observó calcificación anular severa en 113 individuos (86.9%). El abordaje de elección fue el acceso femoral derecho en 105 casos

Tabla 1.

Complicación Post-TAVI	Frecuencia (n)	Incidencia (%)
Marcapasos Permanente	29	22.14%
Mortalidad a 30 días	4	3.05%
Complicación Vascular Mayor	3	2.29%
Sangrado Mayor	3	2.29%
Migración Valvular (*Pop-up*)	3	2.29%
Lesión Renal Aguda	2	1.53%
ACV / Stroke	1	0.76%
Fuga Paravalvular (Moderada/Severa)	0	0.00%
Oclusión Coronaria	0	0.00%

Incidencia acumulada de eventos adversos bajo criterios VARC-3

Tabla 2.

Indicador Clínico	Periodo A (2015-2019)	Periodo B (2020-2025)	Impacto / Tendencia
Volumen de Pacientes (N)	38	92	Expansión del programa en el hospital
Edad Media (años)	80.2	81.3	Perfil demográfico estable
STS Score Medio (%)	6.91%	6.83%	Riesgo quirúrgico intermedio constante
Mortalidad a 30 días (%)	5.26%	2.20%	Reducción significativa de eventos mayores
Marcapasos Permanente (%)	23.68%	20.88%	Disminución gradual; persiste como evento frecuente
Complicación Vascular Mayor (%)	0.00%	3.30%	Incremento marginal debido a anatomías límite

Comparativa evolutiva: Periodo A (2015-2019) vs. Periodo B (2020-2025)

(80.7%), seguido del acceso femoral izquierdo en 17 casos (13.1%). Se implantaron 122 válvulas autoexpandibles y 8 válvulas balón-expandibles. 111 pacientes se pre dilataron (85.4%) y 19 casos se post dilataron (14.6%). El éxito técnico primario alcanzando fue del 98.5% (128 de 130 intervenciones exitosas), registrándose únicamente 2 fallos asociados al procedimiento. La mortalidad fue de 3.05% y el ACV de 0.76%. Destacándose que este único ACV se le realizó trombolisis farmacológica con resolución clínica. Los trastornos eléctricos con indicación de marcapasos definitivo representaron el evento con mayor incidencia post-procedimiento (22.4%), seguido en igual proporción (2.29%) de sangrado mayor, complicaciones vasculares mayores debido al abordaje y el desplazamiento hacia la aorta ascendente. Se pudo destacar que la necesidad de marcapasos no fue un evento ligado a la fragilidad o al riesgo basal del enfermo y si un evento netamente técnico/anatómico, ya que hubo una incidencia del 22.13% (27 casos) para válvulas autoexpandibles y del 1.53% (2 casos) para balón-expandibles. Al dividir la década de experiencia en dos quinquenios se notó que hubo una diferencia en la reducción de la mortalidad a 30 días (del 5.26% al 2.20%) en el segundo periodo, lo que respalda fuertemente la premisa de que el éxito del procedimiento es proporcional a la experiencia.

Conclusión: La comparativa entre ambos quinquenios expone el impacto positivo en la curva de aprendizaje de este centro de formación. Este procedimiento es para nosotros un evento seguro y exitoso, con una mortalidad muy baja a 30 días (2.20%), lo cual nos posiciona con datos similares a centros de referencia internacionales.

0566 - PREDICTORES TEMPRANOS DE DETERIORO HEMODINÁMICO Y NECESIDAD DE REPERFUSIÓN EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO: VALIDACIÓN INTERNA DE UN SCORE PRONÓSTICO SIMPLE

Enfermedad Vascular Pulmonar / Investigación Básica

María Sagrario SUAREZ PEÑA | Macarena Eliana PESCE | Cristian DRUNDAY | Ariel Federico LEEDS | Daniel Francisco ZIVANO

Sanatorio Dr. Julio Méndez

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo presenta una evolución clínica heterogénea, y un subgrupo de pacientes inicialmente hemodinámicamente estables puede desarrollar deterioro durante la internación. La identificación temprana de variables simples y ampliamente disponibles que permitan anticipar esta evolución continúa siendo un desafío clínico relevante.

Objetivos: Identificar predictores tempranos asociados al evento combinado intrahospitalario de deterioro hemodinámico y/o necesidad de reperfusión, y derivar un score pronóstico simple con validación interna.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó 56 pacientes adultos con diagnóstico confirmado de TEP agudo internados entre 2016 y 2025. El evento combinado intrahospitalario incluyó hipotensión sostenida, requerimiento de vasopresores o inotrópicos y/o necesidad de reperfusión (fibrinólisis sistémica, reperfusión dirigida o trombectomía). Se analizaron variables clínicas, bioquímicas y de imagen disponibles al ingreso. Se realizó un análisis univariado y posterior análisis conjunto considerando la colinealidad entre marcadores de disfunción ventricular derecha para la selección de variables del score.

Score TEP	Cristerios	Pacientes (n)	Evento combinado (%)
0	Ninguna variable	22	4 (18,2%)
1	Lactato > 2 mmol/L o VD/VI > 1	23	12 (52,2%)
2	Lactato > 2 mmol/L y VD/VI > 1	11	10 (90,9%)

Resultados: Se incluyeron 56 pacientes con TEP agudo, de los cuales 26 (46,4%) presentaron el evento combinado intrahospitalario. Tras el análisis conjunto de las variables seleccionadas, el ácido láctico > 2 mmol/L y la relación VD/VI > 1 se identificaron como los predictores de mayor consistencia del evento combinado. A partir de estas variables se desarrolló un score pronóstico simple (0–2 puntos), asignando 1 punto por ácido láctico > 2 mmol/L y 1 punto por relación VD/VI > 1. El score permitió una adecuada estratificación del riesgo, observándose una tasa de eventos del 18,2% en pacientes con score 0, del 52,2% en aquellos con score 1 y del 90,9% en los pacientes con score 2, evidenciando un marcado gradiente de riesgo. Estos hallazgos integran un marcador de hipoperfusión sistémica y un parámetro de sobrecarga ventricular derecha en una herramienta clínica simple y fácilmente aplicable al ingreso.

Conclusión: Un score pronóstico simple basado en ácido láctico > 2 mmol/L y relación VD/VI > 1 permite identificar tempranamente pacientes con TEP agudo en riesgo de deterioro clínico intrahospitalario. Esta herramienta, sustentada en variables objetivas y ampliamente disponibles, podría optimizar la estratificación de riesgo y apoyar la toma de decisiones terapéuticas en la práctica clínica.

0568 - MÁS ENFERMEDAD ESTRUCTURAL Y MENOS EVENTOS ARRÍTMICOS: UNA PARADOJA CLÍNICA ASOCIADA AL USO DE INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 EN PORTADORES DE CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE

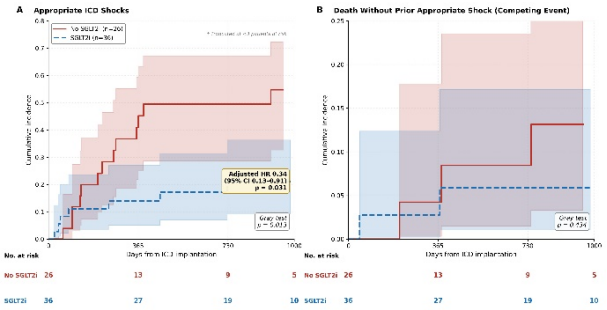
Arritmias y Electrofisiología / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Juan Manuel SILVA VILLALBA[1] | Juan Pablo GUZMÁN[1] | Lucrecia SECCO[1] | Francisco TOSCANO[1] | Juan Pablo MESA BELLUCCI[1] | Pedro DIAZ UBERTI[1] | Valeria PIAZZA[1] | María Lujan SILVA VILLALBA[2]

Hospital Churruca - Visca[1]; Universidad de Buenos Aires[2]

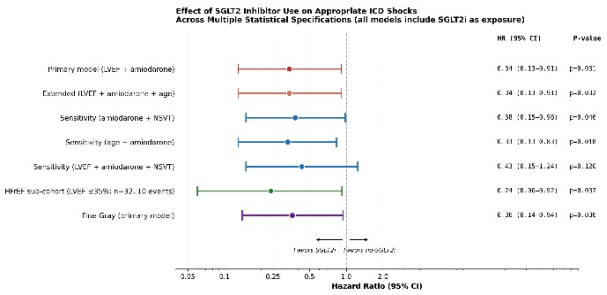
Introducción: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) reducen la mortalidad cardiovascular y las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca. Estudios recientes sugieren una menor incidencia de arritmias ventriculares, aunque permanece incierto si esta asociación refleja un efecto antiarrítmico verdadero o diferencias basales entre los pacientes tratados. Debido a que la muerte puede impedir la observación de eventos arrítmicos, el análisis mediante riesgos competitivos resulta particularmente relevante.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el uso de iSGLT2 y la incidencia de descargas apropiadas por taquiarritmias ventriculares en pacientes portadores de cardiodesfibrilador implantable (DAI) para prevención primaria, utilizando un enfoque de riesgos competitivos.



Materiales y Métodos: Se analizó una cohorte prospectiva de pacientes sometidos a implante de DAI para prevención primaria desde enero de 2021. La exposición se definió como el uso activo de iSGLT2 al momento del implante. El punto final primario fue la primera descarga apropiada por taquicardia ventricular o fibrilación ventricular. La muerte sin descarga previa fue preespecificada como evento competitivo. Las funciones de incidencia acumulada se estimaron mediante el método de Aalen-Johansen y se compararon mediante la prueba de Gray. Se construyeron modelos de Cox para causas específicas ajustados por fracción de eyección ventricular izquierda y uso de amiodarona, complementados con modelos de subdistribución de Fine-Gray. Los resultados se expresan como hazard ratio (HR) e intervalos de confianza del 95% (IC95%).

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes; 36 (58%) recibían iSGLT2. A pesar de presentar enfermedad estructural más avanzada y mayor exposición a tratamiento médico óptimo, los pacientes tratados mostraron una menor incidencia de eventos arrítmicos. Durante una mediana de seguimiento de 756 días, 22 pacientes presentaron una primera descarga apropiada y 5 fallecieron sin descarga previa. La incidencia acumulada de descargas apropiadas fue significativamente menor en el grupo iSGLT2 (22% versus 54%; prueba de Gray p=0,008) (Figura 1), mientras que la incidencia acumulada del evento competitivo no difirió entre grupos (p=0,431). En el modelo principal ajustado, el uso de iSGLT2 se asoció con una reducción del 66% del riesgo de descarga apropiada (HR 0,34; IC95% 0,13-0,91; p=0,031). Resultados concordantes se observaron mediante Fine-Gray (sHR 0,36; IC95% 0,13-0,99; p=0,047) y en la subcohorte con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida (HR 0,24; IC95% 0,06-0,91; p=0,036). La asociación se atenuó tras ajustar por taquicardia ventricular no sostenida basal.



Conclusión: En esta cohorte contemporánea de pacientes con DAI para prevención primaria, el uso de iSGLT2 se asoció con una reducción significativa y consistente de las descargas apropiadas por arritmias ventriculares pese a una mayor gravedad de la enfermedad estructural. La persistencia del hallazgo en múltiples análisis y modelos de riesgos competitivos respalda la robustez de la asociación observada (Figura 2). Estos resultados plantean la hipótesis de que los iSGLT2 podrían modificar el riesgo arrítmico más allá de sus beneficios hemodinámicos tradicionales, aunque estudios de mayor tamaño serán necesarios para diferenciar un efecto biológico directo de fenómenos de selección asociados a la implementación contemporánea del tratamiento médico óptimo.

0569 - PREDICTORES CLÍNICOS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES ADULTOS CON SHOCK CARDIOGÉNICO REFRACTARIO O PARO CARDIORRESPIRATORIO CON SOPORTE CON OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA VENOARTERIAL

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Antonella CARUGNO | Francisco GOGGI | Federico J. GANDOLFO | Alan SIGAL | Mariano VRANCIC | Juan Pablo COSTABEL | Mirta DIEZ | Leonardo SEOANE

Instituto Cardiovascular

Introducción: La oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial (ECMO-VA) es una estrategia de rescate en pacientes con shock cardiogénico refractario (SC) o paro cardíaco (PC). Aunque se han descrito diversos predictores de supervivencia, las variables clínicas han sido menos estudiadas. Analizamos una cohorte de un centro cardiovascular monovalente de alta complejidad.

Objetivos: Identificar variables clínicas pre-canulación, características del soporte y predictores post canulación asociados a mortalidad intrahospitalaria y mortalidad durante ECMO-VA.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo, que incluyó pacientes adultos consecutivos con SC refractario o PC que requirieron soporte circulatorio mecánico con ECMO-VA entre febrero de 2014 y agosto de 2025. Los datos se obtuvieron de una base de asistencia ventricular mantenida de forma prospectiva. Se registraron variables demográficas y clínicas. El desenlace primario fue la mortalidad intrahospitalaria y el desenlace secundario fue la mortalidad asociada a ECMO. Se analizaron variables clínicas relevantes, incluyendo datos pre-canulación, características del soporte con ECMO y variables relacionadas con la evolución durante la asistencia. Los factores de riesgo independientes para mortalidad intrahospitalaria y mortalidad en ECMO se identificaron mediante análisis multivariado utilizando regresión logística escalonada. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 130 pacientes con requerimiento de ECMO-VA por SC refractario o PC. El 61% eran de sexo masculino; la mediana de edad fue de 58 años (RI 25–75: 47–64). La cardiopatía isquémica fue la principal causa de SC, seguida por la enfermedad valvular. En relación con las características del ECMO, en el 86,7% se utilizó canulación periférica; el 89,6% se requirió balón de contrapulsación intraaórtico, y el 18,6% correspondieron a reanimación cardiopulmonar extracorpórea (ECPR). La mortalidad intrahospitalaria fue del 56,9% y la mortalidad asociada a ECMO del 41,5%, en concordancia con registros internacionales. La duración mediana del soporte con ECMO fue de 6 días (RIQ 25–75: 3–9). El sexo masculino se identificó como un factor protector independiente de mortalidad intrahospitalaria (OR 0,4; IC 95%: 0,18–0,92; p=0,03). Tras el análisis multivariado, la descarga del ventrículo izquierdo mediante venting (OR 5,8; IC 95%: 1,8–18,3; p=0,003), el sangrado mayor (OR 2,9; IC 95%: 1,2–6,8; p=0,01) y el requerimiento de hemodiálisis (OR 5,8; IC 95%: 1,7–19; p=0,004) se asociaron como predictores de mortalidad intrahospitalaria durante la asistencia con ECMO. En el análisis de regresión logística, la colocación de un vent del ventrículo izquierdo (OR 0,4; IC 95%: 0,18–0,92; p=0,03), el trasplante cardíaco (OR 0,26; IC 95%: 0,08–0,8; p=0,018), la hemodiálisis (OR 5,1; IC 95%: 1,4–18,2; p=0,01) y las infecciones durante la asistencia (OR 0,2; IC 95%: 0,07–0,6; p=0,004) se asociaron con la mortalidad en ECMO. La ventilación mecánica prolongada se comportó como un factor protector tanto para la mortalidad intrahospitalaria como para la mortalidad asociada a ECMO.

Conclusión: En nuestra cohorte, el venting, el sangrado mayor y el requerimiento de hemodiálisis se identificaron como predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria; mientras que el sexo masculino y la ventilación mecánica prolongada fueron factores protectores. En relación con el desenlace secundario, el venting, el requerimiento de hemodiálisis, las infecciones y el trasplante cardíaco se asociaron de manera independiente con la mortalidad en ECMO.

0576 - CONCORDANCIA ENTRE EL DIMENSIONAMIENTO VISUAL DEL STENT Y LA ANGIOGRAFÍA CORONARIA CUANTITATIVA EN LA INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA

Cardiopatía Intervencionista y Estructural

José Cristian FERRUFINO[1] | **Martín Alejandro CALLEGARI**[1] | Dionisio CHAMBRE[2] | Fabián Alejandro AZZARI[3] | Gustavo Federico ANDERSEN[1] | Alejandro FERNÁNDEZ[4] | Cristian Francisco PAZOS REDONDO[4] | Jorge LEGUIZAMON[1]

CLINICA BAZTERRICA[1]; Sanatorio Franchín[2]; Hôpital de Rimouski / CISSS de Bas St Laurent[3]; CLÍNICA SANTA ISABEL[4]

Introducción: La angiografía coronaria cuantitativa (QCA) permite evaluar con precisión el diámetro de los vasos tratados mediante intervención coronaria percutánea. Sin embargo, la estimación visual del diámetro de referencia para la selección del stent continúa siendo el método más utilizado en la práctica diaria.

Objetivos: Comparar la estimación visual del diámetro de referencia para la selección del stent con las mediciones obtenidas mediante QCA.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente 100 lesiones tratadas mediante angioplastia coronaria, realizadas en dos centros de la ciudad de Buenos Aires entre 2024 y 2025. Cada lesión tratada se consideró en forma independiente. Se registraron el diámetro de referencia por estimación visual y los diámetros de referencia proximal, distal y promedio obtenidos mediante QCA. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC: percentiles 25–75%), y las categóricas como porcentajes. Las comparaciones entre medidas apareadas se realizaron mediante la prueba de Wilcoxon. Se empleó un análisis de curvas ROC para identificar los puntos de corte por QCA asociados con subestimación y sobreestimación visual.

Resultados: La mediana de edad fue de 53,5 años (RIC: 48–60), el 92% eran hombres, el 41% de las lesiones correspondieron a síndromes coronarios agudos y la longitud del segmento tratado fue de 20,0 mm (RIC: 16–24). La mediana del diámetro de referencia por estimación visual fue de 3,0 mm (RIC: 2,5–3,5). Por QCA, las medianas fueron: segmento proximal 3,0 mm (RIC: 2,7–3,7), segmento distal 2,7 mm (RIC: 2,4–3,3) y diámetro promedio 2,9 mm (RIC: 2,6–3,5). El diámetro visual fue significativamente menor que el proximal por QCA (diferencia de Hodges-Lehmann: -0,145 mm; IC 95%: -0,225 a -0,060; p = 0,0001), mayor que el distal (0,150 mm; IC 95%: 0,080 a 0,200; p<0,0001) y similar al promedio (-0,025 mm; IC 95%: -0,075 a 0,050; p = 0,7258). Un diámetro proximal por QCA<=3,1 mm se asoció con sobreestimación visual (AUC: 0,733; p<0,0001), mientras que un diámetro proximal >3,2 mm se asoció con subestimación visual (AUC: 0,770; p<0,0001). La sobreestimación y la subestimación en vasos con diámetro proximal por QCA <= 3,1 mm (n = 39) fueron de 67,3% y 21,8%, respectivamente. Para aquellos con diámetro proximal >3,2 mm, dichos valores fueron de 30,8% y 64,1%, respectivamente.

Conclusión: La estimación visual del diámetro del stent tiende a promediar los diámetros de referencia proximal y distal, mostrando una adecuada concordancia con el diámetro promedio por QCA. Este fenómeno se asoció con subestimación de segmentos proximales grandes (>3,2 mm) y sobreestimación de segmentos distales delgados (<=3,1 mm), lo que podría tener implicancias en la optimización del implante, incluyendo riesgo de malaposición proximal o disección distal.

0578 - DEL RIESGO CARDIOMETABÓLICO A LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA: SCORE CLÍNICO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES DIABÉTICOS DE ALTO RIESGO

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Investigación Básica

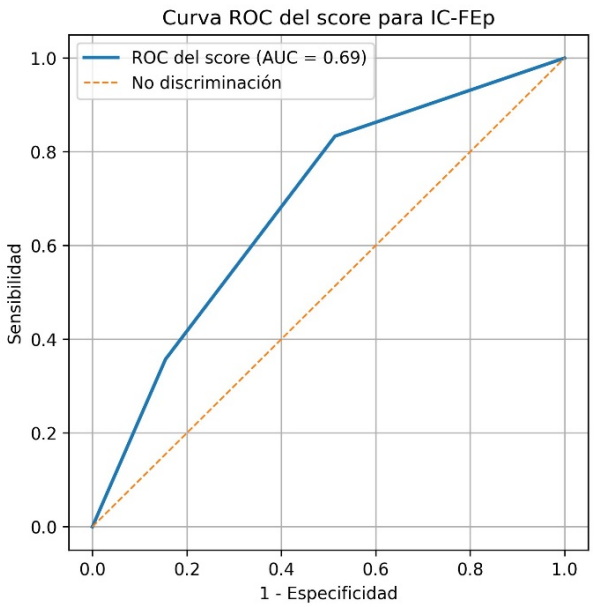
Agustín COLLINET | Noelia FERNÁNDEZ | Ariana Linett SCHER | José Maria SILVEYRA | Luciano VILLAFAÑE | Sabrina Arián GONZÁLEZ

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (IC-FEp) representa cerca de la mitad de los casos de insuficiencia cardíaca y constituye un importante desafío clínico. Su fisiopatología es multifactorial e involucra inflamación sistémica, disfunción endotelial, fibrosis y remodelado cardíaco. Se asocia frecuentemente con diabetes mellitus, obesidad, hipertensión arterial, fibrilación auricular (FA) y enfermedad renal crónica. La obesidad y la diabetes desempeñan un papel central en su desarrollo

Objetivos: Analizar la presencia de IC-FEp con diabetes tipo II y su asociación con variables clínicas, de laboratorio y ecocardiográficos. Y desarrollar un score predictivo.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal que incluyó 223 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 evaluados en consultorio de cardiometabolismo entre septiembre de 2024 y septiembre de 2025. Para el análisis de insuficiencia cardíaca se consideraron exclusivamente los casos con FEp. Todos los pacientes contaron con evaluación clínica, laboratorio y ecocardiograma. Las variables continuas se expresaron como mediana [RIC] y las categóricas como (%). Se estimaron OR con IC95% y se realizó un análisis multivariado exploratorio.



Variable	Criterio	Puntaje
Fibrilación auricular	Presente	3
IMC elevado	IMC ≥35 kg/m²	2
Edad	≥65 años	1
HbA1c elevada	HbA1c ≥7%	1
Función renal reducida	Clearance <60 ml/min	1

Puntaje total posible: 0-8 puntos.

Resultados: La población final analizada está conformada por 223 pacientes, La IC-FEp se identificó en 18.4% de la muestra. Dentro de las variable clinicas la FA fue significativamente más frecuente en pacientes con IC-FEp: 28.6% vs 9.9%; OR 3.62, IC 95% 1.58-8.29; p=0.004. El índice de masa corporal (IMC) fue mayor en el grupo IC-FEp: 34.4 [29.9-38.2] kg/m2 vs 31.6 [28.9-35.4] kg/m2 (p=0.054). El punto de corte IMC >=35 kg/m2 se asoció con mayor probabilidad de IC-FEp: 47.6% vs 28.2%; OR 2.32, IC95% 1.17-4.60; p=0.018. El valor de IMC mostró una relación dosis-respuesta: cada aumento de 5 kg/m² se asoció con 49% mayor chance de IC-FEp. En cuanto a variables de laboratorio; en general no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Se registró una tendencia a mayor HbA1c en IC-FEp: 8.1 [6.8-9.2] % vs 7.2 [6.3-9.2]% (p=0.090), y menor clearance de creatinina: 60.3 [28-91.1] vs 82.0 [39.0-92.5] ml/min (p=0.126). Se desarrolló un score de riesgo para IC-FEp (0–8 puntos) basado en FA, IMC ≥35 kg/m², edad ≥65 años, HbA1c ≥7% y clearance de creatinina <60 ml/min, permitiendo estratificar el riesgo según la carga de factores clínico-metabólicos asociados. Clasificó a los pacientes en bajo (0–1 puntos), intermedio (2–3 puntos) y alto riesgo (≥4 puntos) de IC-FEp. [Ver tabla adjunta]. La frecuencia de IC-FEp aumentó progresivamente según la categoría de riesgo del score: 7,4% en el grupo de bajo riesgo, 23,5% en el intermedio (OR 3,87; IC95% 1,54–9,69; p=0,004) y 34,9% en el alto riesgo (OR 6,73; IC95% 2,50–18,18; p<0,001). Se realizó una curva ROC con un área bajo la curva de 0.7. Cada punto adicional asoció con un aumento del 53% en la probabilidad de IC-FEp.

Conclusión: La IC-FEp presentó una prevalencia del 18,4% en pacientes con diabetes mellitus tipo II y se asoció principalmente con FA y obesidad grado III. El score clínico-metabólico permitió estratificar el riesgo, con un aumento progresivo de la frecuencia de IC-FEp. Estos hallazgos resaltan la importancia de los factores cardiometabólicos en la identificación precoz de pacientes con mayor riesgo de IC-FEp.

0583 - APLICACIÓN EN VIDA REAL DE LA CLASIFICACIÓN CLÍNICA AHA/ACC 2026 Y VALOR DEL MODIFICADOR RESPIRATORIO EN PACIENTES INTERNADOS POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Enfermedad Vascular Pulmonar / Medicina Vascular

Pedro TOUZAS | **Lucia BORTMAN** | Paloma RÚVEDA | Joaquín CAPELLA | Iván SORSABURU | Maria Eugenia KNORRE | Rodolfo PIZARRO | Ignacio BLURO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo presenta una amplia heterogeneidad clínica. La nueva clasificación clínica AHA/ACC 2026 propone una categorización del TEP. Sin embargo, su desempeño en cohortes locales no se encuentra completamente caracterizado.

Objetivos: El objetivo principal fue evaluar la asociación entre la clasificación clínica AHA/ACC 2026 y la evolución intrahospitalaria en pacientes internados por TEP en unidad coronaria. Como objetivo secundario, analizar el valor adicional del modificador respiratorio para identificar pacientes con mayor riesgo clínico.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico de TEP agudo internados en la unidad de cuidados intensivos cardiológicos entre 2020 y 2025. Los pacientes fueron clasificados según la clasificación clínica AHA/ACC 2026 y agrupados en cuatro categorías preespecificadas: A-B2, C1-C2, C3 y D1-E2. Asimismo, se evaluó la presencia del modificador respiratorio en categorías C1-C2, C3 y D1-E2. El punto final fue la ocurrencia de complicaciones intrahospitalarias, definidas como mortalidad, sangrado mayor, recurrencia tromboembólica. Como eventos secundarios se analizaron requerimiento de fibrinolisis sistémica, tratamiento invasivo, ventilación mecánica, inotrópicos, insuficiencia renal aguda, soporte mecánico y estadía hospitalaria. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes, y las variables continuas como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico, según su distribución. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante prueba de chi cuadrado o test exacto de Fisher para variables categóricas, y ANOVA o Kruskal-Wallis para variables continuas.

	A-B2 (n=20)	C1-C2 (n=94)	C3 (n=107)	D1-E2 (n=19)	p-valor
Edad, años, media ± DE	58 ± 14	70 ± 15	71 ± 14	72 ± 12	**0.003**
Sexo femenino, % (n)	75 (15)	51.1 (48)	56.1 (60)	52.6 (10)	0.267
IMC, kg/m², media ± DE	28.7 ± 6.7	29 ± 6.8	29.3 ± 6.1	29.7 ± 6.5	0.944
Hipertensión arterial, % (n)	30 (6)	71.3 (67)	60.7 (65)	57.9 (11)	**0.007**
Diabetes, % (n)	-	16 (15)	6.5 (7)	21.1 (4)	**0.02**
ClCr <30 ml/min o diálisis, % (n)	-	2.1 (2)	0.9 (1)	10.5 (2)	0.11
Enfermedad tromboembólica previa, % (n)	30 (6)	16 (15)	17.8 (19)	21,1 (4)	0.5
Anticoagulación previa, % (n)	30 (6)	18.1 (17)	17.8 (19)	15.8 (3)	0.60
Enfermedad oncológica activa, % (n)	5 (1)	38.3 (36)	18.7 (20)	31.6 (6)	**0.001**
TEP sin causa aparente, % (n)	55 (11)	36.2 (34)	56.1 (60)	47.4 (9)	**0.035**
Tabla 2. Incidencia de eventos					
Mortalidad intrahospitalaria, % (n)	-	4.3 (4)	2.8 (3)	10.5 (2)	0.332
Sangrado mayor intrahospitalario, % (n)	5 (1)	2.1 (2)	3.7 (4)	15.8 (3)	1
Recurrencia TEP/TVP intrahospitalaria, % (n)	-	2.1 (2)	2.8 (3)	-	1
Insuficiencia renal aguda, % (n)	-	9.6 (9)	14 (15)	42.1 (8)	**0.002**
Administración de fibrinolíticos, % (n)	-	1.1 (1)	1.9 (2)	26.3 (5)	**<0.001**
Tratamiento invasivo, % (n)	-	3.2 (3)	4.7 (5)	15.8 (3)	0.13
Ventilación mecánica, % (n)	-	1.1 (1)	0.9 (1)	15.8 (3)	**0.008**
Inotrópicos, % (n)	-	1.1 (1)	1.9 (2)	21.1 (4)	**0.002**
Estadía hospitalaria, mediana [RIC], días	3 [2–4]	5 [3–7]	5 [3–7]	7 [5–9]	**0.017**

Tabla 3. Incidencia de eventos	**Sin modificador respiratorio (n=125)**	**Con modificador respiratorio (n=95)**	**p-valor**
Mortalidad intrahospitalaria, % (n)	1.6 (2)	7.4 (7)	**0.042**
Sangrado mayor intrahospitalario, % (n)	2.4 (3)	6.3 (6)	0.179
Recurrencia TEP/TVP intrahospitalaria, % (n)	0.8 (1)	4.2 (4)	0.168
Insuficiencia renal aguda, % (n)	12.8 (16)	16.8 (16)	0.443
Administración de fibrinolíticos, % (n)	0.8 (1)	7.4 (7)	0.022
Tratamiento invasivo, % (n)	-	11.6 (11)	**<0.001**
Ventilación mecánica, % (n)	0.8 (1)	4.2 (4)	0.168
Inotrópicos, % (n)	1.6 (2)	5.3 (5)	0.243
Estadía hospitalaria, mediana [RIC], días	4 [3–6]	6 [4–9]	**<0.001**

Resultados: Se incluyeron 240 pacientes internados por TEP agudo. La distribución según la clasificación fue: A-B2 8,3% (n=20), C1-C2 39,2% (n=94), C3 44,6% (n=107) y D1-E2 7,9% (n=19). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en mortalidad intrahospitalaria: 0%, 4,3%, 2,8% y 10,5%, respectivamente (p=0,332), ni en recurrencia TEP/TVP intrahospitalaria o sangrado mayor. En cambio, las categorías más avanzadas se asociaron con mayor incidencia de insuficiencia renal aguda (0%, 9,6%, 14,0% y 42,1%; p=0,002), mayor administración de fibrinolíticos sistémicos (0%, 1,1%, 1,9% y 26,3%; p<0,001), mayor requerimiento de ventilación mecánica (0%, 1,1%, 0,9% y 15,8%; p=0,008) e inotrópicos (0%, 1,1%, 1,9% y 21,1%; p=0,002). Por otra parte, el análisis del modificador respiratorio estuvo presente en 43,2% de los casos (n=95/220). Los pacientes con modificador presentaron mayor mortalidad intrahospitalaria (7,4% vs. 1,6%; p=0,042), mayor administración de fibrinolíticos sistémicos (7,4% vs. 0,8%; p=0,022), mayor requerimiento de tratamiento invasivo (11,6% vs. 0%; p<0,001) y mayor estadía hospitalaria (6 [4–9] vs. 4 [3–6] días; p<0,001).

Conclusión: En esta cohorte local de pacientes internados por TEP agudo en unidad coronaria, las categorías más avanzadas según la clasificación AHA/ACC 2026 se asociaron con mayor incidencia de insuficiencia renal aguda, mayor requerimiento de fibrinólisis sistémica, ventilación mecánica, inotrópicos y estadía hospitalaria. El modificador respiratorio identificó un subgrupo con mayor mortalidad intrahospitalaria, mayor uso de fibrinólisis, mayor requerimiento de tratamiento invasivo y estadía hospitalaria.

0584 - CAVIDADES IZQUIERDAS BORDERLINE EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS COMPLEJAS: EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN LA TOMA DE DECISIÓN BIVENTRICULAR

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto

Mariel Lilian FOTI | Érica Victoria STELMASZEWSKI | Ana Cecilia SARZURI | Diana Mariela MOURATIAN

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. JUAN P. GARRAHAN

Introducción: La elección entre reparación biventricular, vía univentricular o estrategias intermedias en pacientes con cavidades izquierdas borderline continúa siendo uno de los mayores desafíos en el manejo de las cardiopatías congénitas complejas. Estos pacientes representan un grupo heterogéneo, caracterizado por distintos grados de hipoplasia de las estructuras izquierdas y una amplia variabilidad anatómica y fisiológica. Si bien el tamaño del ventrículo izquierdo ha sido

históricamente uno de los principales determinantes en la toma de decisiones, actualmente se reconoce que la factibilidad de una circulación biventricular depende de múltiples factores, incluyendo la anatomía y función de la válvula mitral, el tracto de salida y la válvula aórtica, la presencia de coartación de aorta o interrupción del arco aórtico, las lesiones intracardíacas asociadas, la función ventricular global y la respuesta a las intervenciones quirúrgicas iniciales. En este contexto, la selección de la estrategia terapéutica óptima continúa siendo motivo de debate y requiere una evaluación individualizada de cada paciente.

Objetivos: Describir las características anatómicas, estrategias quirúrgicas y evolución clínica de pacientes con cavidades izquierdas borderline evaluados en un centro pediátrico de alta complejidad.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de pacientes con diagnóstico de ventrículo izquierdo borderline o cavidades izquierdas borderline evaluados en una clínica especializada de ventrículo único entre 2013 y 2025. Se relevaron variables demográficas, anatómicas y evolutivas, incluyendo características del ventrículo izquierdo, válvula mitral, tracto de salida y válvula aórtica, presencia de comunicación interventricular, coartación de aorta o interrupción del arco aórtico, estrategia quirúrgica inicial y final, necesidad de reintervenciones, complicaciones mayores y estado vital al último seguimiento. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango, y las categóricas como frecuencia absoluta y porcentaje. Debido al reducido tamaño muestral, el análisis se limitó a una descripción exploratoria de la cohorte.

Serie de Ventrículo Izquierdo Borderline
Variables Continuas

Variable	N	Mediana	Rango
Edad al diagnóstico (ddv)	11	3.0	1 16
Z-score mitral	9	-3.0	-3,8 a -2.0
Z score aórtico	7	2.7	-6 a -1
DDVI inicial (mm)	9	14.0	10–21
Z score DDVI	5	-2.0	-6 a -0.5
Edad primera CCV (días)	11	14.0	2–2580
Nº total de cirugías	11	2.0	1–4

Características anatómicas

Característica anatómica	Resultado
CIV presente	10/11
CIV grande/múltiple	9/11
CoAo / interrupción arco	9/11
Mitral anormal	9/11
VI que da la punta	6/11

Estrategias terapéuticas y evolución

Estrategia y evolución	Resultado
Stansel-Sano inicial	3/11
Glenn	1/11
Reparación biventricular	10/11
Fallecidos	5/11

Resultados: Se incluyeron 11 pacientes con diagnóstico de ventrículo izquierdo borderline. La mediana de edad al diagnóstico fue de 3 días (rango 1–16) y la mediana de edad a la primera cirugía cardiovascular fue de 14 días (rango 2–2580). La mediana del z-score mitral fue de -3,0 (rango -3,8 a -2,0) y la del z-score aórtico de -2,7 (rango -6 a -1). La comunicación interventricular estuvo presente en 10/11 pacientes, siendo grande o múltiple en 9/11. Nueve de los once pacientes presentaban coartación de aorta o interrupción del arco aórtico y 9/11 anomalías de la válvula mitral. En 6/11 pacientes el ventrículo izquierdo formaba la punta cardíaca. La mediana de procedimientos quirúrgicos fue de 2 por paciente (rango 1–4). Tres pacientes requirieron una estrategia inicial tipo Stansel-Sano y uno evolucionó a ventrículo uno y medio. Al último seguimiento, 10/11 pacientes habían alcanzado una reparación biventricular y 5/11 se encontraban vivos, 5/11 fallecidos, 1/11 pérdida de seguimiento.

Conclusión: Las cavidades izquierdas borderline constituyen un grupo heterogéneo en el que la estrategia terapéutica debe individualizarse. En esta serie, el desenlace no pareció depender del tamaño ventricular izquierdo aislado, sino de la asociación entre anatomía mitral, obstrucción izquierda, presencia de CIV, función ventricular derecha, insuficiencia tricuspídea y morbilidad postoperatoria. Las estrategias intermedias pueden permitir alcanzar reparación biventricular en pacientes seleccionados, aunque con una carga significativa de reintervenciones y complicaciones.

0586 - FENOTIPOS SEXO-ESPECÍFICOS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: DIFERENTES PERFILES HACIA EL MISMO RIESGO

Corazón y Mujer

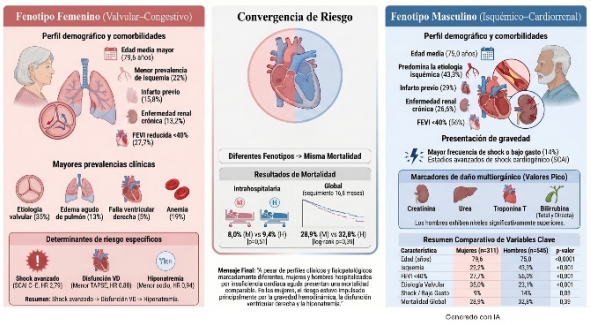
Lucrecia Maria BURGOS | Rocío Consuelo BARO VILA | Maria Antonella DE BORTOLI | Tomas NACHMAN | Damián MALANO | Mirta DIEZ

ICBA

Introducción: Las diferencias relacionadas con el sexo en la insuficiencia cardíaca aguda (ICA) han sido ampliamente reconocidas; sin embargo, su impacto sobre la presentación clínica, la evolución intrahospitalaria y el pronóstico a largo plazo continúa siendo motivo de debate

Objetivos: Caracterizar las diferencias en el perfil clínico, hemodinámico y biológico, así como en la evolución hospitalaria y alejada, entre mujeres y hombres hospitalizados por ICA.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva de pacientes consecutivos hospitalizados por ICA entre 2015-2020. Se compararon características basales, comorbilidades, perfil de presentación, marcadores de daño orgánico, utilización de terapias de soporte, tratamiento al alta y evolución según sexo. Los desenlaces evaluados incluyeron mortalidad intrahospitalaria y durante el seguimiento alejado.



Resultados: Se incluyeron 856 pacientes, de los cuales 311 (36,3%) eran mujeres. Las mujeres fueron significativamente mayores que los hombres (79,6 [69,8–85,9] vs. 75 [68,0–82,0] años;p<0,0001) y presentaron menor prevalencia de enfermedad renal crónica (13,2% vs. 26,6%;p<0,001), fracción de eyección reducida (27,7% vs. 56,0%;p<0,001) y dislipemia (56,6% vs. 65,0%; p=0,015), así como una mayor prevalencia de anemia (19,0% vs. 11,0%;p<0,001). En cuanto al perfil clínico, las mujeres exhibieron con mayor frecuencia etiología valvular (35,0% vs. 23,1%;p<0,001), edema agudo de pulmón (13,2% vs. 8,3%;p=0,021) y falla ventricular derecha (5% vs. 2%), mientras que los hombres presentaron con mayor frecuencia etiología isquémica (22,2% vs. 43,3%;p<0,001), shock o bajo gasto (14% vs. 9%;p=0,03) y estadios avanzados de shock cardiogénico según la clasificación SCAI (C–D–E) (p<0,05). Durante la hospitalización, los hombres mostraron mayor evidencia de compromiso cardiorrenal y multiorgánico, con valores pico superiores de urea, creatinina, troponina T y bilirrubina total y directa (todos p<0,001). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en la utilización de terapias de soporte (ventilación mecánica invasiva o no invasiva, balón de contrapulsación, ECMO, inotrópicos o diálisis), en la duración de la internación ni en la implementación del tratamiento médico al alta. La mortalidad intrahospitalaria fue similar entre mujeres y hombres (8% vs. 9,4%;p=0,51). Tras un seguimiento medio de 16,8 meses, la mortalidad global fue del 28,9% y 32,8%, respectivamente (log-rank p=0,39). En el análisis de Cox estratificado por sexo, los estadios avanzados de shock cardiogénico (SCAI C–E) fueron un predictor independiente de mortalidad global tanto en mujeres (HR 2,79; IC95% 1,26–6,18; p=0,011) como en hombres (HR 2,65; IC95% 1,63–4,33; p<0,001). Sin embargo, únicamente en las mujeres un menor TAPSE (HR 0,88 por mm; IC95% 0,80–0,97; p=0,013) y niveles más bajos de sodio al ingreso (HR 0,94; IC95% 0,88–0,99; p=0,045) se asociaron de forma independiente con una mayor mortalidad global.

Conclusión: Las mujeres y los hombres hospitalizados por ICA presentan fenotipos clínicos diferentes. Las mujeres exhibieron un perfil predominantemente valvular-congestivo, mientras que los hombres mostraron un perfil predominantemente isquémico-cardiorrenal, con mayor frecuencia de disfunción sistólica, daño multiorgánico y shock cardiogénico. A pesar de estas diferencias, la mortalidad fue comparable entre ambos sexos. Los estadios avanzados de shock cardiogénico constituyeron el principal determinante pronóstico en ambos sexos, mientras que en las mujeres la disfunción ventricular derecha y la hiponatremia identificaron un perfil de riesgo adicional.

0587 - EVOLUCIÓN DE LA REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR EN ARGENTINA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RELEVAMIENTOS NACIONALES 2019–2025

Cardiología Del Ejercicio / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

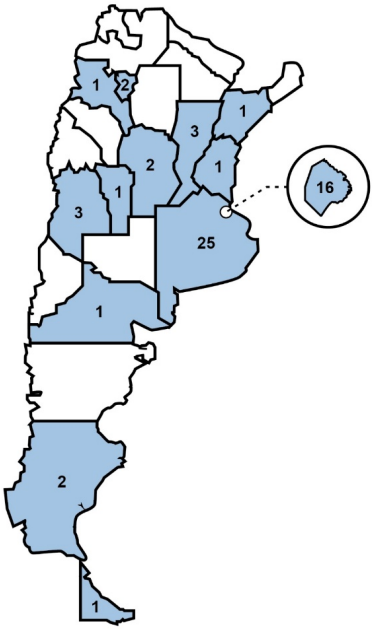
Facundo Javier BALSANO | Ignacio Gastón DÁVOLOS | Ivana Analía PAZ | Diego Esteban IGLESIAS | Martin IBARROLA

Consejos: Cardiología del Ejercicio "Dr. José Menna"

Introducción: La rehabilitación cardiovascular (RCV) es una intervención de prevención secundaria con demostrado impacto en la reducción de mortalidad, reinternaciones y eventos cardiovasculares. Sin embargo, su implementación continúa enfrentando importantes barreras de acceso a nivel global.

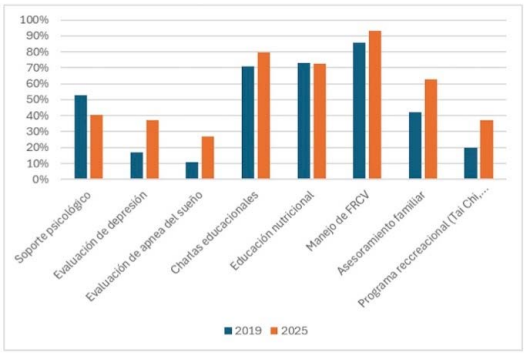
Objetivos: Comparar la situación de la RCV en Argentina entre el relevamiento nacional de 2019 y el Registro Nacional de Centros de Rehabilitación Cardiovascular (RENACER-CV) 2025.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal y comparativo. Se analizaron variables relacionadas con distribución geográfica, financiamiento, recursos disponibles, componentes integrales de los programas, modalidades



de atención y barreras de acceso. La información fue obtenida mediante encuesta estructurada dirigida a centros de RCV de todo el país.

Resultados: El número de centros identificados permaneció estable (72 en 2019 vs. 74 en 2025), con persistente concentración geográfica en el Área Metropolitana de Buenos Aires (69,2% vs. 69,4%). Se observó un incremento en la realización de programas de fase II (63,6% vs. 79,6%) y fase III (62,6% vs. 93,2%). El promedio de pacientes atendidos aumentó de 222 a 278, con mayor heterogeneidad entre centros. Los programas incorporaron con mayor frecuencia componentes integrales, incluyendo manejo de factores de riesgo (86% vs. 93,2%), evaluación de depresión (17% vs. 37,3%), pesquisa de apnea del sueño (11% vs. 27,1%) y asesoramiento familiar (42% vs. 62,7%). En contraste, disminuyó la disponibilidad de soporte psicológico formal (53% vs. 40,5%). Las barreras de acceso mostraron un incremento significativo: falta de derivación médica (50% vs. 76,3%), ausencia de cobertura financiera (9% vs. 44%), distancia al centro (9% vs. 40,7%) y limitaciones horarias (8% vs. 23,7%). Aunque el 35,6% de los centros implementó telerehabilitación durante la pandemia, solo el 13,5% la mantenía activa en 2025.



Conclusión: Entre 2019 y 2025 la RCV en Argentina mostró avances en complejidad asistencial y abordaje multidisciplinario, aunque persisten marcadas inequidades territoriales y crecientes barreras de acceso. La concentración de centros en el AMBA, la insuficiente derivación médica y las limitaciones de cobertura financiera continúan restringiendo el acceso efectivo a esta estrategia. El fortalecimiento de políticas públicas y el desarrollo de modelos híbridos de atención podrían contribuir a mejorar la equidad y la cobertura nacional.

0589 - DESFIBRILACIÓN DE ACCESO PÚBLICO EN UNA RED METROPOLITANA DE SUBTERRÁNEOS: EXPERIENCIA EN LA VIDA REAL EN BUENOS AIRES

Educación Médica y Políticas de Salud / Arritmias y Electrofisiología

Mario Daniel FITZ MAURICE

Hospital Rivadavia

Introducción: El paro cardíaco extrahospitalario (PCEH) es una de las principales causas de mortalidad cardiovascular. La desfibrilación temprana es un determinante mayor de la supervivencia en los ritmos desfibrilables. Los programas de desfibrilación de acceso público (DAP) mejoran la supervivencia en entornos públicos de alta densidad; sin embargo, la evidencia proveniente de grandes sistemas de transporte urbano en América Latina es escasa.

Objetivos: Describir las activaciones del sistema, el uso del desfibrilador externo automático (DEA) y los resultados tras la implementación de un programa de DAP en la red de subterráneos del área metropolitana de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo basado en los registros operativos de un programa de DAP implementado entre 2018 y 2024. Se incluyeron todas las activaciones de emergencia en las que el personal retiró un DEA ante la sospecha de un paro cardíaco. Se registraron el análisis del ritmo por el DEA, la administración de descarga, el tiempo desde el reconocimiento del evento hasta la primera descarga y la supervivencia cuando estuvo disponible. El programa incluyó la colocación estratégica de DEA y la capacitación en reanimación cardiopulmonar (RCP) y uso del DEA de más de 600 empleados no médicos de la red.

Resultados: Se registraron 27 activaciones del sistema durante el período. El DEA realizó análisis del ritmo en 15 pacientes. Todas las descargas se administraron dentro de los 4 minutos del reconocimiento del evento, incluyendo 6/15 casos (40%) dentro de los 2 minutos. La mediana de tiempo hasta la primera descarga fue de 2,8 minutos (rango intercuartílico 2,1-3,6). La edad media fue de 55 años y el 73% eran varones. Se documentó supervivencia confirmada en 7 pacientes

(47%) con seguimiento disponible. Todas las intervenciones iniciales fueron realizadas por respondedores no médicos capacitados. La red transporta aproximadamente 300 a 400 millones de pasajeros por año.

Conclusión: Un programa de DAP en una red metropolitana de subterráneos de alta densidad permitió que respondedores no médicos capacitados administraran desfibrilación rápida, con el 100% de las descargas dentro de los 4 minutos y supervivencia confirmada en casi la mitad de los pacientes con seguimiento. Estos hallazgos respaldan la factibilidad y la efectividad de la DAP en sistemas de transporte urbano y refuerzan el papel de las redes organizadas de desfibrilación pública en la respuesta al PCEH.

0590 - INFECCIONES VIRALES RESPIRATORIAS Y EVENTOS CARDIOVASCULARES: ROL DE LAS COMORBILIDADES

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Brenda Gisela CHUEKE | Daniela Alejandra CARDOZO | Milton Agustín LEZCANO ROJAS | Victoria PORTELA ASPRELLA | Sebastián NUÑEZ | Verónica LACAL | Joaquín PEREA | Álvaro SOSA LIPRANDI

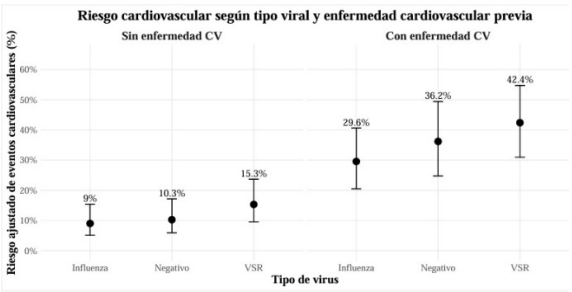
Sanatorio Güemes

Introducción: La infección por virus sincicial respiratorio (VSR) se ha asociado con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares intrahospitalarios en pacientes internados por infección respiratoria aguda. Sin embargo, la elevada carga de comorbilidades presente en esta población dificulta determinar si dicho riesgo es atribuible exclusivamente a la infección o si varía según el perfil clínico basal del paciente. En este contexto, resulta relevante evaluar si el impacto del VSR sobre el riesgo cardiovascular difiere según el perfil de comorbilidad basal.

Objetivos: Evaluar si la asociación entre el tipo de infección viral respiratoria y los eventos cardiovasculares intrahospitalarios difiere según la presencia de enfermedad cardiovascular previa y la carga global de comorbilidad.

Características	N = 5161	N = 1351	p-value
Edad	71.0 (55.0-81.0)	76.0 (67.0-83.0)	<0.001
Sexo			0.6
Femenino	269 (52%)	67 (50%)	
Masculino	247 (48%)	68 (50%)	
HTA			<0.001
No	326 (63%)	58 (43%)	
Si	190 (37%)	77 (57%)	
Diabetes			0.3
No	431 (84%)	106 (79%)	
Si	64 (12%)	19 (14%)	
Dominio CV	148 (29%)	92 (68%)	<0.001
Dominio respiratorio	131 (25%)	30 (22%)	0.4
Dominio Cardiometabólico	111 (22%)	44 (33%)	0.007
Dominio Fragilidad	65 (13%)	17 (13%)	>0.9
Dominio Inmunocomprometido	75 (15%)	9 (6.7%)	0.015

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectiva en pacientes adultos internados en un centro de alta complejidad. Los pacientes fueron clasificados según el tipo de infección viral respiratoria en tres grupos: VSR, influenza y ausencia de infección viral. El desenlace primario fue la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores. Con el objetivo de caracterizar el perfil clínico basal, se construyeron dominios de comorbilidad predefinidos: cardiovascular, respiratorio, cardiometabólico, fragilidad e inmunosupresión. Asimismo, se generó una variable de carga global de comorbilidad categorizada en 0–1 versus ≥2 dominios comprometidos. Para reducir el sesgo por confusión se aplicó ponderación por probabilidad inversa de tratamiento (IPTW) basada en propensity score. Se ajustaron modelos de regresión logística para evaluar la asociación entre el tipo viral y los eventos cardiovasculares, explorando la modificación de efecto mediante términos de interacción entre el tipo viral y la enfermedad cardiovascular previa, así como la carga global de comorbilidad. Los resultados se expresaron como odds ratios (OR) e intervalos de confianza del 95%.



Resultados: Los eventos cardiovasculares intrahospitalarios fueron más frecuentes en pacientes con VSR que en aquellos con influenza o sin infección viral. En el análisis multivariable, la infección por VSR se asoció independientemente con mayor riesgo de eventos cardiovasculares en comparación con influenza (OR 1.79; IC95% 1.07–2.99; p=0.026). La infección por VSR se asoció independientemente con mayor riesgo de eventos cardiovasculares en comparación con influenza y pacientes sin infección viral. Asimismo, se observó un gradiente de riesgo según la presencia de comorbilidades cardiovasculares, con incremento progresivo del número de eventos (figura 2). Sin embargo, no se

observó interacción significativa entre el tipo viral y la enfermedad cardiovascular previa (p interacción=0.94), ni entre el tipo viral y la carga global de comorbilidad (p interacción=0.45). Tampoco se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos en relación al resto de las comorbilidades no cardiovasculares.

Conclusión: La infección por VSR, la enfermedad cardiovascular previa y la elevada carga de comorbilidad se asociaron independientemente con mayor riesgo de eventos cardiovasculares intrahospitalarios. No se observó evidencia de que la asociación entre VSR y eventos cardiovasculares difiriera según la presencia de enfermedad cardiovascular previa o la carga global de comorbilidad. Estos hallazgos sugieren que el VSR actúa como un factor de riesgo adicional que incrementa de manera consistente el riesgo cardiovascular basal.

0594 - DETERMINANTES CLÍNICOS Y ELECTROCARDIOGRÁFICOS QUE DISTINGUEN LA PERICARDITIS AGUDA DE LA MIOCARDITIS AGUDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: EXPERIENCIA DE SIETE AÑOS EN UN SOLO CENTRO DE BUENOS AIRES

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Nicolás SIMEONE BALLERINI | Ana SPACCAVENTO | María PAPINI | Martín Andrés FASAN | Alan Rodrigo SIGAL | Leonardo Adrián SEOANE | Juan Pablo COSTABEL

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La pericarditis aguda y la miocarditis aguda suelen presentar síntomas clínicos similares, lo que a menudo dificulta el diagnóstico en pacientes hospitalizados.

Objetivos: Nuestro objetivo fue caracterizar a los pacientes ingresados con síndromes miopericárdicos e identificar parámetros clínicos, electrocardiográficos y de laboratorio que permitan diferenciar la pericarditis de la miocarditis.

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes consecutivos hospitalizados entre diciembre de 2018 y mayo de 2025 con diagnóstico al alta de pericarditis aguda o miocarditis aguda. Se analizaron datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular, hallazgos electrocardiográficos, parámetros de laboratorio, datos ecocardiográficos, manejo hospitalario y resultados a los 6 meses. Se realizaron análisis comparativos mediante pruebas de chi-cuadrado y pruebas no paramétricas, según correspondiera.

Variable	Pericarditis (n=78)	Miocarditis (n=38)	Valor p
Edad, años	57.0 (43.5–69.3)	33.5 (25.0–47.8)	<0.001
Sexo masculino	50 (64.1)	28 (73.7)	0.320
Hipertensión arterial	30 (38.5)	5 (13.2)	0.005
Dislipidemia	29 (37.2)	8 (21.1)	0.080
Diabetes	14 (17.9)	2 (5.3)	0.164
Depresión del segmento PR	53 (67.9)	14 (36.8)	0.001
Elevación del segmento ST	38 (48.7)	17 (42.1)	0.503
Derrame pericárdico	36 (46.8)	1 (18.9)	0.018
Recuento de glóbulos blancos	10,435 (7,460–13,265)	9,105 (7,665–11,545)	0.323
VSG (ESR)	35 (10–70)	25 (7–55)	0.881
Proteína C reactiva	74 (11–234)	14.5 (4–64)	0.144
Troponina	9 (5–15.7)	531 (248–1,087)	<0.001
Duración de la internación, días	3 (2–4)	4 (3–6.25)	0.012
Pericardiocentesis	3 (3.8)	3 (7.9)	0.355

Resultados: Se incluyeron un total de 116 pacientes: 78 (67,2 %) con pericarditis aguda y 38 (32,8 %) con miocarditis aguda. Los pacientes con pericarditis eran significativamente mayores (mediana de edad: 57,0 [43,5–69,3] años frente a 33,5 [25,0–47,8] años; p<0,001) y presentaban con mayor frecuencia hipertensión (38,5 % frente a 13,2 %; p=0,005). La depresión del segmento PR fue más frecuente en la pericarditis (67,9 % frente a 36,8 %; p=0,001), al igual que el derrame pericárdico (46,8 % frente a 18,9 %; p=0,018). Por el contrario, la miocarditis se caracterizó por niveles de troponina significativamente más altos (mediana de 531 [248–1087] frente a 9 [5–15,7]; p<0,001) y una estancia hospitalaria más prolongada (mediana de 4 [3–6,25] frente a 3 [2–4] días; p=0,012). No se observaron diferencias significativas en cuanto a sexo, diabetes, dislipidemia, recuento de leucocitos, velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva, elevación del segmento ST ni necesidad de pericardiocentesis. A los 6 meses de seguimiento, 6 pacientes con pericarditis (7,7 %) requirieron intensificación del tratamiento con inmunomoduladores (azatioprina, metotrexato o anakinra), mientras que 2 casos de miocarditis (5,3 %) requirieron terapia con corticosteroides en pulsos.

Conclusión: En pacientes hospitalizados con síndromes miopericárdicos, los niveles de troponina y la duración de la estancia hospitalaria caracterizan claramente la miocarditis, mientras que la edad avanzada, la hipertensión, la depresión del segmento PR y el derrame pericárdico se asocian más fuertemente con la pericarditis. Estos hallazgos podrían facilitar la diferenciación temprana y la estratificación del riesgo en la práctica clínica.

0597 - EVOLUCIÓN TEMPORAL HACIA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA AMILOIDOSIS CARDÍACA POR TRANSTIRRETINA: 12 AÑOS DE EXPERIENCIA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Ana SPACCAVENTO | Lucrecia Maria BURGOS | Ivana SEIA | Jaqueline FREYRE | Rocío Consuelo BARO VILA | Mirta DIEZ | Pablo ELISSAMBURU | Juan Pablo COSTABEL

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La amiloidosis cardíaca por transtirretina (ATTR-CA) ha sido históricamente diagnosticada en etapas avanzadas de compromiso miocárdico. El mayor conocimiento de la enfermedad, los algoritmos diagnósticos no invasivos y la disponibilidad de terapias modificadoras podrían estar desplazando su detección hacia etapas más tempranas.

Objetivos: Evaluar las tendencias temporales en las características clínicas, de biomarcadores y ecocardiográficas al momento del diagnóstico en una cohorte latinoamericana de práctica clínica habitual.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó 180 pacientes consecutivos con diagnóstico de ATTR-CM entre 2011 y 2023. Los pacientes fueron estratificados en tres períodos diagnósticos: 2011-2017, 2018-2021 y 2022-2023. Se compararon características demográficas, comorbilidades, clase funcional NYHA, biomarcadores, parámetros ecocardiográficos y utilización de tafamidis mediante pruebas de chi cuadrado y comparación de medianas para muestras independientes.

Resultados: La edad al diagnóstico se mantuvo estable entre los distintos períodos (mediana 83 vs. 82 vs. 81 años; p=0,525), al igual que la prevalencia de hipertensión arterial (p=0,980) y diabetes mellitus (p=0,958). No se observaron diferencias significativas en la distribución de la clase funcional NYHA (p=0,468), aunque la mayoría de los pacientes fueron diagnosticados en clase funcional I-II en todos los períodos.

Conclusión: En esta cohorte, los pacientes con ATTR-CM diagnosticados en años recientes presentaron mejor función sistólica biventricular, mejores parámetros de función diastólica y menores niveles de troponina al momento del diagnóstico, pese a una edad y carga de comorbilidades similares. Estos hallazgos respaldan la existencia de un desplazamiento temporal hacia el reconocimiento de la enfermedad en estadios más tempranos, probablemente impulsado por una mayor concientización sobre la entidad y por avances en las estrategias diagnósticas y terapéuticas.

0598 - ANSIEDAD Y RIESGO RESIDUAL IDENTIFICAN UN FENOTIPO DE MAYOR RIESGO DE EVENTOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA: SUBANÁLISIS DEL REGISTRO INTERASPIRE, COHORTE ARGENTINA-COLOMBIA

Cardiopatía Isquémica / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Joaquín PEREA[1] | Miguel URINA TRIANA[2] | Adalberto QUINTERO BAIZ[3] | Melisa ELFMAN[1] | Ricardo VILLARREAL[1] | David WOOD[4] | María Inés SOSA LIPRANDI[1] | Álvaro SOSA LIPRANDI[1]

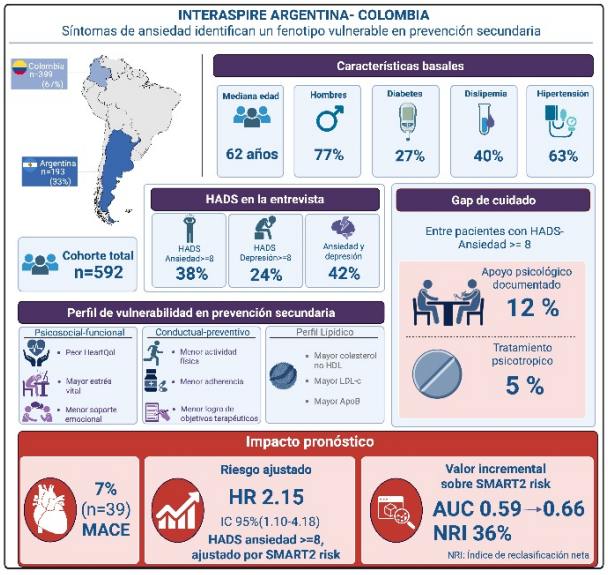
Sanatorio Güemes[1]; FACULTY OF HEALTH SCIENCES, SIMON BOLIVAR UNIVERSITY[2]; FACULTY OF HEALTH SCIENCES, SIMON BOLIVAR UNIVERSITY[3]; UNIVERSITY OF GALWAY[4]

Introducción: Los síntomas de ansiedad y depresión son frecuentes en pacientes con enfermedad cardiovascular. Más allá de su dimensión psicosocial, podrían actuar como un marcador emergente de vulnerabilidad cardiovascular, integrando peor recuperación funcional, menor adherencia y mayor riesgo de eventos. Evaluar este vínculo en cohortes contemporáneas puede aportar una nueva perspectiva para identificar pacientes de mayor riesgo.

Objetivos: Evaluar si los síntomas de ansiedad medidos a través de escala HADS identifican un perfil de mayor riesgo en pacientes con enfermedad coronaria, y analizar su asociación con eventos cardiovasculares durante el seguimiento.

Materiales y Métodos: INTERASPIRE es un registro internacional, observacional, prospectivo y multicéntrico orientado a evaluar la implementación de estrategias de prevención secundaria en pacientes con enfermedad coronaria establecida. La población del registro incluyó adultos de 18 a 80 años hospitalizados por síndrome coronario agudo, con o sin elevación del segmento ST, o por revascularización coronaria electiva, percutánea o quirúrgica. El presente trabajo corresponde a un subanálisis de la cohorte Argentina-Colombia, con pacientes incluidos consecutivamente entre 2020 y 2023. La entrevista estructurada constituyó el punto basal del estudio; allí se recolectaron variables clínicas, psicosociales (escala

HADS), conductuales y asistenciales. La exposición principal fue HADS-Ansiedad >=8. El desenlace fue MACE, definido como muerte, infarto, accidente cerebrovascular o nueva revascularización, ocurrido durante los primeros 12 meses de seguimiento posteriores a la entrevista. La asociación con MACE se evaluó mediante regresión de Cox. Para evaluar si los síntomas de ansiedad aportan información pronóstica adicional al riesgo clínico basal, se realizó un análisis exploratorio comparando el modelo SMART2 solo frente al modelo SMART2 con el agregado de HADS-Ansiedad =8. La discriminación se evaluó mediante curvas ROC y la reclasificación mediante NRI.



Resultados: Se incluyeron 592 pacientes. HADS-Ansiedad >=8 estuvo presente en 223 (38%) y HADS-Depresión >=8 en 139 (24%). Los pacientes con HADS-Ansiedad >=8 presentaron peor calidad de vida, menor soporte emocional, mayor estrés, peor adherencia al tratamiento cardiovascular, menor actividad física recomendada y peor control lipídico. Solo 12,1% de los pacientes con HADS-Ansiedad >=8 tenía soporte psicosocial documentado. Durante el seguimiento se registraron 39 eventos (7%). HADS-Ansiedad >=8 se asoció con mayor riesgo de MACE en el modelo ajustado por SMART2 (HR 2.15; IC95% 1,10–4,18; p=0,024). El agregado de HADS-Ansiedad >=8 al SMART2 aumentó el AUC de 0,59 a 0,68 (p=0,05) y mostró NRI continuo total de 0,36 (IC95% 0,05–0,70; p=0,026).

Conclusión: En pacientes coronarios, los síntomas de ansiedad no representaron un hallazgo psicosocial aislado, sino un marcador de vulnerabilidad clínica, conductual y cardiometabólica en prevención secundaria. Su asociación con MACE y su valor incremental exploratorio sobre SMART2 refuerzan la necesidad de incorporar la evaluación psicosocial como parte de la estratificación cardiovascular contemporánea. La identificación temprana de este fenotipo podría orientar estrategias integradas de seguimiento y reducción de brechas de cuidado, cuyo impacto sobre eventos cardiovasculares deberá ser evaluado.

0600 - BAJO GRADIENTE, CALCIO VALVULAR SEVERO Y FEVI <55% COMO PERFIL DE ALTO RIESGO DE MARCAPASOS POST-TAVI

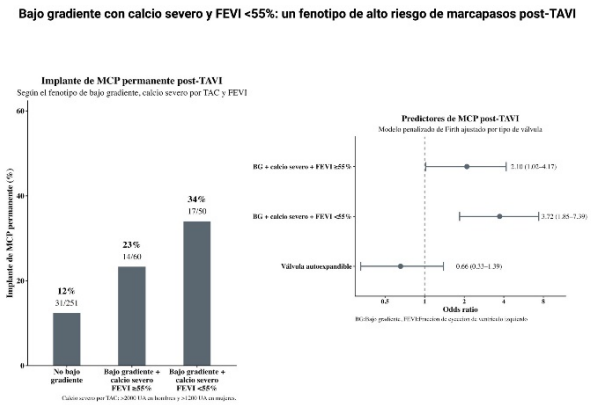
Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Giuliana GNOATTO GRIGOLATTO | Andrés MAZUQUIN | Francisco GOLDARACENA | Guillermo JUBANY | Ramón GOMEZ MARQUEZ | Joaquín PEREA | Sebastián Pablo PERALTA | Marcelo O. BETTINOTTI

Sanatorio Güemes

Introducción: La EAO de bajo gradiente no es una entidad homogénea: puede reflejar bajo flujo, disfunción ventricular o severidad anatómica no captada por el gradiente. El riesgo de trastornos de conducción y de marcapasos definitivo tras el implante valvular aórtico transcatéter (TAVI) podría variar dentro de este fenotipo. Integrar la severidad anatómica por tomografía computarizada (TC) y la función ventricular permitiría refinar la estratificación del riesgo eléctrico preprocedimiento.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el fenotipo de bajo gradiente y el implante de marcapasos definitivo post-TAVI, y determinar si la incorporación del score de calcio valvular por TC y de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) permite identificar un subgrupo de mayor vulnerabilidad eléctrica.



Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, sobre una cohorte consecutiva de pacientes con estenosis aórtica severa tratados con TAVI. El bajo gradiente se definió por área valvular aórtica =1 cm² más gradiente medio <40 mmHg. El calcio severo por TC se definió con cortes sexo-específicos (>2000 unidades Agatston en hombres; >1200 en

mujeres) y la FEVI se categorizó en =55% y <55%. Se construyó un perfil combinado de cuatro categorías: sin bajo gradiente (referencia); bajo gradiente sin calcio severo; bajo gradiente con calcio severo y FEVI =55%; y bajo gradiente con calcio severo y FEVI <55%. El desenlace principal fue el marcapasos definitivo post-TAVI. La asociación se evaluó por regresión logística penalizada de Firth, ajustada por tipo de válvula, expresada como odds ratio (OR) e intervalo de confianza del 95% (IC).

Characteristic	Overall N = 380	No bajo gradiente N = 251	Bajo gradiente N = 129	p-value
Edad	81.0 (76.0-84.0)	81.0 (76.0-84.0)	81.0 (76.0-84.0)	>0.9
Mujer	206 (54.2%)	140 (55.8%)	66 (51.2%)	0.4
Insuficiencia cardíaca previa SI	224 (58.9%)	128 (51.0%)	96 (74.4%)	<0.001
FEVI	60.0 (52.0-65.0)	60.0 (55.0-65.0)	55.0 (42.0-61.0)	<0.001
Gradiente medio	43.0 (35.0-50.0)	47.0 (43.0-55.0)	31.0 (25.0-35.0)	<0.001
Tipo de válvula Autoexpandible	321 (84.5%)	216 (86.1%)	105 (81.4%)	0.2
Calcio severo por TAC	340 (89.5%)	230 (91.6%)	110 (85.3%)	0.056
Marcapasos post-TAVI SI	62 (14.3%)	31 (12.4%)	31 (24.0%)	0.004

Resultados: Se incluyeron 380 pacientes (mediana de edad 81 años; 54,2% mujeres); 129 (33,9%) presentaban bajo gradiente. Respecto del grupo sin bajo gradiente, el grupo de bajo gradiente tenía menor FEVI (mediana 55% vs 60%; p<0,001) y mayor antecedente de insuficiencia cardíaca (74,4% vs 51,0%; p<0,001), sin diferencias en el score de calcio. La incidencia global de marcapasos definitivo fue 10,3%, mayor en bajo gradiente que en no bajo gradiente (24,0% vs 12,4%; p=0,004), sin diferencias en nuevo bloqueo completo de rama izquierda (30,2% vs 28,3%; p=0,7) ni en mortalidad intrahospitalaria (7,8% vs 6,8%; p=0,7). El bajo gradiente se asoció a marcapasos en el análisis crudo (OR 2,24; IC 1,29–3,91) y ajustado por tipo de válvula (OR 2,22; IC 1,27–3,87). En el perfil combinado (referencia: sin bajo gradiente), el riesgo no fue homogéneo: bajo gradiente sin calcio severo OR 0,17 (IC 0–1,30); bajo gradiente con calcio severo y FEVI ≥55% OR 2,10 (IC 1,02–4,17); y bajo gradiente con calcio severo y FEVI <55% OR 3,72 (IC 1,85–7,39).

Conclusión: El bajo gradiente duplicó el riesgo de marcapasos definitivo post-TAVI, pero este riesgo no fue uniforme: se concentró en los pacientes con calcio valvular severo por TC y FEVI <55%, mientras que el bajo gradiente sin calcio severo no mostró exceso de riesgo. La integración de las dimensiones hemodinámica, anatómica y funcional permite identificar antes del procedimiento un perfil de alta vulnerabilidad eléctrica en nuestra cohorte.

0601 - VALOR PRONÓSTICO DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO MEDIDA POR RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS POR TRANSTIRETINA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Tomografía/resonancia Magnética Cardiovascular

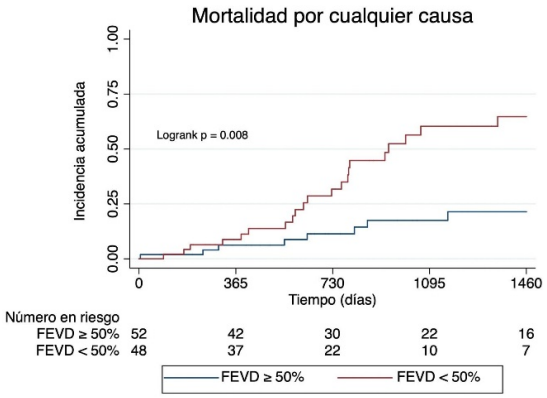
Florencia CANTORA | Santiago DECOTTO | Sebastián TONSO | Santiago Luis DEL CASTILLO | Rocío BLANCO | María Adela AGUIRRE | Rodolfo PIZARRO | Diego PÉREZ DE ARENAZA

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La resonancia magnética cardíaca (RMC) es una herramienta utilizada tanto en la sospecha diagnóstica como en el seguimiento de pacientes con cardiopatía amiloidótica por transtiretina (CA-TTR), gracias a su capacidad para aportar información funcional, estructural y de caracterización tisular. Además, constituye el método de referencia para la evaluación del ventrículo derecho (VD). Sin embargo, la evidencia sobre el valor pronóstico de la disfunción sistólica del VD en esta población es limitada.

Objetivos: Evaluar el valor pronóstico de la fracción de eyección del ventrículo derecho (FEVD) medida mediante RMC en pacientes con CA-TTR.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte unicéntrico, observacional y retrospectivo, que incluyó pacientes de un registro institucional de CA-TTR con RMC realizada dentro de los 6 meses posteriores al diagnóstico, entre 2011 y 2025. Se excluyeron pacientes con otros tipos de amiloidosis. Se recopilaron variables clínicas, de laboratorio, ecocardiográficas y de RMC. El punto final primario fue la mortalidad por cualquier causa. Se construyeron curvas de Kaplan-Meier estratificadas según presencia o no de disfunción ventricular derecha en RMC (definida como FEVD < 50%). Se realizaron modelos de Cox univariados y multivariados para identificar predictores del punto final primario. El TAPSE no fue incluido en los modelos multivariados para evitar colinealidad.



Resultados: Se incluyeron 100 pacientes con una mediana de edad de 79 [RIC 73–84] años; 84% hombres. La mediana de fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue de 50% [RIC 42–62], y de FEVD de 48% [RIC 38–57]. Los pacientes con FEVD < 50% presentaron mayor mortalidad por cualquier causa en comparación con los pacientes con mayor FEVD (LogRank p = 0.008, FIGURA). En el análisis univariado, las variables que tuvieron relación con mortalidad fueron edad al diagnóstico, fibrilación auricular, NT-proBNP, TAPSE y FEVD. En el modelo multivariado que incluyó edad, fibrilación auricular y NT-proBNP, la FEVD se asoció de forma independiente con el punto final primario (HR 0.95, IC 95% 0.92 - 0.98; p=0.002, TABLA).

Conclusión: En pacientes con CA-TTR, la FEVD evaluada por RMC fue un predictor independiente de mortalidad por cualquier causa. Estos hallazgos sugieren que la evaluación del VD podría aportar valor incremental en la estratificación de riesgo de esta población.

0602 - VASCULOPATÍA DEL INJERTO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ECOCARDIOGRÁFICAS, INMUNOLÓGICAS Y ANGIOGRÁFICAS EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Nahuel MELON RAMIREZ | **Francisco CASTELLANO** | Guadalupe RAMOS | Giuliana CORNA | Ezequiel Maximiliano LILLO | Cesar BELZITI | Carla Romina AGATIELLO | Rodolfo PIZARRO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El trasplante cardíaco continúa siendo el tratamiento de elección para pacientes con insuficiencia cardíaca terminal. A pesar de ello, la vasculopatía del injerto cardíaco (CAV) constituye la principal causa de pérdida tardía del injerto. En este escenario, la caracterización detallada de las características basales de los pacientes que desarrollan CAV es clave para comprender el fenotipo local de la enfermedad y optimizar las estrategias de vigilancia diagnóstica.

Objetivos: El objetivo es describir las características clínicas, ecocardiográficas, inmunológicas y angiográficas de los pacientes que desarrollaron CAV en un centro de alta complejidad.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico, observacional y de cohorte retrospectiva, que incluyó pacientes sometidos a trasplante cardíaco ortotópico entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2023 con al menos una coronariografía posterior al mismo. El seguimiento se realizó hasta enero de 2026. Se analizaron variables clínicas, ecocardiográficas, inmunológicas y angiográficas. Se utilizó la definición y estratificación de CAV establecida por la nomenclatura de "International society of heart and lung transplantation" (ISHLT).

Resultados: Se analizaron 109 pacientes trasplantados cardíacos. La mediana de edad de los donantes en el momento del procedimiento fue de 27.5 años (RIC 21.5 – 40.0), con una distribución por sexo predominantemente masculina (65% vs. 35% de sexo femenino). En cuanto al perfil inmunológico y serológico basal de los receptores previo al procedimiento, se objetivó una tasa de positividad para IgG de CMV del 88.8%, mientras que el 34.9% presentó serología reactiva para Toxoplasmosis y un 8.3% para la enfermedad de Chagas. Durante el seguimiento, la incidencia de rechazo del injerto fue del 18.3% (n = 20), con una mediana de tiempo hasta el primer episodio de rechazo de 200 días (RIC 103–601). Respecto a la caracterización anatomopatológica el patrón celular puro (Grado 2R) fue el más prevalente, representando en el 70% de los casos (n = 14). La incidencia acumulada de CAV fue del 30.3% (n=33) (Figura 1), con una mediana de seguimiento de 5.91 años (RIC 2.62 – 9.94). La mediana de tiempo al diagnóstico fue de 6.56 años (RIC 5.07-9.34). La mayoría presentó CAV grado 1 según ISHLT (69.7%),

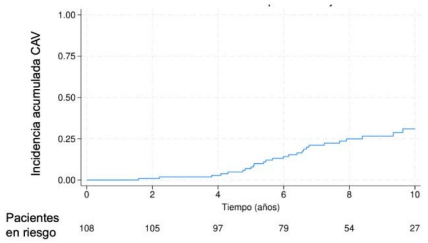


Figura 1: Incidencia acumulada de CAV.

Tabla 1. Características de la vasculopatía del injerto cardíaco	
Pacientes incluidos	**n=109**
Incidencia CAV, n (%)	33 (30.3)
Tiempo al diagnóstico de CAV, mediana (RIC), años	6.56 (5.07-9.34)
Grado de CAV: n (%) - CAV 1. - CAV 2. - CAV 3.	 23 (69.7) 4 (12.1) 6 (18.2)
Características clínicas	
Asintomático al diagnóstico, n (%)	22 (66.6)
Síntomas al diagnóstico: n (%) - Disnea - Angor - Palpitaciones	11 (33.3) 6 (55) 3 (27) 2 (18)
Rechazo celular durante el seguimiento, n (%): - Celular 2R - Celular 2R, humoral 1R - Celular 2R, humoral 1R - Humoral 1R - Humoral 2R	20 (18.3) 14 (70) 3 (15) 1 (5) 1 (5) 1 (5)
Características ecocardiográficas al diagnóstico	
Disfunción ventricular izquierda, n (%)	10 (31)
Hipoquinesia segmentaria, n (%)	9 (28)
Disfunción ventricular derecha, n (%)	8 (25)
TAPSE, mediana (RIC), mm	16 (22-40)
PSP, mediana (RIC), mmHg	29 (22-40)
Características angiográficas	
Compromiso de tronco coronario izquierdo, n (%)	0 (0)
Compromiso descendente anterior, n (%)	27 (81.8)
Compromiso de bisectriz/diagonal, n (%)	13 (39.4)
Compromiso circunfleja, n (%)	21 (63.6)
Compromiso coronaria derecha, n (%)	17 (51.5)
Enfermedad multivaso, n (%)	28 (84.8)

Tabla 1: Tabla de características poblacionales.

mientras que el 12.1% y 18.2% presentaron CAV grados 2 y 3 respectivamente. Al momento del diagnóstico, solamente el 38% de los pacientes presentaron síntomas, siendo la disnea la manifestación más frecuente (55%). En el ecocardiograma el 31% presentó disfunción ventricular izquierda, el 25% derecha y el 28% presentó algún grado de regionalidad. Desde el punto de vista angiográfico, la arteria coronaria más frecuentemente afectada fue la arteria descendente anterior (81.8%), seguida por la circunfleja (63.6%) y la coronaria derecha (51.5%). Ningún paciente presentó compromiso del tronco coronario izquierdo (Tabla 1). El 84% presentó enfermedad de múltiples vasos, definida como el compromiso de al menos 2 territorios coronarios epicárdicos, con una incidencia del 84.8% de los pacientes con CAV (n=28).

Conclusión: La CAV es una complicación frecuente en el seguimiento alejado del trasplante cardíaco. En esta cohorte, se observó una incidencia acumulada cercana al 30%, con predominio de enfermedad angiográfica leve, aunque con una prevalencia elevada de compromiso multivaso y afección predominante de la arteria descendente anterior. Dado que la mayoría de los pacientes se encontraban asintomáticos al momento del diagnóstico, estos hallazgos resaltan la importancia de implementar un tamizaje angiográfico sistemático en esta población.

0604 - IMPACTO DE LA COPA MUNDIAL DE FÚTBOL DE LA FIFA DE 2022 SOBRE LA PREVALENCIA DE SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS: ANÁLISIS COMPARATIVOS CON AÑOS POSTERIORES

Cardiopatía Isquémica / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Francisco GOGGI | Alan Rodrigo SIGAL | Ramiro ESPINOSA | Ignacio Manuel PIAGGIO | Antonella CARUGNO | Martin Andrés FASAN | Juan Pablo COSTABEL | Leonardo Adrián SEOANE

ICBA

Introducción: El estrés emocional constituye un factor de riesgo cardiovascular capaz de actuar como desencadenante de síndromes coronarios agudos (SCA). Diversos estudios han demostrado una asociación entre eventos emocionalmente intensos y un aumento en la incidencia de eventos cardiovasculares agudos. En Argentina, el fútbol representa un fenómeno social y cultural de gran impacto emocional, especialmente durante la Copa Mundial de la FIFA del año 2022, donde fue campeón. Dicha situación podría haber contribuido con el incremento de SCA, de acuerdo con la evidencia disponible.

Objetivos: Nuestro objetivo es evaluar la prevalencia de SCA durante los meses correspondientes al Mundial de Fútbol FIFA 2022, en comparación con períodos equivalentes de años posteriores.

Tabla 1. Características basales, distribución de síndromes coronarios agudos y tiempos de isquemia: Mundial 2022 vs. período equivalente 2023–2025

Variable	Mundial 2022 (n=130)	Período 2023–2025 (n=390)	p
CARACTERÍSTICAS GENERALES			
Edad, media ± DE (años)	65,99 ± 12,55	66,19 ± 12,48	0,875
Sexo masculino, n (%)	98 (75,4%)	286 (73,3%)	0,730
TIPO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO			
Angina inestable, n (%)	75 (57,7%)	253 (64,9%)	0,303
IAM sin elevación ST, n (%)	40 (30,8%)	104 (26,7%)	0,303
IAM con elevación ST, n (%)	15 (11,5%)	33 (8,5%)	0,303
TIEMPOS DE ISQUEMIA (IAM con elevación ST)			
Tiempo puerta-balón, mediana (RI), min	19,5 (16–44,5)	41 (31–52)	0,065
Tiempo total de isquemia, mediana (RI), min	251 (109,5–884,5)	197 (100–430)	0,213

DE: desvío estándar. RI: rango intercuartilo. IAM: infarto agudo de miocardio. KK: Killip-Kimball.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo y observacional de un centro monovalente de cardiología de alta complejidad. Se realizó la búsqueda en la base de datos informatizada de SCA, en los meses de noviembre y diciembre de 2022 (año del mundial) y se comparó con esos mismos períodos de los años subsiguientes (2023, 2024 y 2025). Se analizó la prevalencia de SCA, así como las características clínicas y demográficas de la población afectada. Para comparar variables categóricas se utilizó test de Chi cuadrado, y para variables numéricas prueba de Mann Whitney U. Se consideró una p menor a 0.05 como estadísticamente significativa.

Resultados: Se analizaron 520 pacientes que se internaron por SCA (angina inestable, infarto con y sin elevación del ST) durante los meses de noviembre y diciembre de 2022 y de años subsiguientes (2023-25). La mediana de edad global fue de 64 (55-75) años, siendo la mayoría de sexo masculino (72%). El 61.1% de los casos fueron angina inestable, el 9.2% infartos con elevación del ST (IAMCEST) y 27.7% infartos sin elevación del ST (IAMSEST) En el año del mundial (2022) hubo 130 casos de SCA, mientras que en los otros períodos subsiguientes se observaron 390 casos (con una media de 130). No se observaron diferencias significativas entre las distintas formas de presentación en ambos períodos. Los tiempos puerta balón y de isquemia no tuvieron diferencias significativas. Las características basales y los resultados principales se presentan en la Tabla 1

Conclusión: En nuestro estudio, en el año del Mundial de Fútbol FIFA 2022, no se observaron diferencias significativas en la prevalencia de síndromes coronarios agudos, ni en las características clínicas de los pacientes, en comparación con los años subsiguientes. Estos resultados contrastan con la evidencia científica previamente reportada.

0605 - LACTATO AL INGRESO POSTOPERATORIO COMO PREDICTOR DE EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN CIRUGÍA CARDÍACA

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Daniel Mariano ZANUTTO | Maité LOFIEGO | María Trinidad BASALDÚA | Nicolás CARUSO | Ramón Antonio PIAZZA | Hernán OCARIZ | Rafael Ángel IAMEVO | Gonzalo GUTIÉRREZ LARREGUI

Sanatorio de la Trinidad Mitre

Introducción: La hiperlactacidemia postoperatoria se ha asociado con mal pronóstico y complicaciones luego de la cirugía cardíaca, sin embargo, el momento óptimo para su evaluación continua siendo incierto. El objetivo de este estudio fue evaluar si el lactato medido al ingreso a la unidad coronaria postoperatoria identifica a los pacientes de mayor riesgo y peor evolución intrahospitalaria.

Objetivos: El lactato (AL) elevado al ingreso postoperatorio (venoso central o arterial) se asocia con mayor incidencia de eventos cardiovasculares mayores intrahospitalarios (MACE), con mejor capacidad discriminativa que las mediciones tardías o el clearance de AL.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó pacientes adultos sometidos a cirugía cardíaca entre noviembre de 2023 y abril de 2026. Se incluyeron pacientes con determinación de AL al ingreso postoperatorio (arterial o venoso central). Se analizaron los valores de AL al ingreso, a las 12h, 24h y 48h, así como el valor pico y el clearance de AL a 24h. El outcome primario fue MACE intrahospitalario, compuesto por muerte intrahospitalaria, infarto agudo de miocardio periprocedimiento, arritmia ventricular grave, requerimiento de balón de contrapulsación intraaórtico de rescate o insuficiencia renal aguda con necesidad de diálisis. Se realizaron curvas ROC con cálculo de AUC e intervalos de confianza del 95%, y regresión logística univariada y multivariada.

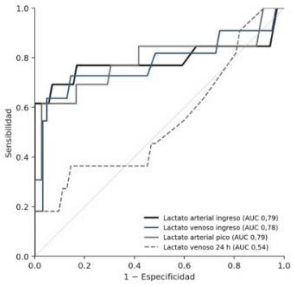


Figura 1. Curvas ROC del lactato (AL) para MACE intrahospitalario según el momento de medición. Las determinaciones al ingreso (arterial y venosa) y el pico muestran buena discriminación (AUC ~0,78-0,79), mientras que la medición a 24 h se aproxima al azar (AUC 0,54).

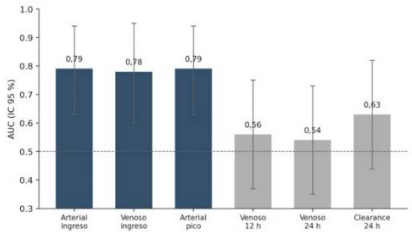


Figura 2. AUC (IC 95 %) para MACE según el momento de medición del lactato. Solo las determinaciones al ingreso y el pico alcanzan significancia estadística.

Resultados: Se incluyeron 86 pacientes; 14 (16%) presentaron MACE intrahospitalario. Estos pacientes tuvieron mayor tiempo de circulación extracorpórea (141 vs. 65 min), peor función renal basal y mayores niveles de AL arterial pico (6.5 vs. 2.5 mmol/L). El AL al ingreso mostró buena capacidad discriminativa para MACE tanto en su determinación venosa central (AUC 0.78; IC 95% 0.60-0.95; punto de corte óptimo 5.6 mmol/L; p=0.002) como arterial (AUC 0.79; IC 95% 0.63-0.94; punto de corte 3.9 mmol/L; p<0.001). El AL arterial pico también presentó adecuada discriminación (AUC 0.79; IC 95% 0.63-0.94; p<0.001). En contraste, las mediciones a las 12h y 24h mostraron pobre capacidad predictiva (AUC 0.56 y 0.54, respectivamente), y el clearance de AL a 24h no se asoció significativamente con MACE (AUC 0.63; p=0.17). En el análisis multivariado ajustado por edad, el AL arterial pico se mantuvo como predictor independiente de MACE (OR ajustado 1.75 por mmol/L; IC 95% 1.26-2.44; p<0.001), mientras que la edad perdió significancia estadística.

Conclusión: En pacientes sometidos a cirugía cardíaca, el lactato medido inmediatamente al ingreso postoperatorio se asoció con una buena capacidad discriminativa de MACE intrahospitalario, superando a las mediciones tardías y al clearance de lactato. La hiperlactacidemia precoz podría constituir un marcador más relevante en términos pronósticos en el perioperatorio que la evolución temporal posterior del lactato.

0606 - DIAMETRO DIASTOLICO VENTRICULAR IZQUIERDO INDEXADO POR AREA CORPORAL EN ECOCARDIOGRAFIA. ¿UN MISMO FILTRO PARA TODOS?

Multimagen / Investigación Básica

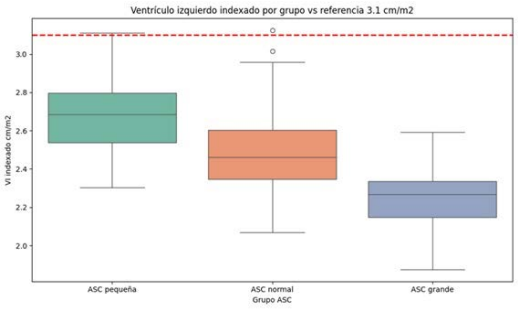
Cristian Maximiliano TOLDO | Sebastián PUGA

MEDICINA AMBULATORIA SALTA

Introducción: La indexación de las dimensiones cardíacas al área de superficie corporal constituye una estrategia ampliamente utilizada para disminuir la variabilidad antropométrica individual y optimizar la interpretación ecocardiográfica. Sin embargo, los valores de referencia internacionales pueden no reflejar adecuadamente las características poblacionales locales. La evaluación de sujetos sanos enrolados prospectivamente permite establecer parámetros observacionales comparables y valorar la aplicabilidad clínica de los puntos de corte internacionalmente aceptados.

Objetivos: Evaluar el valor del diámetro diastólico del ventrículo izquierdo indexado por área de superficie corporal mediante ecocardiografía, en una población de hombres sanos enrolados prospectivamente y compararlo con el valor de referencia internacionalmente utilizado.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, realizado en hombres sanos consecutivamente enrolados. Se analizaron sujetos con distintas categorías de área de superficie corporal (pequeña, normal y grande), integrándose una base poblacional única. La variable principal fue el diámetro diastólico ventricular izquierdo indexado por área de superficie corporal obtenido mediante ecocardiografía. Se realizó estadística descriptiva mediante media, desvío estándar (DE) e intervalo correspondiente a media ± 2 DS. Para la comparación con el valor de referencia internacional (3,1 cm/m²) se utilizó prueba t de Student para una muestra, considerándose significativa una p < 0,05.



Comparación entre el límite superior fisiológico (media + 2 DE) y el valor internacional de referencia

Variable	ASC pequeña	ASC normal	ASC grande
n	53	253	53
Media VIi (cm/m²)	2,70	2,48	2,24
DE	0,20	0,19	0,15
Media + 2 DE	3,10	2,86	2,55
Valor referencia internacional	3,10	3,10	3,10
Diferencia absoluta	0,00	- 0,24	- 0,55
Significancia estadística	NS	$p < 0,001$	$p < 0,001$

Resultados: Se incluyeron 359 hombres sanos enrolados prospectivamente, clasificados según área de superficie corporal pequeña (< =1,81 m2), normal (1,82-2,16m2) y grande (> = 2,17 m2). En sujetos con área pequeña, el valor medio fue 2,70 ± 0,20 cm/m², con un límite superior (+ 2 DS) de 3,10 cm/m², sin diferencias significativas respecto al valor internacional (p = NS). El grupo con Area normal, la media fue 2,48 ± 0,19 cm/m², alcanzando un límite superior de 2,86 cm/m², significativamente inferior al valor de referencia (p < 0,001).Los sujetos con Area grande presentaron un valor medio 2,24 ± 0,15 cm/m², con un límite superior de 2,55 cm/m², también significativamente inferior al valor de referencia (p < 0,001).

Conclusión: El valor internacional de 3,1 cm/m² sobreestima la normalidad del ventrículo izquierdo indexado en hombres con Area corporal normal y especialmente grande, pero no en sujetos con Area pequeña.

0608 - LA CARDIOONCOLOGIA EN UN HOSPITAL PUBLICO: RESULTADOS A 1 AÑO DE SEGUIMIENTO, Y PERSPECTIVAS PARA LA DISCIPLINA

Cardioncología / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Mauro ROSSI PRAT | Santiago TORROBA | Ignacio Daniel MARTINEZ RUSLENDER | Maria José MARTINEZ | Mauricio Antonio POTITO | **Felipe GIRAUDO** | Tomas CATENA | Maximiliano DE ABREU

Introducción: La cardiooncología es una especialidad encargada de la prevención, detección y tratamiento de la toxicidad asociada al tratamiento del cáncer (T-ATC). Esta última, ha sido interpretada como sinónimo de la disfunción ventricular asociada al tratamiento del cáncer (DVATC) cuando en realidad, abarca otras múltiples formas de presentación como arritmias, eventos isquémicos, desarrollo o empeoramiento de factores de riesgo cardiovasculares, entre otros. En este marco, la Cardiooncología afronta el desafío en la atención de un mayor número de pacientes, con formación específica y áreas hospitalarias especializadas.

Objetivos: Describir las características basales de una población de pacientes ambulatorios de una unidad de Cardiooncología en un hospital público universitario y determinar la incidencia de toxicidad asociada al tratamiento del cáncer (T-ATC) en el subgrupo de pacientes con un seguimiento potencial de 1 año.

Variable	Total (n=226)	Paciente oncológico (n=101)	Paciente onco-hematológico (n=125)	p
Edad, años (RIC)	58 (44,67)	61 (54,69)	51 (32,65)	<0,001
Primera consulta, n (%)	143 (63%)	77 (76%)	66 (53%)	<0,001
HTA, n (%)	95 (42%)	57 (56%)	38 (30%)	<0,001
DBT, n (%)	42 (19%)	24 (24%)	18 (14%)	0,072
Dislipemia, n (%)	39 (17%)	20 (20%)	19 (15%)	0,4
Tabaquismo, n(%)	64 (28%)	40 (40%)	24 (19%)	<0,001
Quimioterapia previa, n(%)	145 (64%)	48 (48%)	97 (78%)	<0,001
Radioterapia previa, n (%)	25 (11%)	19 (19%)	6 (4.8%)	<0,001
Derivación para evaluar previo a iniciar tratamiento, n (%)	60 (27%)	41 (41%)	19 (15%)	
Derivación con tratamiento ya iniciado, n (%)	116 (51%)	35 (35%)	81 (65%)	
Derivación por sospecha de cardiotoxicidad, n (%)	50 (22%)	25 (25%)	25 (20%)	

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio de cohorte prospectivo, unicéntrico y continuo de pacientes admitidos en el área de Cardiooncología de un hospital público del conurbano bonaerense. La base cuenta con 226 pacientes incluidos entre marzo 2023 y abril 2025. Se analizaron las características basales de los participantes y las diferencias según su patología de base: onco-hematológicos y oncológicos. Se seleccionaron los pacientes con un año de seguimiento y se evaluó la incidencia de eventos durante ese periodo. El punto final primario fue una combinación de muerte por cualquier causa, eventos cardiovasculares (ICC, IAM, ACV, enfermedad vascular periférica y muerte cardiovascular) y T-ATC definida como DVATC, arritmias, HTP, patología pericárdica y desarrollo o empeoramiento de factores de riesgo cardiovasculares.

Evento CV adverso en seguimiento (T-ATC)	Total seguidos a 1 año (n=166)	Paciente oncológico (n=77)	Paciente oncohematológico (n=89)	p
HTA, n (%)	12 (7.2%)	7 (9.1%)	5 (5.6%)	0.5
Dislipemia, n (%)	7 (4.2%)	2 (2.6%)	5 (5.6%)	0.5
DVATC, n (%)	8 (4.8%)	6 (7.8%)	2 (2.2%)	0.15
Cardiopatía isquémica, n (%)	5 (3%)	5 (6.5%)	0 (0%)	0.002
Arritmias, n (%)	1 (1.3%)	1 (1.3%)	0 (0%)	0.5
HTP, n (%)	2 (1.2%)	0 (0%)	2 (2.2%)	0.5
QT largo, n (%)	1 (0.6%)	1 (1.3%)	0 (0%)	0.5

Resultados: La mediana de edad de los pacientes fue de 58 años (RIC 44-67) y un 41% fueron de sexo masculino. Se destacan la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) (42%), tabaquismo (28%), diabetes (19%) y dislipidemia (17%). Solo un 27% presentó su primera consulta previo al inicio del tratamiento. La incidencia del punto final primario fue de 57 eventos (34.5% del total de pacientes), siendo la muerte no cardiovascular el evento más frecuente. El grupo oncológico presentó significativamente mayor tasa de eventos (45.5% vs 25%, p 0.005). Entre estos, la incidencia de eventos adversos definidos como T-ATC fue del 22.2% (36 eventos), con mayor incidencia en los pacientes del grupo oncológico (28.6%% vs 15.7%, p 0.04). La forma de toxicidad más frecuente fue el desarrollo o empeoramiento de la HTA (7.2%), seguido por la DVATC (4.8%) y la dislipemia (4.2%), sin diferencias significativas entre ambos grupos.

Conclusión: Los pacientes onco-hematológicos son más jóvenes, con menos factores de riesgo y experimentan menor incidencia de T-ATC. Durante el período de seguimiento, la incidencia en el total de pacientes del punto final primario fue del 34,5 %, a expensas principalmente de la muerte no cardiovascular. La hipertensión resultó de alta prevalencia en la evaluación basal, y tanto su desarrollo como su empeoramiento resultaron el 2do evento más frecuente Esto permite destacar la importancia del control de los factores de riesgo durante el seguimiento de pacientes en consultorios de Cardiooncología. Cabe remarcar que pese a tratarse de una institución con alto volumen de pacientes, se evidenció un bajo porcentaje de pacientes que acuden a la consulta previo a iniciar su tratamiento, así como una importante pérdida de seguimiento. Esto nos obliga a rediseñar estrategias para optimizar el control cardiovascular en estos pacientes y a reforzar el rol sanitario de la Cardiooncologia.

0609 - VALIDACIÓN DE LA ESTRATIFICACIÓN ESC EN TEP AGUDO

Enfermedad Vascular Pulmonar

Anabel Jessica GAFNI | **María Belén CARDONE** | Tamara SOÑIS | Antonella DITURO | Rodrigo Ezequiel DUARTE | Mercedes Alejandra PANNO | Juan Ernesto VAZQUEZ EPELBAUM | Nicolás CARUSO

Sanatorio Trinidad Mitre

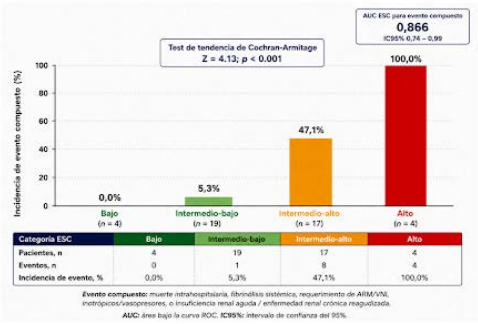
Introducción: En el tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo, la estratificación temprana del riesgo es fundamental para determinar tanto el pronóstico del paciente como la agresividad de las decisiones terapéuticas y la intensidad del monitoreo. El modelo propuesto por la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) estratifica el riesgo del paciente integrando variables hemodinámicas, biomarcadores y disfunción ventricular derecha. Sin embargo, su capacidad predictiva real puede presentar variaciones según las características de la cohorte local donde se aplique

Objetivos: Evaluar el desempeño pronóstico de la estratificación ESC para predecir eventos adversos intrahospitalarios en pacientes con TEP agudo en un centro privado de Argentina

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó pacientes internados por TEP agudo entre enero de 2021 y enero de 2026. Se clasificó a los pacientes según los criterios ESC. El punto final primario fue un evento adverso intrahospitalario compuesto por: mortalidad, fibrinólisis sistémica, ventilación mecánica

(ARM/VNI), uso de inotrópicos/vasopresores e insuficiencia renal aguda (IRA) o reagudizada. La capacidad discriminativa se evaluó mediante el área bajo la curva ROC (AUC).

Figura 1.Gradiente de riesgo de eventos intrahospitalarios según categorías de riesgo ESC



Resultados: Se incluyeron 44 pacientes pacientes clasificables por ESC (mediana de edad: 73,5 años; 45,7% mujeres). Según la ESC, el 8,7% fueron de bajo riesgo, 41,3% riesgo intermedio-bajo, 37,0% riesgo intermedio-alto y 8,7% de alto riesgo. El evento compuesto ocurrió en el 29,5% (13/44) de los pacientes evaluables, mostrando un marcado gradiente según la categoría ESC: 0% en bajo riesgo, 5,3% en intermedio-bajo, 47,1% en intermedio-alto y 100% en alto riesgo (p < 0,001 para tendencia). La estratificación ESC mostró una excelente capacidad discriminativa para el evento compuesto (AUC: 0,866, IC 95% 0,74-0,99), superando a los scores SCAI (AUC: 0,789), PESI (AUC: 0,610) y Wells (AUC: 0,528). Las intervenciones avanzadas y las muertes (n=3) se concentraron en los grupos de mayor riesgo.

Conclusión: La estratificación de riesgo de la ESC demostró una excelente capacidad predictiva y un claro gradiente pronóstico para eventos adversos intrahospitalarios en esta cohorte. Su empleo sistemático es una herramienta eficaz para guiar el monitoreo y las decisiones terapéuticas en el TEP agudo.

0610 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST EN MUJERES LONGEVAS: ¿UN PERFIL DIFERENTE DE RIESGO Y PRONÓSTICO?

Cardiopatía Isquémica / Corazón y Mujer

Giuliana CORNA | Rocío LOPEZ | Pedro TOUZAS | Santiago Luis DEL CASTILLO | Fernando COHEN | Ignacio Miguel SEROPIAN | Alejandro Diego FERNANDEZ | Carla Romina AGATIELLO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Las diferencias de género en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) han sido ampliamente reportadas en diversas poblaciones. Sin embargo, la evidencia disponible en pacientes octogenarios y nonagenarios es limitada, a pesar de tratarse de una población en crecimiento, particularmente vulnerable y subrepresentada en los estudios.

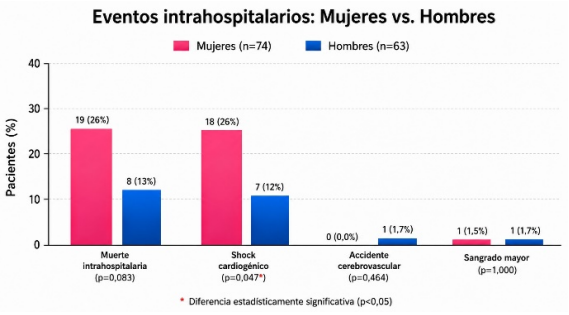
Objetivos: Evaluar las diferencias clínicas, angiográficas y evolutivas entre mujeres y hombres mayores de 80 años con IAMCEST.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó pacientes del registro institucional de IAMCEST entre 2015 y 2025. Los pacientes fueron divididos según género. Se analizaron características basales, presentación clínica, hallazgos angiográficos y eventos intrahospitalarios. Se realizó regresión logística multivariada para evaluar la asociación entre el sexo femenino y la ocurrencia de shock cardiogénico y mortalidad intrahospitalaria.

VARIABLES	MUJERES (n=74)	HOMBRES (n=63)	p
Edad (años)	86 [83-89]	85 [83-89]	0,424
Laboratorio ingreso			
Troponina (pg/mL)	194 [44-610]	114 [55-358]	0,388
Valor máximo troponina (pg/mL)	4830 [2692-10000]	3717 [1204-9049]	0,141
Antecedentes y factores de riesgo cardiovascular, n (%)			
Obesidad	19 (26%)	3 (4.8%)	0,008
Hipertensión arterial	54 (75%)	50 (79%)	0,682
Dislipemia	42 (57%)	37 (59%)	1
Tabaquismo activo	4 (5.4%)	1 (1.6%)	0,371
Ex tabaquismo	16 (22%)	29 (47%)	0,003
Diabetes Mellitus	8 (11%)	17 (27%)	0,025
Enfermedad renal crónica	9 (12%)	12 (19%)	0,341
Enfermedad coronaria previa	6 (8%)	13 (21%)	0,047
Medicación previa, n (%)			
Aspirina	15 (20%)	18 (29%)	0,317
Anticoagulación	10 (14%)	11 (17%)	0,635
IECA	10 (14%)	9 (14%)	1
ARA II	25 (34%)	12 (19%)	0,056
Betabloqueantes	31 (42%)	23 (36%)	0,599
Estatinas	18 (24%)	18 (29%)	0,697
Presentación clínica, n (%)			
Infarto anterior	33 (44,6%)	33 (52,4%)	0,461
Killip y Kimball II-IV	35 (47%)	25 (40%)	0.34
Inotrópicos al ingreso	14 (19%)	7 (11.3%)	0,240
Soporte ventilatorio	11 (15%)	3 (4.8%)	0,086
Características cinecoronariografía, n (%)			
Necesidad inotrópicos	16 (22%)	8 (13%)	0,185
Soporte ventilatorio	12 (16%)	6 (10%)	0,313
Reanimación cardiopulmonar	6 (8%)	1 (1.6%)	0,123
Afección de TCI	4 (50%)	5 (28%)	0,382
Afectación múltiples vasos	36 (49%)	36 (57%)	0,391

Resultados: De los 700 pacientes incluidos en el registro institucional de IAMCEST, 137 (20%) eran mayores de 80 años y constituyeron la población de estudio. Setenta y cuatro eran mujeres (54%) y 63 hombres (46%). Las mujeres presentaron mayor prevalencia de obesidad (26% vs 4,8%; p<0,001), mientras que los hombres tuvieron mayor frecuencia de diabetes (27% vs 11%; p=0,016), antecedente de tabaquismo (47% vs 22%; p=0,002) y enfermedad coronaria previa (21% vs 8%; p=0,037) (Tabla 1). La presentación clínica inicial fue comparable entre ambos grupos, sin diferencias significativas en la frecuencia de Killip y Kimball avan-

zado (p=0.34). Tampoco se observaron diferencias significativas en las características angiográficas, incluyendo la enfermedad multivaso, compromiso del tronco coronario izquierdo, lesiones coronarias remanentes y tiempos de reperfusión. Durante la internación, las mujeres presentaron mayor incidencia de shock cardiogénico (26% vs 12%; p=0,043) y una tendencia a mayor mortalidad intrahospitalaria (26% vs 13%; p=0,057) (Figura 1). En el análisis multivariado ajustado por edad, diabetes y enfermedad coronaria previa, el género femenino mostró una asociación no significativa pero clínicamente relevante con shock cardiogénico (OR 2,37; IC95% 0,89–6,28; p=0,083) y mortalidad intrahospitalaria (OR 2,30; IC95% 0,90–5,91; p=0,083).



Conclusión: En pacientes octogenarias y nonagenarios con IAMCEST, las mujeres presentaron una peor evolución intrahospitalaria pese a presentar menos factores de riesgo cardiovascular tradicionales. Estos hallazgos sugieren una posible vulnerabilidad en mujeres longevas y destacan la necesidad de profundizar su estudio en esta población.

0611 - VIEJOS CONOCIDOS, NUEVAS PROPORCIONES: EVOLUCIÓN CONTEMPORÁNEA DE LA PREVALENCIA DE LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS EN LA UNIDAD CORONARIA

Cardiopatía Isquémica

Maria Laura ESTRELLA | Jorge SZARFER | Leandro BONO | Eugenia DOPPLER | Giuliana CAMINOTTI | Bárbara Denise KEHOE | Ezequiel E. COLOMBO

HOSPITAL DR COSME ARGERICH

Introducción: Las unidades coronarias (UCO) han experimentado cambios sustanciales en las últimas décadas, con una transición progresiva desde un modelo centrado predominantemente en el síndrome coronario agudo (SCA) hacia escenarios de cardiología crítica más complejos y heterogéneos. Nuestro grupo ya observó esto en el período 2017-2020.

Objetivos: Nos propusimos evaluar si estos cambios en la prevalencia continúan verificándose en la actualidad.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional realizado en una Unidad Coronaria de hospital de referencia de la ciudad de Buenos Aires. Se incluyeron en forma consecutiva 1812 pacientes internados durante dos períodos: Cohorte I: 12/2017-4/2020.Cohorte II: 1/2024-2/ 2026. El período 2020-2023 fue excluido por potencial contaminación del perfil epidemiológico debido a la reorganización asistencial durante y posterior a la pandemia COVID-19, en los cuales la Unidad funcionó como terapia polivalente. Se analizaron variables demográficas y diagnósticos de ingreso. Variables discretas expresadas en n (%) y continuas en media ± DS. Significación estadística P<0,0 5.

Tabla 1. Categorías del motivo principal de ingreso en la Unidad Coronaria en ambas cohortes

	Cohorte I (2020-2017)	Cohorte II (2024-2026)	p
Total	**1629 p**	**742 p**	
Causa cardiaca primaria	**1335 (81,9%)**	**526 (70,9%)**	<0,001
Síndrome coronario agudo (SCA)	477 (35,7%)	146 (19,7%)	<0,001
• SCACEST	259 (19,4%)	86 (16,9%)	
• SCASEST	218 (16,3%)	60 (2,8%)	
Post Procedimiento en laboratorio de cateterismo cardíaco	310 (23,2%)	169 (22,7%)	0,79
Insuficiencia cardíaca	137 (10,3%)	68 (9,2%)	0,42
Shock cardiogénico	31 (2,3%)	39 (5,2%)	<0,001
Arritmias	140 (10,6%)	104 (13,9%)	0,02
Causas no cardíacas primarias	**294 (18,1%)**	**216 (29,1%)**	<0,001
Postoperatorio de cirugía cardíaca	106 (6,5%)	96 (12,9%)	<0,001
Otros (Postoperatorio de cirugía no cardíaca, Condición médica general en pacientes con enfermedad cardíaca, Complicación cardiovascular aguda en pacientes sin cardiopatía previa)	188 (11,6%)	120 (16,2%)	0,002

Resultados: La cohorte I incluyó 1629 ingresos a la Unidad Coronaria, con una edad mediana de 62 años (RIC 53–71) y una proporción de mujeres del 32,4%. De ellos, 477 pacientes (35,7%) ingresaron por síndrome coronario agudo (SCA). La cohorte II incluyó 742 ingresos, con una edad mediana de 61 años (RIC 52–71) y una proporción de mujeres del 32,4%. En esta cohorte, 146 pacientes (19,7%) ingresaron por SCA, observándose una reducción significativa respecto de la cohorte histórica (p<0,001). La prevalencia de ingresos por SCA disminuyó un 44,9% entre ambos períodos. Esta reducción se acompañó de un incremento proporcional de otros motivos de ingreso. En particular, aumentaron significativamente los ingresos por shock cardiogénico (2,3% vs. 5,2%; p<0,001), arritmias (10,6% vs. 13,9%; p=0,02), postoperatorio de cirugía cardíaca (6,5% vs. 12,9%; p<0,001) y causas no cardíacas primarias (18,1% vs. 29,1%; p<0,001). Por el contrario, no se observaron diferencias significativas en la frecuencia de ingresos postprocedimiento en laboratorio de hemodinamia (23,2% vs. 22,7%; p=0,79) ni por insuficiencia cardíaca (10,3% vs. 9,2%; p=0,42). Estos hallazgos evidencian una modificación sustancial en el perfil de pacientes admitidos a la Unidad Coronaria, caracterizada por una menor proporción de ingresos por síndrome coronario agudo y una mayor participación de cuadros complejos propios de la cardiología crítica contemporánea.

Conclusión: La disminución observada en los ingresos por SCA refleja que este fenómeno continúa verificándose en la actualidad. Asociándose al consiguiente incremento de pacientes con cuadros de cardiología crítica más complejos y diversos. Este cambio de escenario plantea nuevos desafíos organizacionales y asistenciales, resaltando la necesidad de adaptar la estructura de las unidades coronarias y la formación del cardiólogo intensivista a un modelo de atención más amplio, interdisciplinario y orientado al manejo integral del paciente crítico cardiovascular.

0613 - ¿CUÁNTAS CUADRAS PUEDE CAMINAR? VALOR CLÍNICO DE UNA PREGUNTA SIMPLE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Guillermo LINIADO | **Ana Inés María VINUESA** | Giuliana Ayelén TRESENZA | Juan Martin FIAMENGO | Juan Alberto GAGLIARDI

HOSPITAL DR COSME ARGERICH

Introducción: La evaluación clínica del paciente ambulatorio con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFEr) requiere la integración de múltiples síntomas y signos. La pregunta sobre el número de cuadras que puede caminar el paciente no figura entre las recomendaciones habituales de las guías clínicas de IC y no ha sido validada sistemáticamente. Sin embargo, a diferencia de la clasificación funcional de la NYHA —que evalúa el umbral de disnea de forma categórica—, el número de cuadras provee una medida continua de la capacidad funcional real en el entorno cotidiano del paciente, con potencial valor tanto diagnóstico como para el seguimiento de la respuesta al tratamiento.

Hallazgo clínico	n (%)	Sens	Espec	VPP	VPN	LR+	LR−	p
≤ 12 cuadras	84 (54%)	62	59	69	52	1.5	0.63	0.007
Ortopnea	86 (55%)	65	59	70	54	1.6	0.60	0.003
DPN	38 (25%)	25	76	61	41	1.0	0.99	NS
Bendopnea	60 (38%)	41	66	63	44	1.2	0.89	NS
Dist. yugular y/o RHY+	48 (31%)	41	84	79	50	2.6	0.70	0.001
Rales	17 (11%)	13	92	71	42	1.7	0.94	NS
R3	67 (43%)	58	78	79	56	2.6	0.54	<0.001
Edema MMII	43 (28%)	34	81	72	46	1.8	0.82	0.040

Objetivos: Evaluar el valor clínico de la pregunta sobre cuántas cuadras puede caminar un paciente con ICFEr, comparando su rendimiento diagnóstico de congestión con el de otros síntomas y signos clínicos, y explorando su correlación con la capacidad funcional objetiva medida mediante el test de marcha de 6 minutos (TM6M) como validación de la herramienta.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de un registro prospectivo de pacientes consecutivos con ICFEr (FEY <=40%) evaluados en forma ambulatoria entre marzo de 2023 y marzo de 2025. Se realizó examen clínico completo y ecocardiograma con Doppler tisular dentro de los 7 días, sin modificaciones terapéuticas entre ambas evaluaciones. Los operadores del eco fueron ciegos al examen clínico. El estándar de referencia para congestión fueron las recomendaciones de ASE/EACVI Nagueh y col (2016). Se utilizó <=12 cuadras como punto de corte (punto de corte óptimo en la curva ROC) y se comparó su rendimiento con el de ortopnea, DPN, bendopnea, distensión yugular y/o RHY+, rales, R3 y edema de MMII. En un subgrupo se realizó TM6M con determinación de distancia absoluta y se calculó la correlación con el número de cuadras referido. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razones de verosimilitud, y coeficientes de correlación de Spearman y Pearson. Se consideró significativo p <= 0.05. Se incluyeron 157 pacientes para el análisis diagnóstico (78% varones, edad 62.2 ± 11.5 años, FEY 28.5 ± 7.2%; prevalencia de congestión 59%). Para el análisis de correlación funcional se utilizó un subgrupo de 91 pacientes en quienes se realizó TM6M (distancia caminada 404 ± 98 m, mediana 415 m; cuadras referidas mediana 20, rango 1–40).

Resultados: La tabla muestra el rendimiento diagnóstico de cada hallazgo clínico respecto al estándar ecocardiográfico (n = 157, prevalencia de congestión 59%) El hallazgo <=12 cuadras presentó un rendimiento diagnóstico comparable al de la ortopnea (LR+ 1.5 vs 1.6) y superior al de DPN, bendopnea y rales. En el subgrupo con TM6M (n = 91), el número de cuadras mostró una correlación fuerte con la distancia absoluta caminada (Spearman r = 0.721, IC 95%: 0.589–0.810; Pearson r = 0.707; p < 0.0001 para ambos).

Conclusión: En pacientes con ICFEr, el número de cuadras referido (<=12 como punto de corte) tiene un rendimiento diagnóstico de congestión comparable al de la ortopnea y superior al de DPN, bendopnea y rales. Su fuerte correlación con el test de marcha de 6 minutos respalda su validez como medida continua de capacidad funcional y sugiere que podría ser una herramienta útil para la evaluación de la respuesta al tratamiento en el seguimiento ambulatorio.

0614 - FACTORES ASOCIADOS A INJURIA RENAL AGUDA POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA CARDÍACA

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

María Trinidad BASALDÚA | Maité LOFIEGO | Daniel Mariano ZANUTTO | Mercedes Alejandra PANNO | Hernán OCARIZ | Javier FERRARI AYARRAGARAY | Rafael Ángel IAMEVO | Gonzalo GUTIÉRREZ LARREGUI

Sanatorio de la Trinidad Mitre

Introducción: La injuria renal aguda postoperatoria (IRA POP) constituye una de las complicaciones más frecuentes luego de la cirugía cardíaca y se asocia con mayor morbimortalidad intrahospitalaria. La identificación de factores predisponentes podría contribuir a optimizar la estratificación de riesgo y las estrategias de prevención.

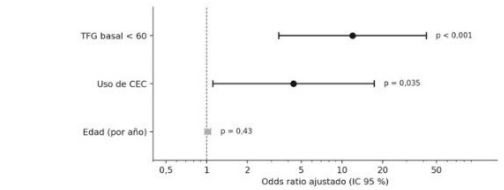


Figura 1. Modelo multivariado de predictores de IRA POP (odds ratio ajustado, IC 95 %, escala logarítmica). La TFG basal <60 y el uso de CEC se asocian de forma independiente; la edad no resulta significativa.

Objetivos: Identificar los factores asociados al desarrollo de IRA POP en pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

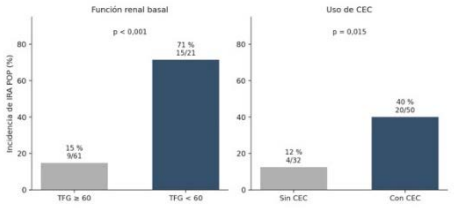


Figura 2. Incidencia de IRA postoperatoria según función renal basal y uso de CEC. Los pacientes con TFG <60 mL/min/1,73 m² presentaron una incidencia del 71 %, frente al 15 % en aquellos con función renal conservada.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó pacientes adultos sometidos a cirugía cardíaca entre noviembre de 2023 y abril de 2026. Se incluyeron aquellos con función renal basal preoperatoria (FRB) y al menos una determinación postoperatoria dentro de las primeras 48 horas. La IRA POP se definió según criterios KDIGO como un incremento de creatinina sérica ≥0,3 mg/dL en 48 horas o ≥1,5 veces el valor basal dentro de los 7 días posteriores a la cirugía. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, función renal basal, función ventricular, características quirúrgicas y parámetros hemodinámicos perioperatorios. Se realizaron análisis univariados y regresión logística multivariada.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes de los cuales 25 (30%) desarrollaron IRA POP. Los pacientes con IRA POP presentaron con mayor frecuencia deterioro de la FRB (TFG <60 mL/min/1,73 m²: 63% vs. 10%; p<0,001), fibrilación auricular previa (28% vs. 2%; p<0,001), utilización de circulación extracorpórea (CEC) (83% vs. 52%; p=0,015) y tiempos de bomba más prolongados (94 [60-150] vs. 69 [0-82] minutos; p=0,004). En el análisis univariado, los predictores más relevantes de IRA POP fueron TFG basal <60 mL/min/1,73 m² (OR 14,44; IC 95% 4,43-47,10; p<0,001), fibrilación auricular previa (OR 22,17; IC95% 2,55-192; p=0,005), tiempo de bomba >120 minutos (OR 7,62; IC 95% 2,01-28,81; p=0,003) y uso de CEC (OR 4,67; IC 95% 1,42-15,35; p=0,011). En el modelo multivariado que incluyó edad, función renal basal y uso de CEC, la TFG basal <60 mL/min/1,73 m² se mantuvo como el principal predictor independiente de IRA POP (OR ajustado 11,93; IC95% 3,40-41,86; p<0,001), seguida por el uso de CEC (OR ajustado 4,38; IC95% 1,11-17,29; p=0,035). La edad no mostró asociación independiente (OR ajustado 1,02 por año; IC95% 0,97-1,07; p=0,43). El modelo presentó una adecuada capacidad discriminativa (AUC=0,80).

Conclusión: En esta cohorte de pacientes sometidos a cirugía cardíaca, la incidencia de IRA POP fue del 30%. La presencia de disfunción renal basal (TFG <60 mL/min/1,73 m²) constituyó el principal factor asociado al desarrollo de la misma, mientras que el uso de CEC mostró una asociación independiente adicional. En contraste, la edad y la fracción de eyección ventricular izquierda no demostraron valor predictivo independiente.

0615 - IMPACTO DE LAS VÍAS DE ACCESO ALTERNATIVAS EN EL RIESGO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR POST-IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER (TAVI) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

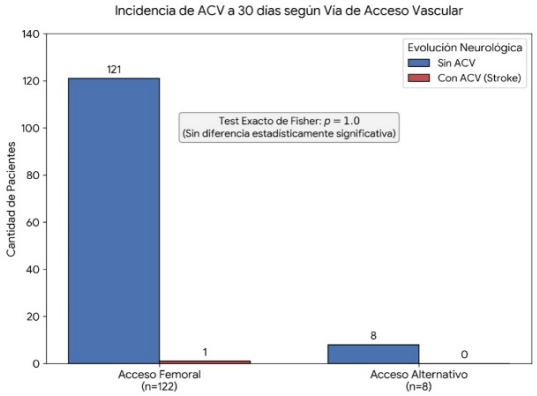
Maira Rocío Del Alba ALTAMIRANO SORUCO | Edwin Andrés RODRÍGUEZ ARIAS | Félix Alberto SOLANO SARMIENTO | Carlos MEDRANO | Salvador LIOTTA | Juan Rodrigo ALDERETE | Juan José FERNÁNDEZ

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

Introducción: El Implante Valvular Aórtico Transcatéter (TAVI) se ha establecido como una terapia altamente eficaz para el tratamiento de la estenosis aórtica severa sintomática. El abordaje transfemoral constituye el estándar de oro debido a

su perfil mínimamente invasivo y a los excelentes resultados clínicos. Sin embargo, un porcentaje minoritario de los pacientes presentan enfermedad vascular periférica severa, tortuosidad extrema o calcificación iliofemoral que contraindican esta vía. Para estos casos, se debe de recurrir a vías de acceso alternativas, tales como: transcarotídea, transubclavio/axilar, transapical o transcavo. Históricamente la manipulación de los vasos supraaórticos (especialmente en los accesos carotídeos y subclavios) se ha relacionado con embolización de material aterotrombótico o calcificado, incrementando el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) peri-procedimental.

Objetivos: El objetivo de este análisis es evaluar, dentro del marco de un registro unicéntrico a 10 años, si el uso de vías de acceso alternativas al TAVI se asocia con un mayor riesgo de complicaciones neurológicas mayores (ACV/Stroke) bajo criterios estandarizados.



Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo, observacional de una cohorte unicéntrica; 130 pacientes consecutivos intervenidos mediante TAVI desde enero de 2015 hasta diciembre de 2025. Variables: Independiente: Vía de acceso empleada, dicotomizada en Acceso Femoral (arteria femoral derecha o izquierda) y Acceso Alternativo (cualquier otra vía). Dependiente: Presencia de Accidente Cerebrovascular (ACV) o Stroke a los 30 días post-implante, definido y adjudicado según los criterios internacionales del Valve Academic Research Consortium 3 (VARC-3). Para el análisis estadístico, las frecuencias se expresaron en números absolutos y porcentajes. Para comparar la incidencia de ACV entre ambos grupos de acceso vascular se utilizó el Test Exacto de Fisher, considerando un valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: La vía de acceso de los 130 pacientes a los que se les realizó TAVI fue: Acceso Femoral: 122 pacientes (93.8%). De estos, 105 procedimientos se realizaron por vía femoral derecha y 17 por vía femoral izquierda. Acceso Alternativo: 8 pacientes (6.2%). El desglose anatómico de estas vías de rescate fue el siguiente: Carotídeo derecho: 4 pacientes. Carotídeo izquierdo: 2 pacientes. Subclavia izquierda: 1 paciente. Transapical: 1 paciente. De las 130 intervenciones realizadas a lo largo de la década analizada, se registró únicamente 1 caso de ACV a 30 días, lo que representa una incidencia acumulada en la población general del 0.76%. Al cruzar la presencia de complicaciones neurológicas con el tipo de acceso utilizado, la distribución fue la siguiente: Grupo Acceso Femoral (n=122): Se observó 1 evento de ACV (0.81% dentro de este subgrupo). Grupo Acceso Alternativo (n=8): Se observaron 0 eventos de ACV (0.00% dentro de este subgrupo). La aplicación del Test Exacto de Fisher para evaluar la tabla de contingencia de 2x2 arrojó un valor $p = 1.0$. Esta falta de significancia estadística confirma que no existe ninguna asociación clínica ni estadística entre el uso de vías alternativas y un mayor riesgo neurológico.

Conclusión: La necesidad de recurrir a vías de acceso vascular alternativas al abordaje femoral durante el implante de TAVI no incrementó el riesgo de ACV peri-procedimental en nuestra población. El procedimiento demostró un perfil de seguridad neurológica excepcional en caso de anatomías periféricas complejas.

0618 - DETERMINANTES DE LA ESTADÍA HOSPITALARIA EN CIRUGÍA CARDÍACA: EL PESO DEL CURSO POSTOPERATORIO POR SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS BASALES

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Maite LOFIEGO | Daniel Mariano ZANUTTO | María Trinidad BASALDÚA | Juan Ernesto VAZQUEZ EPELBAUM | Julieth MARTZ | Mercedes Alejandra PANNO | Rafael Ángel IAMEVO | Gonzalo GUTIÉRREZ LARREGUI

Sanatorio de la Trinidad Mitre

Introducción: La duración de la internación tras cirugía cardíaca es muy variable y constituye un indicador de consumo de recursos y de complejidad clínica. No siempre está claro si la estadía está determinada principalmente por las características basales del paciente o por su evolución postoperatoria.

Objetivos: Identificar los determinantes de la estadía hospitalaria en cirugía cardíaca, comparando el aporte de los factores preoperatorios frente al de las complicaciones postoperatorias.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Se incluyeron pacientes adultos operados de cirugía cardíaca entre noviembre de 2023 y abril de 2026. Se excluyeron los trasplantes cardíacos (estadía estructuralmente determinada por inmunosupresión y biopsias seriadas). La injuria renal aguda postoperatoria (IRA POP) se definió por criterios KDIGO. Outcome primario: días de internación, log-transformados por asimetría a derecha. Se analizaron dos bloques de predictores: preoperatorios (edad, FA previa, función renal basal) y eventos postoperatorios (IRA POP, FA postoperatoria). Regresión lineal univariada y multivariada sobre log(días); análisis de sensibilidad excluyendo estadías mayores a 100 días. Significancia: $p<0.05$.

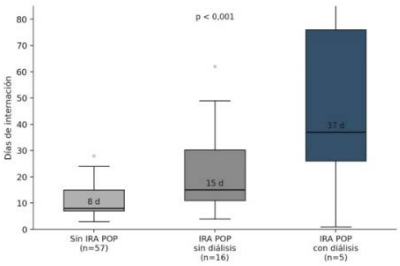


Figura 1. Días de internación según severidad de la IRA postoperatoria. Se observa un gradiente: sin IRA POP (mediana 8 días), IRA POP sin diálisis (15 días) e IRA POP con diálisis (37 días).

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes (mediana 64 años [IQR 55-72], 76% varones; mediana de internación 10 días [IQR 7-18]). El modelo basado solo en factores preoperatorios mostró baja capacidad explicativa (R^2=0.15): únicamente la FA previa alcanzó significancia (β=0.72; p=0.042) y la edad ≥75 mostró tendencia (β=0.42; p=0.12). Entre los eventos postoperatorios, la IRA POP (incidencia 28.8%; 6 con diálisis) fue el determinante individual más fuerte (β=0.61; IC 95% 0.27-0.96; p<0.001). Los pacientes con IRA POP tuvieron mayor estadía que el resto (17 [11-37] vs 8 [7-15] días; p<0.001), con un gradiente de severidad en quienes requirieron diálisis (37 [26-76] días). Al incorporar la IRA POP al modelo preoperatorio, esta se mantuvo como el único predictor independiente (β=0.47; IC 0.12-0.82; p=0.011) y la capacidad explicativa aumentó (R^2 0.15→0.21). El análisis de sensibilidad confirmó la asociación (β=0.38; p=0.018).

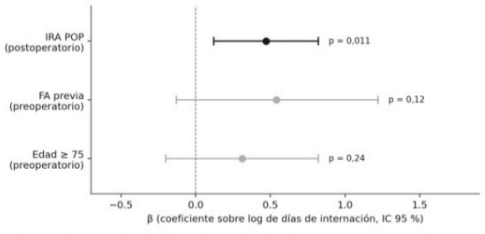


Figura 2. Coeficientes (β) e IC 95 % del modelo multivariado sobre log (días de internación). Solo la IRA POP (evento postoperatorio) alcanza significancia como predictor independiente, por sobre los factores preoperatorios.

Conclusión: En esta cohorte de cirugía cardíaca, las características preoperatorias explicaron una fracción menor de la variabilidad en la estadía hospitalaria, mientras que el curso postoperatorio —principalmente el desarrollo de IRA POP— fue su determinante más relevante. Estos hallazgos sugieren que la estadía depende más de la evolución postoperatoria que del riesgo basal, y refuerzan el valor de prevenir la IRA POP como estrategia para reducir la carga hospitalaria.

0619 - VALOR PRONÓSTICO DE LA DISFUNCIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO POR IMÁGENES EN TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN AGUDO

Enfermedad Vascular Pulmonar

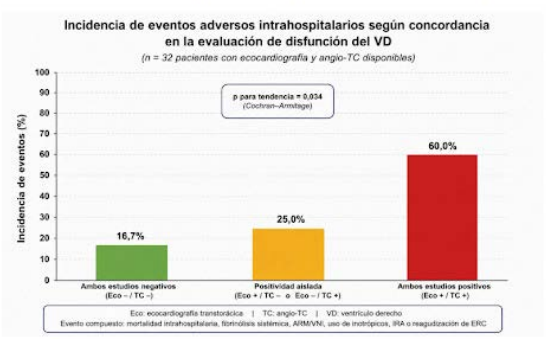
Anabel Jessica GAFNI | María Belén CARDONE | **Tamara SOÑIS** | Antonella DITURO | Silvia Mónica URRUTIA | Rafael Ángel IAMEVO | Nicolás CARUSO

Sanatorio Trinidad Mitre

Introducción: La disfunción del ventrículo derecho (VD) constituye uno de los principales determinantes pronósticos en pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo. Tanto la ecocardiografía transtorácica como la angiotomografía computada (angio-TC) permiten evaluar el compromiso del VD, aunque el valor pronóstico de cada método y de su concordancia en la práctica clínica continúa siendo motivo de estudio.

Objetivos: Evaluar la asociación entre la disfunción del ventrículo derecho identificada por ecocardiografía, angio-TC o ambos métodos y la ocurrencia de eventos adversos intrahospitalarios en pacientes con TEP agudo.

Figura 1. Evento adverso intrahospitalario según concordancia Eco/Angio-TC



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional analítico, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de TEP agudo evaluados mediante ecocardiografía transtorácica y/o angio-TC. La disfunción del VD por

ecocardiografía se definió por la presencia de al menos uno de los siguientes criterios: TAPSE 1 en el corte axial al nivel de las cavidades. El evento compuesto incluyó mortalidad intrahospitalaria, fibrinólisis sistémica, requerimiento de ventilación mecánica invasiva o no invasiva, uso de inotrópicos e insuficiencia renal aguda o reagudización de enfermedad renal crónica. Se evaluó la asociación entre los hallazgos por imágenes y la ocurrencia del evento compuesto.

Disfunción del VD por imágenes y evento adverso intrahospitalario

Marcador	Con evento	Sin evento	% eventos	OR (IC95%)	p
Disfunción VD eco — Presente	8	8	50,0%	5,00 (1,27–19,7)	0,036
Disfunción VD eco — Ausente	5	25	16,7%	ref.	—
VD/VI >1 por TC — Presente	8	10	44,4%	2,93 (0,62–13,9)	0,266
VD/VI >1 por TC — Ausente	3	11	21,4%	ref.	—

Evento compuesto: muerte, fibrinólisis, ARM/VNI, inotrópicos o IRA/ERC reagudizada. n=46 (eco), n=32 (TC).

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes con TEP agudo. La disfunción del VD por ecocardiografía estuvo presente en el 34,8% y se asoció significativamente con eventos adversos intrahospitalarios (50,0% vs. 16,7%; OR 5,0; IC95% 1,27-19,7; p=0,036). La relación VD/VI >1 por angio-TC mostró una tendencia similar sin alcanzar significancia estadística. En los 32 pacientes con ambas modalidades disponibles, la combinación de ecocardiografía y angio-TC identificó un gradiente progresivo de riesgo (16,7%, 25,0% y 60,0%; p=0,034). No se registraron muertes intrahospitalarias en pacientes sin disfunción del VD por ecocardiografía, mientras que la mortalidad fue del 18,8% en aquellos con disfunción ventricular derecha.

Conclusión: La disfunción del VD evaluada por ecocardiografía se asoció significativamente con eventos adversos intrahospitalarios en pacientes con TEP agudo. La evaluación combinada mediante ecocardiografía y angio-TC permitió identificar un subgrupo de muy alto riesgo, sugiriendo un valor pronóstico adicional a la estrategia multimodal.

0621 - CAMBIO DE PARADIGMA EN LA INDICACIÓN DE REPERFUSIÓN Y MODIFICACIÓN DEL PRONÓSTICO TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE UN EQUIPO DE RESPUESTA PARA EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UN HOSPITAL ARGENTINO

Enfermedad Vascular Pulmonar

Francisco ALVARADO | Juan Ignacio DAMONTE | Jorge BILBAO | Nicolás Arturo TORRES | Mariano LEMOS | Patricio Javier GARCES CRUZ | Ignacio Carlos MELEM | José BONORINO

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Introducción: La selección óptima de la estrategia de reperfusión en el tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo continúa siendo un desafío, particularmente en pacientes de riesgo alto e intermedio-alto. Los equipos de respuesta para el TEP (PERT) surgieron como un modelo estructurado y multidisciplinario orientado a estandarizar la estratificación de riesgo y guiar decisiones oportunas de reperfusión, representando un cambio de paradigma en el manejo del TEP. Sin embargo, la evidencia que vincula la implementación de un PERT con cambios en las indicaciones de reperfusión y en el pronóstico en nuestro medio es limitada.

Características basales y tratamiento

Variable	Pre-PERT (n=26)	PERT (n=21)	Valor p
Edad, años	66,2 ± 10,2	60,5 ± 15,0	0,20
TEP de alto riesgo según ESC, n (%)	17 (65%)	4 (19%)	**0,003**
TEP de riesgo intermedio-alto según ESC, n (%)	9 (35%)	17 (81%)	**0,003**
Disfunción ventricular derecha moderada o severa, n (%)	19 (73%)	15 (71%)	1,00
Troponina T, mediana (RIC)	96,0 (36,5–196,5)	124,0 (76,0–221,0)	0,15
Péptidos natriuréticos, mediana (RIC)	3490,0 (1291,5–4010,0)	1641,0 (379,5–3909,5)	0,40
Uso de dispositivo dedicado de trombectomía, n (%)	14 (54%)	21 (100%)	**<0,001**
Trombolisis local dirigida por catéter, n (%)	12 (46%)	12 (57%)	0,561

Objetivos: Evaluar si su implementación se asoció con cambios en la selección de pacientes para reperfusión por catéter, con una mejoría en los resultados clínicos a 30 días.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de adultos con TEP agudo de riesgo alto e intermedio-alto, tratados con reperfusión por catéter, con o sin trombolíticos locales. Los pacientes se categorizaron según la era de tratamiento: pre-PERT (2004–2020) y era PERT (2021–2025). La gravedad del TEP se definió mediante la estratificación de riesgo de la ESC. El punto final primario fue el combinado (MACE) a 30 días, compuesto por muerte por cualquier causa, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o sangrado mayor BARC >=3.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes (26 pre-PERT; 21 era PERT). Tras la implementación del PERT, la reperfusión por catéter se realizó en pacientes con menor gravedad clínica, evidenciado por una menor proporción de TEP de riesgo alto según ESC (19% vs 65%, p=0,003), mientras que la disfunción ventricular derecha y la elevación de biomarcadores cardíacos fueron similares entre grupos. El

Resultados clínicos a 30 días

Resultado	Pre-PERT (n=26)	PERT (n=21)	OR (IC 95%)	Valor p
MACE a 30 días, n (%)	10 (38%)	1 (5%)	0,08 (0,002-0,70)	**0,013**
Mortalidad por todas las causas a 30 días, n (%)	8 (31%)	0 (0%)	–	**0,006**
Infarto de miocardio a 30 días, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	–	–
Accidente cerebrovascular a 30 días, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	–	–
Sangrado mayor BARC ≥3 a 30 días, n (%)	2 (8%)	1 (5%)	–	1,00

Notas: PERT = Pulmonary Embolism Response Team; RIC = rango intercuartílico; MACE = eventos cardiovasculares adversos mayores; BARC = Bleeding Academic Research Consortium.

uso de dispositivos específicos para trombectomía mecánica aumentó en la era PERT (100% vs 54%, p=0,001). El MACE a 30 días fue significativamente menor en la era PERT (4,8% vs 38,5%; OR 0,08; IC 95% 0,002–0,70; p=0,013), impulsado por una menor mortalidad por cualquier causa (0% vs 30%, p=0,006). Las tasas de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y sangrado mayor fueron bajas y comparables entre grupos.

Conclusión: La implementación de un PERT se asoció con un cambio de paradigma hacia una toma de decisiones de reperfusión más precoz y estructurada, con una mejoría sustancial en los resultados clínicos a corto plazo en el TEP agudo grave. Estos hallazgos respaldan los modelos multidisciplinarios PERT como estrategia para optimizar el uso de la reperfusión y el pronóstico en el manejo contemporáneo.

0622 - CARACTERIZACIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO EN UN CENTRO PRIVADO DE ARGENTINA

Enfermedad Vascular Pulmonar

Tamara SOÑIS | **Antonella DITURO** | María Belén CARDONE | Daniela Letizia RIVEROS | Gonzalo GUTIÉRREZ LARREGUI | Juan Ernesto VAZQUEZ EPELBAUM | Rafael Ángel IAMEVO | Anabel Jessica GAFNI

Sanatorio Trinidad Mitre

Introducción: El TEP de riesgo intermedio-alto representa el subgrupo de mayor complejidad en la toma de decisiones, ya que involucra a pacientes hemodinámicamente estables, pero con disfunción del VD y biomarcadores elevados, expuestos a un riesgo no despreciable de deterioro clínico. La conducta terapéutica en la práctica real es heterogénea.

Objetivos: Describir el perfil clínico, los hallazgos en imágenes y biomarcadores, las decisiones terapéuticas y la evolución intrahospitalaria de los pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto.

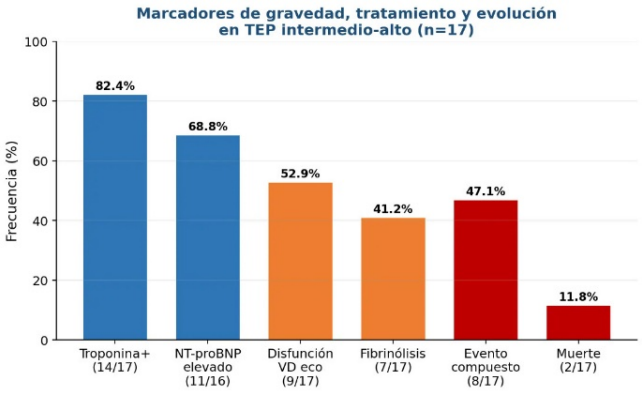
Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y unicéntrico de pacientes con TEP agudo clasificados como riesgo intermedio-alto según la ESC, internados entre enero de 2021 y enero de 2026. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, biomarcadores, parámetros de función del VD por eco y TC, estrategia terapéutica y evolución. El evento compuesto incluyó mortalidad, fibrinólisis, ARM/VNI, inotrópicos e IRA/ERC reagudizada. Variables continuas como mediana [RIC] y categóricas como frecuencia y porcentaje.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes (mediana de edad 73 años [RIC 57-82]; 47,1% mujeres; 23,5% con cáncer activo). La troponina fue positiva en 14/17 y el NT-proBNP estuvo elevado en 11/16. La disfunción del VD por ecocardiografía se documentó en 9/17 y la relación VD/VI >1 por TC en 10/12. Se realizó fibrinólisis sistémica en el 41,2% (7/17); todos los fibrinolizados tenían troponina positiva. El evento adverso intrahospitalario compuesto ocurrió en el 47,1% (8/17), con 2 muertes intrahospitalarias.

Conclusión: Los pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto presentaron una elevada carga de disfunción del VD y biomarcadores positivos, con una tasa de eventos cercana al 50% y uso frecuente de fibrinólisis. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de monitoreo estrecho y protocolos específicos para este subgrupo.

Características de la cohorte de TEP intermedio-alto (n=17)

Variable	Valor
Edad, años (mediana [RIC])	73 [57–82]
Sexo femenino, n (%)	8 (47,1%)
Cáncer activo, n (%)	4 (23,5%)
Troponina positiva, n/N	14/17
NT-proBNP elevado, n/N	11/16
Disfunción VD por eco, n/N	9/17
VD/VI >1 por TC, n/N	10/12
Fibrinólisis sistémica, n (%)	7 (41,2%)
Evento compuesto, n (%)	8 (47,1%)
Muerte intrahospitalaria, n/N	2/17



0629 - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS CRITERIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA

Arritmias y Electrofisiología

Guido VANNONI | Loreley Eugenia LABORATTO | Martín Alejandro BECK | Leonardo CELANO | Gerardo Manuel MARAMBIO | Jorge Alberto LAX | Lucía Raquel KAZELIAN | Juan Alberto GAGLIARDI

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. COSME ARGERICH"

Introducción: El diagnóstico electrocardiográfico de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) en presencia de bloqueo completo de rama izquierda (BCRI) representa un desafío, ya que las alteraciones de la despolarización ventricular modifican los voltajes y la duración del complejo QRS. A pesar de estas limitaciones, dada su amplia disponibilidad, el electrocardiograma continúa teniendo valor en la pesquisa inicial de HVI en este subgrupo de pacientes.

Objetivos: Evaluar el rendimiento diagnóstico de los criterios electrocardiográficos clásicos de HVI y de la duración del QRS para detectar HVI ecocardiográfica en pacientes con BCRI.

Materiales y Métodos: Estudio transversal unicéntrico que incluyó 102 pacientes con diagnóstico electrocardiográfico de BCRI. Se analizaron electrocardiogramas de 12 derivaciones evaluando la presencia de HVI según los criterios de Sokolow-Lyon, Cornell, Gubner-Ungerleider, Lewis y voltaje de aVL, así como la duración del QRS (>150 mseg en mujeres y >160 mseg en hombres). El diagnóstico de HVI fue determinado mediante ecocardiograma transtorácico (ETT), utilizando como método de referencia el índice de masa ventricular izquierda (fórmula de Devereux: >95 g/m² en mujeres y >105 g/m² en hombres). Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) para cada criterio.

Tabla 1. Características basales de la población

	Total
N	102
Sexo femenino	49 (48 %)
Ritmo sinusal	92 (90.2 %)
Duración del complejo QRS (mseg)	155.1 ± 19.4
Criterios de Strauss	83 (81.4 %)
Índice de masa de ventrículo izquierdo (g/m²)	135.3 ± 50.1
Hipertrofia ventricular izquierda (HVI)	74 (72.6 %)
HVI excéntrica	47 (63.5 %)
HVI concéntrica	27 (36.5 %)
Sokolow-Lyon	9 (8.8 %)
Lewis	24 (23.5 %)
Cornell	48 (47 %)
Gubner-Ungerleider	13 (12.7 %)
aVL	16 (15.6 %)

Tabla 2. Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo

	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo
Sokolow-Lyon	12 %	96 %	90 %	29 %
Cornell	64 %	46 %	76 %	33 %
Lewis	32 %	78 %	80 %	31 %
Gubner-Ungerleider	17 %	100 %	100 %	31 %
aVL	22 %	96 %	94 %	32 %
Duración del QRS	59 %	68 %	83 %	39 %

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes con BCRI. Las características basales de la población se resumen en la tabla 1. El rendimiento diagnóstico de las herramientas evaluadas se detalla en la tabla 2. El criterio de Gubner-Ungerleider presentó la mayor especificidad (100 %) y el mayor valor predictivo positivo (VPP: 100 %), registrando una sensibilidad del 17 %. En contraposición, el criterio de Cornell demostró la mayor sensibilidad de la muestra (64 %), pero con la especificidad más baja (46 %). Por su parte, la duración del QRS mostró una sensibilidad del 59 %, una especificidad del 68 % y un VPP del 83 %. Finalmente, todos los criterios analizados mostraron VPN uniformemente bajos, oscilando entre un mínimo del 29 % (Sokolow-Lyon) y un máximo del 39 % (duración del QRS).

Conclusión: Si bien los criterios electrocardiográficos clásicos pierden sensibilidad y especificidad en pacientes con BCRI, según los hallazgos de nuestra muestra, el criterio de Cornell y la duración del QRS podrían resultar adecuados para el screening inicial de HVI.

0630 - CORAZÓN DE ATLETA: DILUCIDANDO LAS ZONAS GRISES

Cardiología Del Ejercicio

Juliana TARETTO[1] | Giuliana CAMINOTTI[2] | Lucia HADAD[3] | Luis MORITA[4]

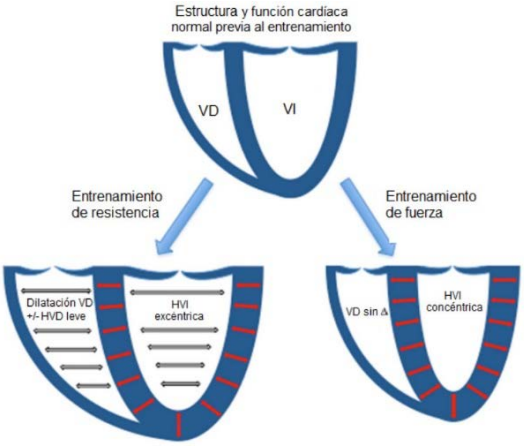
HOSPITAL PRIVADO REGIONAL DEL SUR (HPR) DE BARILOCHE[1]; HOSPITAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH[2]; Hospital General de Agudos Dr. C. Durand[3]; HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. COSME ARGERICH"[4]

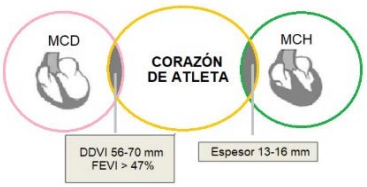
Introducción: La práctica regular de ejercicio físico intenso genera cambios adaptativos en la estructura y función del corazón, un fenómeno conocido como corazón de atleta. Aunque este proceso es fisiológico y beneficioso, el remodelado cardíaco resultante puede manifestarse como una dilatación de las cavidades o un aumento del espesor de las paredes

ventriculares. El desafío radica en identificar las «zonas grises», donde estas adaptaciones benignas se asemejan a formas subclínicas de cardiopatías incipientes como la miocardiopatía hipertrófica (MCH) o la dilatada (MCD), las cuales aumentan el riesgo de muerte súbita cardíaca.

Objetivos: El objetivo principal de este trabajo es determinar si la integración de diversos métodos de imágenes cardíacas permite diferenciar con precisión el corazón de atleta de patologías cardíacas subyacentes en deportistas.

Materiales y Métodos: La investigación se basa en un análisis crítico de las técnicas de imagen actuales para el diagnóstico del corazón de atleta, específicamente el ecocardiograma transtorácico (ETT) y la resonancia magnética cardíaca (RMC). Se evalúan parámetros morfológicos y funcionales, incluyendo técnicas avanzadas como el análisis de deformación miocárdica (strain) y el trabajo miocárdico mediante ETT; y el uso de secuencias de caracterización tisular (T1 mapping y realce tardío de gadolinio) en RMC. Asimismo, se analizó el rol de las pruebas de esfuerzo y el impacto del cese temporal del ejercicio (desentrenamiento) en la regresión del remodelado, evaluando su utilidad como herramienta diagnóstica.





Resultados: Los resultados indican que el remodelado fisiológico depende del tipo de deporte realizado: el entrenamiento de resistencia favorece la hipertrofia excéntrica, mientras que el de fuerza tiende a la hipertrofia concéntrica y simétrica (ver imagen nº1). Las adaptaciones fisiológicas del corazón al ejercicio físico son globales, simétricas y equilibradas. En deportistas, la función sistólica y diastólica biventricular suele estar preservada o mejorada, a diferencia de las miocardiopatías donde se observa disfunción temprana, que incluso puede ser subclínica. Mediante RMC se halló que la hipertrofia de los atletas se debe al crecimiento de los miocitos sin expansión de la matriz extracelular, lo que se refleja en valores normales de volumen extracelular y T1 mapping, diferenciándose de la MCH o MCD; que a su vez pueden presentar fibrosis miocárdica característica. Las pruebas de estrés permiten evaluar la reserva funcional cardíaca. El aumento de la FEVI mayor al 15% durante el ejercicio evaluado por ETT y mayor a 11,2% en RMC, respalda el diagnóstico de corazón de atleta, diferenciándolo de condiciones patológicas. Por último, se observó que el cese del ejercicio por 1 a 3 meses logra una regresión significativa de la masa ventricular en atletas sanos, algo que no ocurre en pacientes con cardiopatías estructurales. Su uso como estrategia diagnóstica es limitado.

Conclusión: Resulta fundamental una evaluación integral y multimodal para diferenciar con certeza el corazón de atleta de cardiopatías estructurales, particularmente en aquellos pacientes que se encuentran en las zonas grises. Este enfoque permite identificar a los deportistas con mayor riesgo de muerte súbita cardíaca y, simultáneamente, evitar descalificaciones deportivas innecesarias en individuos sanos.

0633 - ANGIOTOMOGRAFÍA CORONARIA EN SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS DE BAJO E INTERMEDIO RIESGO: RESULTADOS DE UN SEGUIMIENTO PROSPECTIVO

Tomografía/resonancia Magnética Cardiovascular / Cardiopatía Isquémica

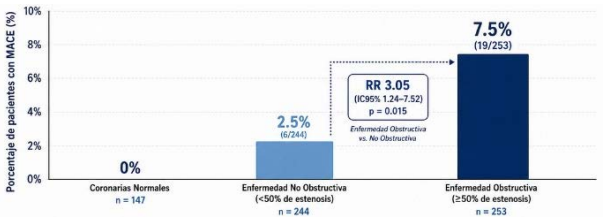
Ian Neil CHAPMAN | Marcos VIRUEL | Paola KUSCHNIR | Agustina SCIANCALEPORE | Olivia CAPALBO | Pablo ELISSAMBURU | Ramiro ARIAS | Juan Pablo COSTABEL

ICBA

Introducción: La angiotomografía coronaria (CCTA) se ha consolidado como una herramienta diagnóstica no invasiva para la caracterización anatómica de pacientes con un síndrome coronario agudo (SCA) sin elevación del ST. Sin embargo, la información disponible sobre los resultados clínicos a mediano plazo derivados de su uso en cohortes contemporáneas del mundo real es aún limitada, en particular en lo que respecta a la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores durante el seguimiento.

Objetivos: Evaluar los resultados clínicos en el seguimiento de pacientes con SCA de bajo o intermedio riesgo en los cuales se realizó CCTA como estrategia diagnóstica inicial.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo en una cohorte de 644 pacientes adultos con diagnóstico de SCASEST y sin criterios de alto riesgo (definidos como: inestabilidad hemodinámica, cambios dinámicos del ST, arritmia ventricular sostenida, puntaje GRACE > 140, angina refractaria, insuficiencia cardíaca o paro cardiorrespiratorio), que consultaron al servicio de emergencias entre el 11 de mayo de 2022 y el 20 de febrero de 2026. El punto final primario fue la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores (ECM) durante el seguimiento, definidos como un compuesto de mortalidad por cualquier causa, infarto agudo de miocardio (IAM) no fatal y revascularización coronaria. Los eventos clínicos fueron adjudicados mediante revisión de historias clínicas electrónicas. Como objetivo secundario, los pacientes fueron estratificados según severidad de la estenosis coronaria en tres grupos: arterias coronarias normales, enfermedad coronaria no obstructiva (<50% de estenosis) y enfermedad coronaria obstructiva (>50% de estenosis). Se calcularon riesgos relativos (RR) con intervalos de confianza (IC) del 95% para evaluar la asociación entre la carga anatómica definida por CCTA y la ocurrencia de ECM.





Resultados: Durante un seguimiento medio de 15,8 meses, se registraron eventos cardiovasculares mayores (ECM) en 25 de los 644 pacientes (3,9%). Los componentes individuales del punto final compuesto fueron: IAM no fatal en 11 pacientes (1,7%), mortalidad por cualquier causa en 2 pacientes (0,3%) y revascularización coronaria en 15 pacientes (2,3%). La tasa anualizada de ECM fue del 2,9%. Al estratificar a los pacientes según la severidad anatómica en CCTA, no se observaron ECM en aquellos con arterias coronarias normales (0/147; 0%), en contraste, ocurrieron eventos en 6 de 244 pacientes con enfermedad coronaria no obstructiva (2,5%) y en 19 de 253 pacientes con enfermedad coronaria obstructiva (7,5%). Los pacientes con enfermedad coronaria obstructiva presentaron un riesgo significativamente mayor de ECM en comparación con aquellos con enfermedad no obstructiva (RR 3,05; IC95% 1,24–7,52; p = 0,015). La ausencia de eventos en el grupo con arterias coronarias normales impidió la estimación convencional del riesgo relativo.

Conclusión: En pacientes que consultan por SCA sin elevación del ST de bajo o intermedio riesgo, la caracterización anatómica coronaria mediante CCTA se asoció de manera consistente con los resultados clínicos observados a más de 12 meses de seguimiento. Se identificó un gradiente de riesgo progresivo desde las arterias coronarias normales hasta la enfermedad coronaria no obstructiva y obstructiva, con tasas de eventos cardiovasculares mayores de 0%, 2,5% y 7,5% respectivamente. La enfermedad coronaria no obstructiva se asoció con una carga relevante de eventos adversos, lo que indica que no es un hallazgo completamente benigno. Estos resultados, obtenidos en una cohorte contemporánea del mundo real, refuerzan el rol de la CCTA como herramienta diagnóstica en SCA.

0635 - RENDIMIENTO HEMODINÁMICO DEL VALVE IN VALVE - AÓRTICO EN BIOPRÓTESIS QUIRÚRGICAS PEQUEÑAS: EXPERIENCIA Y ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Jorge Renzo TELLO VELÁSQUEZ | Santiago ORDOÑEZ | Pablo Marcelo SPALETRA | Pablo Damián MASCOLO | Gustavo Omar PEDERNERA | Lucio Tiburcio PADILLA (H) | Julian FEDER | Fernando CURA

ICBA

Introducción: Las bioprótesis quirúrgicas pequeñas (< =21 mm) se han asociado históricamente con gradientes residuales elevados y mayor incidencia de desproporción prótesis-paciente tras el implante transcatéter en posición valve-in-valve. La evolución de la técnica y la incorporación de estrategias de optimización podrían modificar el impacto hemodinámico tradicionalmente atribuido a esta anatomía.

Objetivos: Evaluar los resultados hemodinámicos inmediatos del valve-in-valve aórtico en pacientes con bioprótesis quirúrgicas pequeñas y analizar los factores asociados a gradientes residuales elevados.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó 38 pacientes consecutivos sometidos a valve-in-valve aórtico entre 2013 y 2025. Los pacientes fueron estratificados según el tamaño nominal de la bioprótesis quirúrgica: <=21 mm (n=10) y >21 mm (n=28). El objetivo primario fue el gradiente medio transvalvular postprocedimiento. Se evaluaron además la reducción absoluta del gradiente, la incidencia de gradiente residual ≥20 mmHg y las estrategias de optimización empleadas.

Variable	≤21 mm (n=10)	>21 mm (n=28)
Sexo femenino (%)	90	7
Creatinina (mg/dL)	1.08	1.41
Clearance creatinina (mL/min)	47.6	53.1
FEVI (%)	60.1	49.5
Gradiente pre (mmHg)	36.3	37.8
Estenosis (%)	40	57
Insuficiencia (%)	50	36
Mixta (%)	10	7

Tabla 1. Características basales

Resultados: Los pacientes con prótesis <=21 mm fueron predominantemente mujeres (90% vs 7%) y presentaron una mayor fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) basal (60,1% vs 49,5%). Los gradientes medios preprocedimiento fueron comparables entre ambos grupos (36,3 vs 37,8 mmHg). A pesar de representar una anatomía tradicionalmente asociada con peores resultados hemodinámicos, los pacientes con prótesis <=21 mm alcanzaron gradientes medios postprocedimiento similares a los observados en prótesis de mayor tamaño (14,3 vs 15,6 mmHg; p=0,884), con una reducción absoluta comparable del gradiente (22,0 vs 22,2 mmHg). Los pacientes con prótesis pequeñas fueron tratados mediante una estrategia más intensiva de optimización, incluyendo utilización universal de válvulas supraanulares (100% vs 82,1%), postdilatación (70,0% vs 57,1%) y fractura de la bioprótesis quirúrgica (BVF) (40,0% vs 32,1%). Ningún paciente con prótesis <=21 mm presentó gradientes residuales <=20 mmHg, mientras que esta condición se observó en el 28% de los pacientes con prótesis >21 mm, observándose una tendencia hacia una menor incidencia de gradientes elevados en el grupo de prótesis pequeñas (p=0,084). Los casos con gradientes residuales elevados ocurrieron exclusivamente en prótesis >21 mm y estuvieron asociados a factores heterogéneos, incluyendo procedimientos realizados durante la etapa inicial de la experiencia, calcificación severa, trombosis valvular y persistencia de gradientes elevados pese a estrategias contemporáneas de optimización

Tabla 1. Características basales

Variable	≤21 mm (n=10)	>21 mm (n=28)
Sexo femenino (%)	90	7
Creatinina (mg/dL)	1.08	1.41
Clearance creatinina (mL/min)	47.6	53.1
FEVI (%)	60.1	49.5
Gradiente pre (mmHg)	36.3	37.8
Estenosis (%)	40	57
Insuficiencia (%)	50	36
Mixta (%)	10	7

Tabla 2. Características procedimentales

Variable	≤21 mm	>21 mm
Supraanular (%)	100	82.1
Intraanular (%)	0	17.9
Postdilatación (%)	70	57.1
BVF (%)	40	32.1

Tabla 3. Resultados hemodinámicos

Variable	≤21 mm	>21 mm	p
Gradiente pre	36.3	37.8	
Gradiente post	14.3	15.6	0.884
Δ Gradiente	22.0	22.2	
Gradiente ≥20 mmHg (%)	0	28	0.084

Conclusión: En esta cohorte contemporánea, los pacientes con bioprótesis quirúrgicas pequeñas alcanzaron resultados hemodinámicos inmediatos favorables, incluyendo ausencia de gradientes residuales <=;20 mmHg. Los gradientes residuales elevados observados ocurrieron exclusivamente en prótesis de mayor tamaño y estuvieron asociados a factores clínicos y anatómicos heterogéneos más que al tamaño protésico en sí. Estos hallazgos sugieren que, en la práctica contemporánea, el impacto hemodinámico de las bioprótesis quirúrgicas pequeñas puede estar condicionado por múltiples factores más allá de la dimensión nominal de la prótesis.

0638 - FIBRILACIÓN AURICULAR POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA INTERVENIDOS CON MIECTOMÍA SEPTAL: DETERMINANTES E IMPLICACIONES CLÍNICAS

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Ivana María SEIA | Marcia GORINA | Ana SPACCAVENTO | Pablo Fernando ELISSAMBURU | Juan Mariano VRANCIC | Juan Pablo COSTABEL

ICBA

Introducción: La fibrilación auricular es una causa importante de morbilidad en la miocardiopatía hipertrófica. Si bien la miectomía septal alivia eficazmente la obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo, la fibrilación auricular postoperatoria sigue siendo frecuente y puede influir en los resultados a largo plazo.

Objetivos: Evaluar la incidencia, los predictores y las implicaciones clínicas de la fibrilación auricular postoperatoria en pacientes sometidos a miectomía septal con miocardiopatía hipertrófica obstructiva.

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó a 114 pacientes consecutivos sometidos a miectomía septal. La mediana de edad fue de 61 años (rango intercuartil: 50-68) y el 46,5 % eran varones. La mediana del espesor septal fue de 20,5 mm (rango intercuartil: 18-24,3), el gradiente basal fue de 50 mmHg (rango

intercuartil: 23-80) y el gradiente con Valsalva fue de 92 mmHg (rango intercuartil: 65-127,5). El remodelado auricular izquierdo fue significativo, con una mediana del diámetro auricular izquierdo de 48 mm (rango intercuartil: 45-53), un área auricular izquierda de 29 cm² (rango intercuartil: 25,7-34) y un volumen auricular izquierdo indexado de 54 ml/m² (rango intercuartil: 43-67). La mediana de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue de un 66 % (rango intercuartil: 62-69). El 22,8 % de los pacientes presentó fibrilación auricular preoperatoria y el 16,7 % se realizó un procedimiento de Maze concomitante. El punto final primario fue la fibrilación auricular postoperatoria, definida como la fibrilación auricular documentada después de la cirugía. El análisis de regresión logística multivariable incluyó el espesor del septum, los gradientes preoperatorios y postoperatorios, el volumen auricular izquierdo indexado, la relación E/e´, la presión sistólica de la arteria pulmonar, la edad y el procedimiento de Maze.

Resultados: El 27,2 % de los pacientes presentó fibrilación auricular postoperatoria. El volumen auricular izquierdo indexado predijo de forma independiente la fibrilación auricular postoperatoria (odds ratio: 1,067 por ml/m²; intervalo de confianza del 95 %: 1,029-1,106; p < 0,001). La edad también se asoció de forma independiente con la fibrilación auricular (odds ratio [OR]: 1,048 por año; intervalo de confianza del 95 %: 1,006 a 1,091; p = 0,023). El espesor del septum, el gradiente preoperatorio, el gradiente residual postoperatorio, la relación E/e´ y la presión sistólica de la arteria pulmonar no se asociaron de forma independiente con la fibrilación auricular postoperatoria.

Conclusión: La fibrilación auricular postoperatoria sigue siendo frecuente tras la miectomía septal. El remodelado estructural auricular, reflejado por el volumen auricular izquierdo indexado y la edad avanzada, son los principales determinantes, mientras que los parámetros de obstrucción ventricular no predicen de forma independiente los resultados arrítmicos. Estos hallazgos resaltan el papel central de la enfermedad auricular en relación a la progresión de la miocardiopatía hipertrófica y respaldan la derivación quirúrgica temprana, antes de que se desarrolle un remodelado auricular avanzado.

0639 - PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS EN UNA POBLACIÓN NATIVA DEL IMPENETRABLE CHAQUEÑO

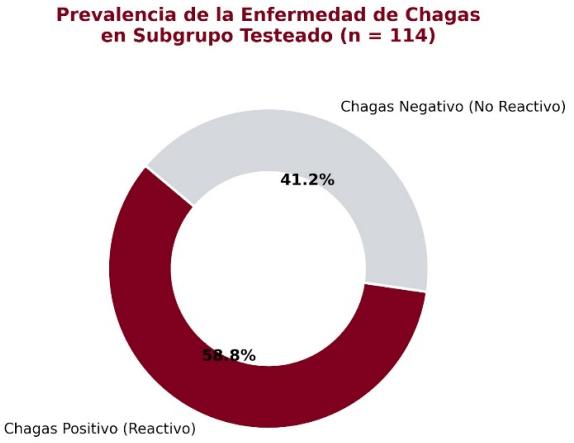
Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Enfermedad de Chagas

Miriam Georgina DIAZ | Sandra Itati PEDEVILA

CENTRO MEDICO SA.

Introducción: Las comunidades nativas y rurales aisladas de la región del Impenetrable Chaqueño presentan una alta vulnerabilidad social y barreras estructurales de acceso al sistema de salud. Aunque tradicionalmente se asocia a estas poblaciones con patologías endémicas, la transición epidemiológica actual expone una creciente y poco documentada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) convencionales.

Objetivos: Objetivos: Evaluar el perfil de riesgo cardiovascular, determinar la prevalencia de FRCV tradicionales y analizar los hallazgos en el electrocardiograma (ECG) de una población nativa asistida durante una campaña humanitaria de atención médica en el Impenetrable Chaqueño.



Materiales y Métodos: Materiales y Métodos: Estudio descriptivo y transversal realizado en el contexto de un proyecto de asistencia médica y prevención epidemiológica en territorio. Se incluyeron 131 pacientes consecutivos evaluados de forma integral. Se relevaron variables demográficas, antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes y tabaquismo. Se determinó obesidad mediante el índice de masa corporal (IMC). A la totalidad de la muestra se le realizó un ECG de 12 derivaciones. En un subgrupo de 114 pacientes se dispuso de serología para la Enfermedad de Chagas (EC). Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar (±).

Resultados: Resultados: Se analizaron 131 pacientes (51,1% hombres, edad media 44 ± 15 años, rango 5-85). La prevalencia de FRCV fue: HTA 25,2% (n=33), obesidad 23,7% (n=31), tabaquismo 13,7% (n=18) y diabetes 12,2% (n=16). El promedio de

caminata diaria reportado fue de 4,8 ± 4 horas. Se evidenciaron alteraciones en el ECG en el 16,0% (n=21) de la población total. Los hallazgos patológicos más frecuentes fueron los trastornos de conducción (hemibloqueo anterior izquierdo n=3, bloqueo incompleto de rama derecha n=3, bloqueo completo de rama derecha n=2, y bloqueos bifasciculares n=2), seguidos por hipertrofia ventricular izquierda (n=5) y bradicardia sinusal (n=4). En el subgrupo con serología (n=114), la prevalencia de EC fue del 58,8% (n=67). Dentro de los pacientes con EC positiva, el 13,4% (n=9) presentó alteraciones electrocardiográficas asociadas.

Conclusión: La población evaluada exhibe una elevada prevalencia de FRCV tradicionales (HTA y obesidad), equiparándose a contextos urbanos a pesar de un estilo de vida activo con alta carga de caminata diaria. Asimismo, se observa una significativa coexistencia de la EC con trastornos crónicos de la conducción interventricular, lo que subraya la necesidad de implementar programas de prevención cardiovascular, articulada con intervenciones activas sobre el ambiente para el control del vector transmisor del agente causal de la enfermedad de Chagas, en estas comunidades postergadas.

0640 - EL PLASMINÓGENO SÉRICO SE ASOCIA CON EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO Y TROPONINA T ULTRASENSIBLE INICIALMENTE NORMAL

Cardiopatía Isquémica

Cristofer MERIDA | Lucas Adrián OTERO GÓMEZ | Paula DEMARCHI | Claudio César HIGA | María Jimena GAMBARTE | Marlon BRAUN DAHER | Maria Laura ROCHA | Omar Darío TUPAYACHI VILLAGOMEZ

Hospital Alemán

Introducción: Fundamento: Los síndromes coronarios agudos (SCA) se producen, en la mayoría de los casos, por trombosis sobre un accidente de placa. Si bien la troponina cardíaca ultrasensible constituye el biomarcador de referencia para el diagnóstico de SCA, puede ser inicialmente normal en pacientes que consultan precozmente. Los biomarcadores vinculados a la trombosis y la fibrinólisis podrían aportar información diagnóstica complementaria, aunque su utilidad en pacientes admitidos en una Unidad de Dolor Precordial no ha sido adecuadamente establecida.

Objetivos: Objetivo: Evaluar el rendimiento diagnóstico del plasminógeno y otros biomarcadores de trombosis/fibrinólisis para detectar SCA en pacientes admitidos por dolor torácico con troponina T ultrasensible inicialmente normal.

Materiales y Métodos: Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo que incluyó 156 pacientes consecutivos admitidos bajo un protocolo de dolor torácico en el departamento de emergencias. La troponina T ultrasensible se midió según un protocolo 0/3 horas. Al ingreso se evaluaron plasminógeno, fibrinógeno, productos de degradación del fibrinógeno, factor VIIIc, factor de von Willebrand y dímero D. Las muestras fueron recolectadas y almacenadas a −70 °C, y posteriormente analizadas mediante sistemas de coagulación IL en un instrumento ACL TOP 300 VM. La troponina T ultrasensible fue determinada mediante analizador Roche Elecsys. Los investigadores permanecieron cegados a los resultados de los biomarcadores de trombosis/fibrinólisis durante la atención clínica. Se excluyeron pacientes que hubieran recibido anticoagulación o heparina antes de la toma de muestras. El punto final primario fue el diagnóstico intrahospitalario de SCA sin elevación del ST. Se realizaron análisis de regresión logística multivariable y curvas ROC. El análisis estadístico se realizó con SPSS versión 26.

Resultados: Resultados: Se incluyeron 156 pacientes, con edad media de 62 ± 12 años; el 42% fueron mujeres y el 32% fue diagnosticado con SCA. El plasminógeno mostró la mayor capacidad discriminativa para el diagnóstico de SCA, con un área bajo la curva ROC de 0,74 (IC 95% 0,55–0,93), superior a la observada para fibrinógeno [AUC 0,59 (IC 95% 0,39–0,79)], factor VIIIc [AUC 0,49 (IC 95% 0,22–0,76)], factor de von Willebrand [AUC 0,52 (IC 95% 0,28–0,75)] y productos de degradación del fibrinógeno [AUC 0,46 (IC 95% 0,25–0,67)]. Utilizando un punto de corte óptimo de 66% de actividad, el plasminógeno presentó una razón de verosimilitud positiva de 1,70 y una razón de verosimilitud negativa de 0,53. En el análisis multivariable, el plasminógeno se asoció de manera independiente con el diagnóstico de SCA [OR 1,04 por unidad de incremento; IC 95% 1,00–1,08; p = 0,040].

Conclusión: Conclusiones: En pacientes admitidos por dolor torácico con troponina T ultrasensible inicialmente normal, el plasminógeno sérico se asoció de manera independiente con el diagnóstico de SCA y mostró mejor capacidad discriminativa que otros biomarcadores de trombosis/fibrinólisis. Estos hallazgos sugieren que la evaluación de la actividad fibrinolítica podría aportar información diagnóstica complementaria en etapas tempranas del SCA.

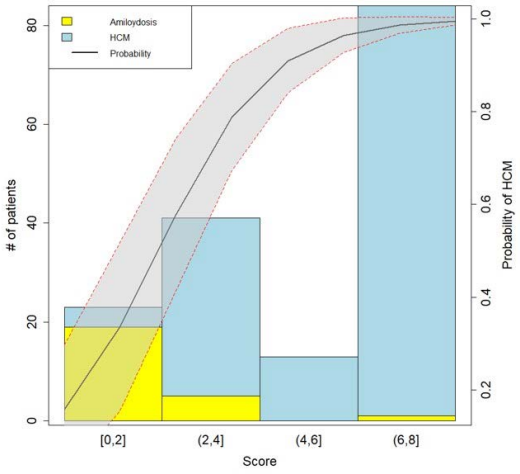
0641 - ANÁLISIS INTERPRETABLE DEL ELECTROCARDIOGRAMA MEDIANTE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO PARA DIFERENCIAR LA AMILOIDOSIS CARDÍACA DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN PACIENTES CON HIPERTROFIA VENTRICULAR

Medicina Digital E Inteligencia Artificial / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Guillermo ORTEGA[1] | Beatriz LÓPEZ-MELGAR[2] | Álvaro MONTES MUÑIZ[3] | Alberto CECCONI[4] | Fernando ALFONSO[5] | Luis Jesús JIMENEZ-BORREGUERO[6]

INSTITUTO DE INVESTIGACION BIOMEDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA[1]; HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA[2]; HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA[3]; HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA[4]; HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA[5]; HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA[6]

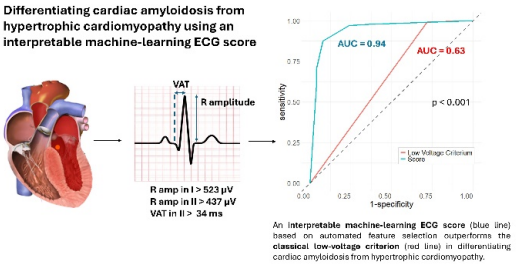
Introducción: Diferenciar la amiloidosis cardíaca (AC) de la miocardiopatía hipertrófica (MCH) en pacientes con hipertrofia ventricular supone un reto clínico, pero es esencial debido a las marcadas diferencias en su manejo y pronóstico. Aunque las técnicas avanzadas de imagen proporcionan información diagnóstica única, no están disponibles de forma universal. El electrocardiograma (ECG) puede aportar información diagnóstica valiosa para priorizar a los pacientes que requieren estudios adicionales.



Objetivos: El objetivo de este trabajo fue desarrollar y validar un método interpretable basado en aprendizaje automático y ECG para diferenciar la AC de la MCH, utilizando características morfológicas del ECG extraídas de forma automática.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente ECG de 12 derivaciones de 161 pacientes con hipertrofia ventricular (25 con AC). Mediante un software automatizado se extrajeron un total de 468 variables morfológicas del ECG. Tras la reducción de dimensionalidad y la selección de variables, se aplicó un algoritmo de gradient boosting para identificar las características electrocardiográficas con mayor capacidad discriminativa, las cuales se incorporaron posteriormente a una escala de riesgo interpretable basada en regresión logística. El rendimiento del modelo se evaluó mediante validación por bootstrapping y se comparó con el criterio electrocardiográfico clásico de bajo voltaje.

Resultados: Se identificaron tres parámetros electrocardiográficos como discriminadores clave: la amplitud de la onda R en la derivación I, la amplitud de la onda R en la derivación II y el tiempo de activación ventricular en la derivación II. La puntuación resultante basada en ECG permitió una excelente discriminación entre AC y MCH (AUC corregida por bootstrap de 0,94; puntuación de Brier de 0,055), superando significativamente al criterio clásico de bajo voltaje (AUC de 0,63; p < 0,001). La calibración del modelo fue robusta y la puntuación resultante fue completamente interpretable y fácilmente aplicable en la práctica clínica.



Conclusión: Una puntuación basada en ECG y aprendizaje automático, con un diseño interpretable, permite diferenciar con precisión la AC de la MCH en pacientes con hipertrofia ventricular, superando a los criterios tradicionales basados en voltaje. Este enfoque pragmático podría facilitar un diagnóstico más precoz y orientar la realización de pruebas complementarias, especialmente en entornos con acceso limitado a técnicas avanzadas de imagen cardíaca.

0642 - IC-FEP - LIKE: REMODELADO REVERSO Y HEMODINAMICO EN ECO STRESS CON TRATAMIENTO DE I GLP2 Y ARM.

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Multimagen

Paul VARGAS MIELES | Lorena María QUESADA AMAYA | Juan Ernesto VAZQUEZ EPELBAUM

Sanatorio Trinidad Mitre

Introducción: La disfunción diastólica inducida por el ejercicio es una causa frecuente y subdiagnosticada de disnea en pacientes mayores de >65 años con fracción de eyección preservada. El ecoestrés permite identificar elevación de presiones de llenado, incremento de la PSAP y deterioro funcional no evidentes en reposo, caracterizando un fenotipo de ICFEp inducida por ejercicio.

Objetivos: Objetivo principal Evaluar las características clínicas, ecocardiográficas, pulmonares y coronarias en pacientes mayores;65 años con DDIE y analizar la evolución tras 12 meses de tratamiento con espironolactona + dapagliflozina.

Materiales y Métodos: 1. Diseño y población Estudio observacional prospectivo longitudinal, una única cohorte. 106 pacientes consecutivos mayor 65 años remitidos para ecoestrés en cinta ergométrica por disnea de esfuerzo NYHA II-III y sospecha de disfunción diastólica. 2. Protocolo de ecoestrés Adquisición en reposo, pico del ejercicio y recuperación inmediata. 3. Intervención terapéutica e intervencionista (CCG) Espironolactona 25 mg/día + dapagliflozina 10 mg/día 4. Análisis estadístico Variables continuas: media ± DE o mediana (RIC) según Shapiro-Wilk. Variables categóricas: N (%). Comparación temporal: Wilcoxon o t de Student pareada. Categóricas: Chi² o Fisher. Correlaciones: Spearman o Pearson. Significancia: p<0.05 bilateral, IC 95%. SPSS v.26 y R v.4.2.

Variable	N (%) / Media ± DE
Hipertensión arterial	78 (80%)
Dislipidemia	69 (70%)
Hipertrofia VI	75 (77%)
Diabetes mellitus	49 (50%)
Fibrilación auricular	15 (15%)
Sexo femenino	59 (60%)
IMC (kg/m²)	28 ± 5

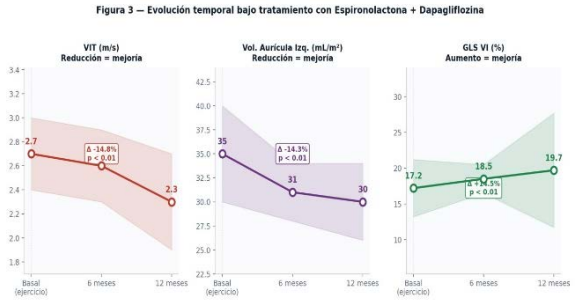


Figura 6. Evolución temporal de parámetros hemodinámicos y de strain (basal → 6 m → 12 m). Bandas coloreadas: ± 1 DE. Todos los cambios alcanzan significancia estadística (p<0.05). La mejoría es progresiva y sostenida.

Resultados: La cohorte incluyó 106 pacientes con predominio femenino (60%). La carga de FRCV fue elevada y multidominio: HTA 80%, dislipidemia 70%, DM 50%, FA 15%. El 77% presentó hipertrofia ventricular izquierda en el ecocardiograma basal, hallazgo consistente con la sobrecarga crónica de presión Durante el ecoestrés se objetivaron cambios hemodinámicos significativos. La VRT incrementó de 2.2 a 2.7 ± 0.3 m/s (+22.7%; p<0.01), correspondiente a una PSAP estimada de 41-44 mmHg, superando el umbral de hipertensión pulmonar inducida por ejercicio (PSAP >40 mmHg). El volumen auricular izquierdo aumentó de 32 ± 4 a 35 ± 5 mL/m² (+9.4%; p<0.05). 3. Insuficiencia mitral dinámica De los 52 pacientes con IM leve en reposo (53%), 8 (8.2% de la cohorte; 15.4% del subgrupo) progresaron a IM moderada durante el ejercicio. Ecografía pulmonar Líneas B pulmonares presentes en el 5%. La asociación entre cometas y enfermedad coronaria fue del 93% (p=0.04). La coronariografía mostró coronarias normales en el 70%, enfermedad no obstructiva en el 17% y obstructiva significativa en el 13%. 4. Evolución a 6 y 12 meses bajo tratamiento combinado Velocidad de insuficiencia tricuspídea: descenso de 2.7 a 2.3 ± 0.4 m/s (−14.8%; p<0.01), reflejando reducción de la postcarga del VD y de la presión auricular izquierda. Volumen auricular izquierdo: reducción de 35 ± 5 a 30 ± 4 mL/m² (−14.3%; p<0.01). El remodelado auricular inverso es marcador establecido de mejoría de presiones de llenado y factor pronóstico favorable en ICFEp. GLS VI: mejoría de 17.2 ± 4% a 19.7 ± 8% (+14.5%; p<0.05), superando el umbral MCID (~1.5%) e indicando mejoría real de la función sistólica subendocárdica. Capacidad funcional: METs +7.4% (p<0.05) y caminata de 6 min 480;540 m (+12.5%; p<0.01), con impacto directo sobre la calidad de vida.

Conclusión: 1. La DDIE es frecuente en pacientes >65 años con HTA, dislipidemia y DM, configurando un fenotipo de ICFEp inducida por ejercicio de alta prevalencia. 2. El ecoestrés identifica alteraciones hemodinámicas no evidentes en reposo 3. El tratamiento combinado espironolactona + dapagliflozina se asoció a mejoría significativa de VRT (−14.8%), Vol. AI (−14.3%), GLS (+14.5%) y caminata 6 min (+12.5%) a 12 meses (todos p<0.05).

0644 - LEVOSIMENDÁN PREOPERATORIO Y MODIFICACIÓN DEL RIESGO DE SÍNDROME DE BAJO GASTO CARDÍACO EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA SEVERA SOMETIDOS A CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Juan Manuel SILVA VILLALBA[1] | Juan Pablo MESA BELLUCCI[1] | Oriana Lía QUIROGA ANGULO[1] | Camila Sofía MENDOZA RODRÍGUEZ[1] | Juan Pablo GUZMÁN[1] | Lucrecia SECCO[1] | Francisco TOSCANO[1] | María Lujan SILVA VILLALBA[2]

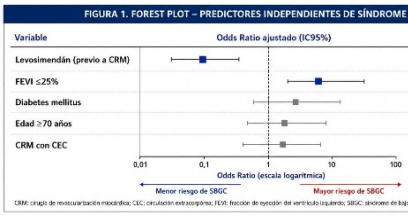
Hospital Churruca - Visca[1]; Universidad de Buenos Aires[2]

Introducción: La disfunción ventricular izquierda severa se asocia con elevada morbimortalidad en cirugía de revascularización miocárdica (CRM). El síndrome de bajo gasto cardíaco (SBGC) constituye una de sus principales complicaciones y se relaciona con mayor utilización de recursos críticos y peores resultados clínicos. Actualmente el papel del levosimendán como estrategia de optimización preoperatoria continúa siendo motivo de debate.

Objetivos: Evaluar el impacto del levosimendán preoperatorio sobre la incidencia de SBGC en pacientes con disfunción ventricular izquierda severa sometidos a CRM y determinar su valor incremental en la predicción de eventos perioperatorios. El objetivo primario fue la ocurrencia de SBGC postoperatorio. Los objetivos secundarios incluyeron mortalidad hospitalaria, infarto perioperatorio, fibrilación auricular, ventilación mecánica y estadía en cuidados intensivos.

FIGURA 1. FOREST PLOT – PREDICTORES INDEPENDIENTES DE SÍNDROME DE BAJO GASTO CARDÍACO

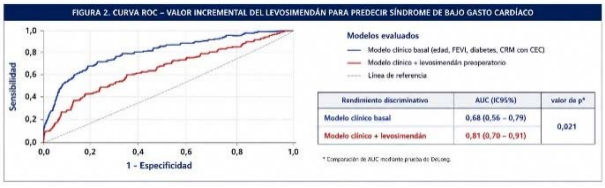
Variable	Odds Ratio ajustado (IC95%)	OR ajustado	IC95%	valor de p
Levosimendán (previo a CRM)		0,24	0,08 – 0,72	0,011
FEVI ≤25%		3,12	1,22 – 8,01	0,018
Diabetes mellitus		1,87	0,74 – 4,75	0,180
Edad ≥70 años		1,58	0,68 – 3,69	0,290
CRM con CEC		1,42	0,60 – 3,35	0,420



CRM: cirugía de revascularización miocárdica; CEC: circulación extracorpórea; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; SBGC: síndrome de bajo gasto cardíaco.

Materiales y Métodos: Se diseñó un ensayo clínico prospectivo, aleatorizado y controlado que incluyó 100 pacientes con fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) <=30% sometidos a CRM electiva con o sin circulación extracorpórea. Los pacientes fueron asignados en relación 1:1 a recibir levosimendán en infusión continua de 0,2 mcg/kg/min durante las 24 horas previas a la cirugía o tratamiento convencional. Las variables continuas se expresaron como mediana (RIC) y se compararon mediante Mann–Whitney. Las variables categóricas se analizaron mediante X^2 o prueba exacta de Fisher. Se construyó un modelo de regresión logística multivariada para identificar predictores independientes de SBGC. El rendimiento discriminativo del modelo se evaluó mediante el área bajo la curva ROC (AUC). Los resultados se expresan como odds ratio (OR) e intervalos de confianza del 95% (IC95%).

FIGURA 2. CURVA ROC – VALOR INCREMENTAL DEL LEVOSIMENDÁN PARA PREDECIR SÍNDROME DE BAJO GASTO CARDÍACO



Resultados: Se incluyeron 100 pacientes con edad mediana de 65 años (RIC 59–71), siendo el 76% hombres. Las características basales fueron comparables entre grupos. La incidencia de SBGC fue significativamente menor en el grupo levosimendán respecto del grupo control (8% vs. 26%; OR 0,25; IC95% 0,08–0,77; p=0,016). Asimismo, se observó una menor necesidad de soporte inotrópico prolongado (12% vs. 30%; p=0,026), menor duración de ventilación mecánica (16 horas [RIC 13–20] vs. 22 horas [RIC 18–27]; p=0,008) y menor permanencia en cuidados intensivos (3 días [RIC 2–4] vs. 5 días [RIC 4–6]; p<0,001). No se observaron diferencias significativas en mortalidad hospitalaria, infarto perioperatorio ni fibrilación auricular. En el análisis multivariado, el uso de levosimendán se asoció independientemente con menor riesgo de SBGC (OR ajustado 0,24; IC95% 0,08–0,72; p=0,011), mientras que una FEVI <25% se identificó como predictor independiente (OR ajustado 3,12; IC95% 1,22–8,01; p=0,018) (Figura 1). La incorporación del levosimendán al modelo clínico incrementó significativamente su capacidad discriminativa para predecir SBGC (AUC 0,68 vs. 0,81; p=0,021) (Figura 2).

Conclusión: En pacientes con disfunción ventricular izquierda severa sometidos a CRM, la administración preoperatoria de levosimendán se asoció con una reducción significativa e independiente del riesgo de SBGC y con una recuperación postoperatoria más favorable. Estos hallazgos sugieren que la optimización preoperatoria con levosimendán podría disminuir la morbilidad perioperatoria en pacientes con disfunción ventricular severa.

0645 - VALIDACION DE SCORES PREQUIRURGICOS DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE ARGENTINA Y VALOR AGREGADO DE LA FRAGILIDAD E INDICE NUTRICIONAL EN LOS MISMOS

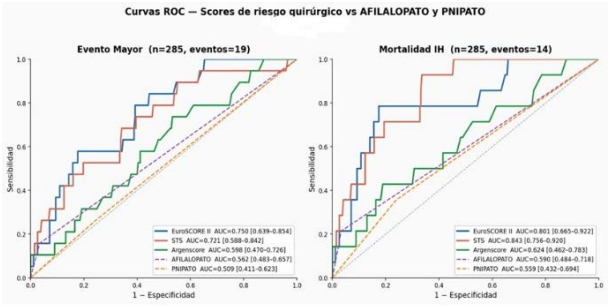
Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Nicolás Arturo TORRES | **Maria Agustina SCHEGGIA** | Jesús LODEIRO | Fabricio COLUSSI | Lautaro MAGGIO | Jorge BILBAO | Guillermo VACCARINO | José BONORINO

Hospital Austral

Introducción: Los scores de fragilidad e índices nutricionales preoperatorios han emergido como potenciales marcadores pronósticos en diversas especialidades quirúrgicas. En cirugía cardiovascular (CCV), la evaluación del riesgo preoperatorio se basa clásicamente en scores validados como el EuroSCORE II, el Score STS y el Argenscore. Cuál de ellos es actualmente el más preciso para eventos adversos mayores en nuestra población y si la sumatoria de scores de fragilidad e índices nutricionales tendría valor agregado, aún no ha sido esclarecido.

Objetivos: Evaluar la capacidad discriminativa y mejor valor predictivo de los scores de riesgo quirúrgicos (EuroSCORE II, el Score STS y el Argenscore) para eventos adversos mayores (EVENTMAY) y mortalidad intrahospitalaria (MORTIH), y determinar si la incorporación del score de Afilalo y el Prognostic Nutritional Index (PNI) mejora la capacidad discriminativa de dichos modelos, en una cohorte de pacientes sometidos a CCV.



Materiales y Métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de una cohorte prospectiva unicéntrica de pacientes hospitalizados por CCV en un hospital argentino (octubre 2021 – agosto 2025). Se incluyeron 285 pacientes. Se compararon los scores de riesgo (Argenscore, EuroSCORE II, STS) como variables continuas y categorizadas por grupo de bajo, mediano y alto riesgo según porcentaje de mortalidad estimado determinando como outcomes EVENTMAY - definido como accidente cerebrovascular, mortalidad e infarto agudo de miocardio- y MORTIH. A su vez se analizó si a cada score, el agregado de un score de Afilalo patológico (AFILALOPATO) -definido como un cálculo mayor o igual a 3- y/o el agregado de un PNI patológico (PNIPATO) -definido como menor a 45- proporcionaron mejor capacidad discriminativa. La capacidad discriminativa de cada predictor se estimó mediante el área bajo la curva ROC (AUC-ROC) con intervalos de confianza del 95% por bootstrap (2000 iteraciones). La comparación entre modelos (score solo vs. score + AFILALOPATO / PNIPATO) se realizó con el test de DeLong sobre la misma muestra completa.

Resultados: Se incluyeron 285 pacientes. Se registraron 19 eventos adversos mayores (6,7%) y 14 muertes intrahospitalarias (4,9%). Para EVENTMAY, EuroSCORE II continuo obtuvo el mayor AUC (0,750; IC95% 0,639–0,854), seguido de STS continuo (0,721; IC95% 0,588–0,842). Para MORTIH, STS continuo fue el mejor predictor (AUC 0,843; IC95% 0,756–0,920), seguido de EuroSCORE II (0,801; IC95% 0,669–0,922). Argenscore mostró discriminación intermedia para MORTIH (AUC 0,624) y no significativa para EVENTMAY (AUC 0,598). AFILALOPATO presentó AUC de 0,562 (EVENTMAY) y 0,590 (MORTIH), y PNIPATO AUC de 0,509 y 0,559, respectivamente. (Imagen 2) La incorporación de AFILALOPATO y/o PNIPATO a ninguno de los scores –tanto continuos como categorizados– produjo una mejora estadísticamente significativa del AUC. Las ganancias observadas fueron mínimas e inconsistentes (Tabla 1)

Conclusión: En esta cohorte de pacientes sometidos a CCV tanto el Score STS como el EuroScore II continuo constituyeron los mejores predictores individuales de mortalidad intrahospitalaria y evento adverso mayor con AUC similares y superiores a 0,8. Ninguna de las 2 variables de medición de fragilidad e índice nutricional mejoraron de forma significativa la capacidad discriminativa de los modelos basados en scores de riesgo validados. Infiriendo que su probable valor pronóstico ya se encuentra capturado en los scores de riesgo evaluados.

0646 - SUSCEPTIBILIDAD GENÉTICA Y PERSISTENCIA DEL TABAQUISMO: IMPACTO DEL POLIMORFISMO RS4704963 DEL GEN EBF1

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Maria Victoria CARVELLI | Mario Bruno PRINCIPATO | Andrés Paul VINUEZA MOREANO | Melina COY DORMAN | Manuel LAGO | Analía Gladys PAOLUCCI | Rocío CASTILLA | Justo CARBAJALES

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

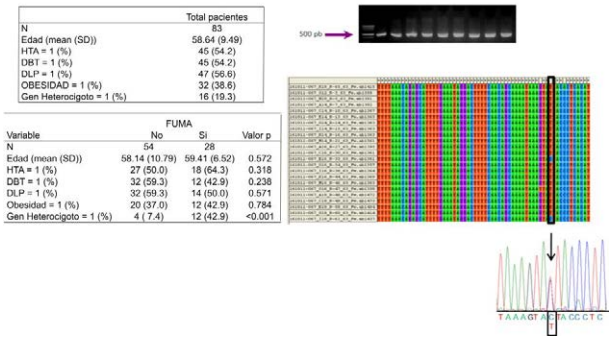
Introducción: El tabaquismo continúa siendo una de las principales causas prevenibles de morbimortalidad cardiovascular. Aunque múltiples factores ambientales y conductuales participan en la dependencia nicotínica, existe creciente evidencia acerca del papel de los determinantes genéticos en la susceptibilidad al hábito tabáquico y en la dificultad para lograr el cese. El gen Early B-Cell Factor 1 (EBF1) participa en mecanismos de diferenciación neuronal y presenta expresión en estructuras relacionadas con el sistema de recompensa cerebral, la regulación emocional y la conducta adictiva. Sin embargo, el impacto del polimorfismo rs4704963 (T>C) del gen EBF1 sobre el tabaquismo persistente a largo plazo permanece insuficientemente caracterizado.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el polimorfismo rs4704963 (T>C) del gen EBF1 y la susceptibilidad al hábito tabáquico, así como analizar la relación entre dicho polimorfismo y la persistencia del tabaquismo luego de aproximadamente 11 años de seguimiento.

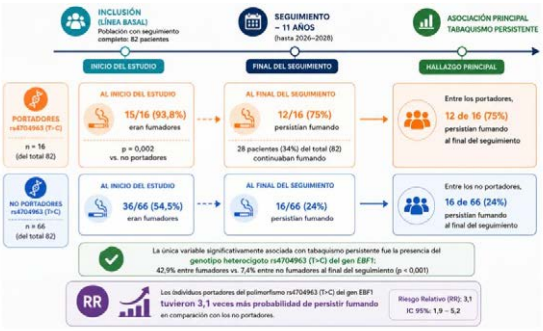
	Total pacientes
N	83
Edad (mean (SD))	58.64 (9.49)
HTA = 1 (%)	45 (54.2)
DBT = 1 (%)	45 (54.2)
DLP = 1 (%)	47 (56.6)
OBESIDAD = 1 (%)	32 (38.6)
Gen Heterocigoto = 1 (%)	16 (19.3)

FUMA

Variable	No	Si	Valor p
N	54	28	
Edad (mean (SD))	58.14 (10.79)	59.41 (6.52)	0.572
HTA = 1 (%)	27 (50.0)	18 (64.3)	0.318
DBT = 1 (%)	32 (59.3)	12 (42.9)	0.238
DLP = 1 (%)	32 (59.3)	14 (50.0)	0.571
Obesidad = 1 (%)	20 (37.0)	12 (42.9)	0.784
Gen Heterocigoto = 1 (%)	4 (7.4)	12 (42.9)	<0.001



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo observacional unicéntrico. La detección del polimorfismo rs4704963 (T>C) del gen EBF1 se efectuó mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) anidada y secuenciación genética. Imagen 1 Inicialmente se evaluó la asociación entre el polimorfismo y el hábito tabáquico basal. Posteriormente, se analizó la persistencia del tabaquismo luego de aproximadamente 11 años de seguimiento longitudinal. Los resultados se expresaron como frecuencias y porcentajes. La asociación entre el polimorfismo rs4704963 y la persistencia tabáquica se evaluó mediante riesgo relativo (RR) con su correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC95%).



Resultados: Se analizaron 82 pacientes con seguimiento completo, cuyas características clínicas basales se muestran en la Tabla 1. De ellos, 16 eran portadores del genotipo heterocigoto rs4704963 (T>C) del gen EBF1 y 66 correspondían a pacientes no portadores. Al inicio del estudio, 15 de 16 pacientes portadores (93,8%) eran fumadores, en comparación con 36 de 66 pacientes no portadores (54,5%; p = 0,002), evidenciando una fuerte asociación entre el polimorfismo y la susceptibilidad al hábito tabáquico. Luego de 11 años de seguimiento de los 82 pacientes, 28 (34%) continuaban fumando. La presencia del genotipo heterocigoto rs4704963 fue la única variable significativamente asociada con tabaquismo persistente, encontrándose presente en el 42,9% de los pacientes que persistían fumando frente al 7,4% de aquellos que no fumaban al seguimiento (p < 0,001). Entre los portadores del polimorfismo, 12 de 16 pacientes (75%) persistían fumando al final del seguimiento, mientras que solo 16 de 66 pacientes no portadores (24%) continuaban fumando. Los individuos portadores del polimorfismo presentaron aproximadamente tres veces más probabilidad de persistir fumando en comparación con los no portadores (RR = 3,1; IC95%: 1,9–5,2). Imagen 2

Conclusión: El polimorfismo rs4704963 (T>C) del gen EBF1 se asoció significativamente tanto con la susceptibilidad al hábito tabáquico basal como con una marcada persistencia del consumo luego de 11 años de seguimiento. Estos hallazgos sugieren que variantes genéticas vinculadas con circuitos neuronales relacionados con recompensa, ansiedad y dependencia podrían influir no solo en el inicio del tabaquismo, sino también en la dificultad para abandonar el hábito. Desde una perspectiva clínica, la identificación del polimorfismo rs4704963 del gen EBF1 podría contribuir en el futuro a reconocer subgrupos de pacientes con mayor riesgo de dependencia nicotínica y menor probabilidad de lograr el cese tabáquico, abriendo la puerta al desarrollo de estrategias preventivas e intervenciones terapéuticas más personalizadas.

0647 - SCAI B AL INGRESO EN INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA: PROGRESIÒN EVOLUTIVA DE ESTADIO SCAI SEGÚN FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Víctor Miguel MAURO[1] | **Martín CARR**[1] | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA[2] | Enrique FAIRMAN[1] | Adrián CHARASK[1] | Camila FORCLAZ[2] | José VILLACÍS[1] | Carlos Manuel BARRERO[1]

CLÍNICA SANTA ISABEL[1]; CLINICA BAZTERRICA[2]

Introducción: La clasificación SCAI SHOCK ha demostrado utilidad para la estratificación pronóstica de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada (ICD). Sin embargo, existe escasa información acerca de su comportamiento evolutivo en pacientes que ingresan en estadio SCAI B, particularmente según el fenotipo de fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI).

Objetivos: 1) Analizar las características clínicas de los pacientes internados por ICD que ingresan en estadio SCAI B de acuerdo con la fracción de eyección ventricular izquierda. 2) Comparar la progresión intrahospitalaria desde SCAI B hacia SCAI C/D/E según FEVI reducida o conservada y 3. evaluar las variables clínicas, de laboratorio y ecocardiográficas asociadas a dicha progresión

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo y consecutivo de pacientes SCAI B internados en unidad coronaria por ICD. La FEVI fue determinada mediante ecocardiograma transtorácico realizado dentro de las primeras 24 horas del ingreso y se definió FEVI reducida si <40% o FEVI conservada si >=40%. La clasificación SCAI fue evaluada al ingreso y cada 24 hs. Se consignó SCAI C/D/E evolutivo si el paciente progresa a alguna de esas categorías durante las primeras 72 hs de internación. Se excluyeron pacientes con síndromes coronarios agudos, sepsis, paro cardíaco resucitado, diálisis y shock hemorrágico. Se realizó el análisis al ingreso de las características de la población, variables clínicas, bioquímicas (NT-proBNP, ácido láctico, creatinina, urea), y ecocardiográficas (FEVI (%), diámetros ventriculares (DDVI) y función de ventrículo derecho (TAPSE) relacionadas a progresión SCAI a las 72 hs y posteriormente análisis multivariado con aquellas variables que hubieran presentado asociación en el análisis inicial.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 84 pacientes consecutivos internados por ICD en el periodo diciembre 2025/ mayo 2026. Tras aplicar los criterios de exclusión, quedaron 56 pacientes con SCAI B de ingreso para el análisis. La edad mediana fue de 80 años (RIC 66–87) y el 46% correspondió al sexo masculino. Hipertensión arterial 66%, diabetes mellitus 23%, tabaquismo activo 11%. Antecedentes de cardiopatía isquémica 20% e insuficiencia cardíaca 27%. Un 59% de los p tenían FEVI reducida (mediana): 28% (RIC 24–32) vs y 41% FEVI conservada (mediana): 59% (RIC 55–62), p < 0,001. Los pacientes con FEY reducida tenían más antecedentes de cardiopatía isquémica (30% vs 4%, p 0.019), menor tensión arterial al ingreso (120 mmHg vs 140 mmHg, p 0.025), mayor dilatación del VI (DDVI: FEVI reducida mediana: 60 mm (RIC 51–67) vs FEVI conservada: mediana 47 mm (RIC 42–50); p < 0,001) TAPSE: FEVI reducida: mediana 16 mm (RIC 14–18) vs FEVI conservada: mediana 18 mm (RIC 17–22) p = 0,001), y mayores niveles de NT-proBNP (7069 vs 3100 pg/mL, p=0,005) e ingurgitación yugular (67% vs 35%, p=0,029) que aquellos con FEVI conservada. Dentro de las primeras 72 hs evolucionaron a SCAI C/D/E un 37,5% de los pacientes (21/56 pacientes), sin diferencias de acuerdo al valor de FEVI (39,4% en reducida vs. 34,8% en conservada, p=0.79). Asimismo, ninguna variable clínica, de laboratorio o ecocardiográfica analizada fue predictora de progresión de estadío SCAI.

Conclusión: Los pacientes internados por ICD que ingresan en estadio SCAI B no presentan diferencias en la evolución a SCAI C/D/E dentro de las primeras 72 hs desde el ingreso de acuerdo a la función ventricular izquierda. Asimismo, en nuestro estudio no se hallaron otras variables individuales asociadas a progresión en la categoría SCAI.

0649 - UTILIDAD CLÍNICA DE LOS DISPOSITIVOS PORTÁTILES CON ALGORITMOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL DIAGNÓSTICO AMBULATORIO DE FIBRILACIÓN AURICULAR SUBCLÍNICA: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA ACTUAL

Medicina Digital E Inteligencia Artificial / Arritmias y Electrofisiología

Diana CABALLERO | Karina PALACIOS | Mauro BASCONCEL | Sandra GALARZA | Luciano Raúl ACUÑA | Raquel PATZI VIDAL | Jorge Armando AYALA FERNANDEZ | Daniel Hugo AVAYÚ

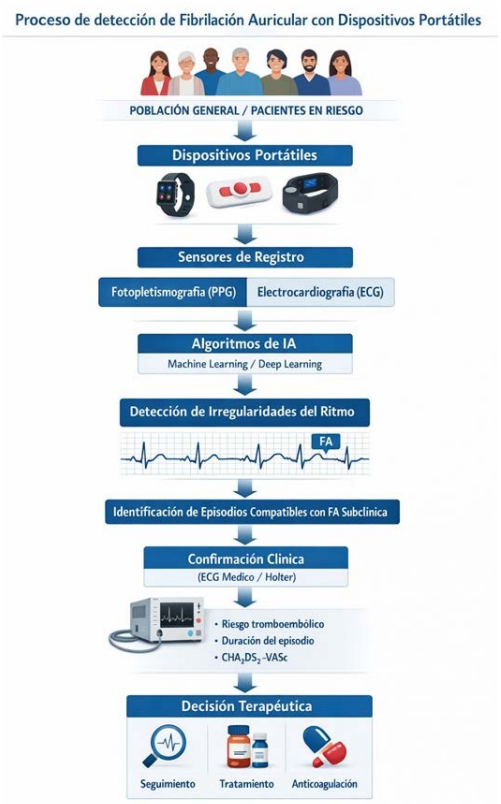
Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez

Introducción: La fibrilación auricular (FA) subclínica es una entidad frecuentemente infradiagnosticada y predictora del desarrollo futuro de FA clínica. En los últimos años, los dispositivos portátiles capaces de registrar señales

electrocardiográficas o fotopletismográficas, junto con algoritmos de inteligencia artificial (IA), han ampliado las posibilidades de detección ambulatoria de esta arritmia. Sin embargo, su utilidad clínica y su incorporación sistemática a la práctica asistencial continúan siendo motivo de debate.

Objetivos: Analizar la evidencia científica disponible sobre la utilidad clínica de los dispositivos portátiles que incorporan algoritmos de inteligencia artificial en el diagnóstico ambulatorio de fibrilación auricular subclínica.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión narrativa de la literatura sobre la utilidad clínica de los dispositivos portátiles con algoritmos de inteligencia artificial en el diagnóstico ambulatorio de fibrilación auricular subclínica. Se incluyeron artículos originales, estudios observacionales, estudios multicéntricos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y registros. La búsqueda bibliográfica se efectuó en PubMed/MEDLINE, Elsevier, Google Scholar y Cochrane Library, complementándose con la revisión de las principales revistas internacionales de cardiología. Los estudios fueron analizados críticamente.



Resultados: Se identificó evidencia consistente que respalda la utilidad de los dispositivos portátiles para la detección ambulatoria de fibrilación auricular (FA) subclínica. En el Apple Heart Study (n=419.297), el 0,52% de los participantes recibió una notificación de pulso irregular y el 84% de dichas notificaciones se correlacionó con FA. El Huawei Heart Study incluyó 187.912 usuarios; el 0,23% recibió una notificación de sospecha de FA y se confirmó FA en el 87% de los casos evaluados, con un valor predictivo positivo de 91,6%. El Fitbit Heart Study analizó más de 455.000 participantes y detectó notificaciones de ritmo irregular en el 1% de la población general y en el 4% de los mayores de 65 años. El estudio REHEARSE-AF mostró un incremento cercano a cuatro veces en la detección de FA respecto a las estrategias convencionales. Asimismo, programas de salud digital basados en mHealth demostraron la factibilidad de la monitorización remota y beneficios clínicos en pacientes con FA. En relación con la inteligencia artificial, un modelo desarrollado por Mayo Clinic evaluó aproximadamente 650.000 ECG de más de 180.000 pacientes, alcanzando un área bajo la curva de 0,87–0,90 para identificar FA no evidente clínicamente. Además, una cohorte de 669.782 ECG de 145.323 pacientes identificó un subgrupo con un riesgo superior a cuatro veces de desarrollar FA posteriormente. Estudios basados en redes neuronales profundas, incluyendo una cohorte de 10.097 participantes, confirmaron la capacidad de la IA para predecir FA incidente a partir de ECG en ritmo sinusal.

Tabla. Principales estudios sobre dispositivos portátiles e inteligencia artificial para la detección ambulatoria de fibrilación auricular subclínica

Estudio	Población	Tecnología	Hallazgo principal
Apple Heart Study	419.297 participantes	Smartwatch (PPG) + ECG confirmatorio	El 0,52% recibió notificaciones de pulso irregular; el 84% concordaron con FA
Huawei Heart Study	187.912 usuarios monitorizados mediante dispositivos inteligentes	Smartwatch (PPG)	El 0,23% recibió notificación de sospecha de FA; FA confirmada en el 87% de los casos; VPP 91,6%
Fitbit Heart Study	>455.000 participantes	Smartwatch (PPG)	Ritmo irregular en 1% de la población general y 4% en ≥65 años
REHEARSE-AF	≥65 años con CHA_2DS_2-VASc ≥2	ECG portátil de una derivación (AliveCor)	Incremento cercano a 4 veces en la detección de FA respecto a las estrategias convencionales
TeleCheck-AF	Múltiples centros europeos	Aplicación móvil y monitorización remota	Demostró factibilidad y utilidad clínica del manejo remoto de pacientes con FA
mAFA-II	1.793 pacientes	Aplicación móvil y manejo integral (mHealth)	Reducción del desenlace compuesto de ACV/tromboembolia, muerte y hospitalización frente a la atención habitual
Modelo IA Clínica Mayo	>180.000 pacientes; ~650.000 ECG	IA aplicada al ECG	AUC de 0,87 con un ECG y de 0,90 con registros seriados para identificar FA no evidente clínicamente
Modelo IA Instituto de Cardiología de Montreal	145.323 pacientes; 669.782 ECG	IA aplicada al ECG	Riesgo >4 veces de desarrollar FA en el grupo clasificado como de alto riesgo mediante IA
Prediction of Atrial Fibrillation From the ECG (Deep Learning)	10.097 participantes	Redes neuronales profundas aplicadas al ECG	Confirmó la capacidad de la IA para predecir FA incidente a partir de ECG en ritmo sinusal
Revisión sistemática 2023	30 estudios; 111.798 participantes	PPG y ECG portátil	Alta sensibilidad y especificidad para la detección de FA; potencial para programas de cribado a gran escala

PPG: fotopletismografía; ECG: electrocardiograma; FA: fibrilación auricular; VPP: valor predictivo positivo; ACV: accidente cerebrovascular; IA: inteligencia artificial.

Conclusión: La evidencia disponible respalda la utilidad clínica de los dispositivos portátiles con algoritmos de inteligencia artificial para la detección ambulatoria de fibrilación auricular subclínica. Estas tecnologías han demostrado adecuada precisión diagnóstica y potencial para la identificación precoz de pacientes en riesgo. Sin embargo, la confirmación electrocardiográfica continúa siendo indispensable y se requieren más estudios que demuestren un impacto consistente sobre desenlaces clínicos mayores antes de su incorporación sistemática a la práctica clínica.

0650 - PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN DIASTÓLICA SEGÚN CATEGORÍAS DE RIESGO CLÍNICO ESTIMADAS POR SCORE DE RIESGO PREVENT EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS ASINTOMÁTICOS

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Manuel Ignacio ZUBIMENDI | Juan Pablo YAPUR | Jimena Rocío SALOMON | María Victoria FERRARA | Fiorella Sofia CHICOTE | Vittorio FALCO | María Del Rosario RODRÍGUEZ | Hugo Daniel SANABRIA

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La disfunción diastólica (DD) constituye una manifestación temprana de compromiso cardiovascular subclínico y se ha relacionado con mayor riesgo de progresión a insuficiencia cardíaca (IC), una complicación frecuente en pacientes con diabetes mellitus (DM). El score PREVENT-HF estima el riesgo clínico de insuficiencia cardíaca a 10 años en individuos con trastornos metabólicos. Analizar la prevalencia de disfunción diastólica según categorías de riesgo PREVENT-HF podría aportar información complementaria para la estratificación cardiovascular de pacientes con diabetes mellitus e identificar subgrupos potencialmente candidatos a estrategias preventivas más intensivas.

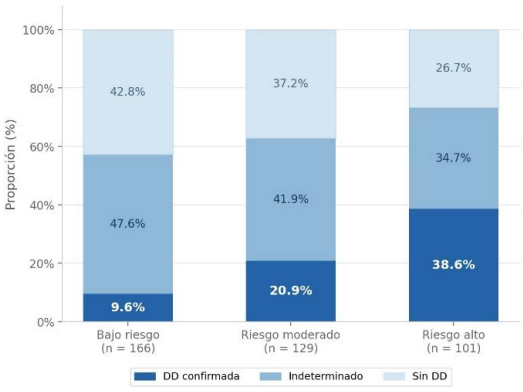
Objetivos: Evaluar la asociación entre las categorías de riesgo de insuficiencia cardíaca estimada por score PREVENT y la presencia de disfunción diastólica en pacientes asintomáticos con DM.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, de pacientes con DM, asintomáticos y sin eventos cardiovasculares previos. El riesgo de IC a 10 años fue estimado mediante el score PREVENT-HF y categorizado en bajo (<5%), moderado (5–<20%) y alto (≥20%) riesgo. La función diastólica se evaluó mediante ecocardiografía Doppler de acuerdo con los criterios ASE 2025. La relación entre ambas variables se analizó mediante la prueba de chi cuadrado de Pearson. Dada la distribución de algunas frecuencias observadas, se realizó además una simulación de Monte Carlo para confirmar la robustez del análisis.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas según score PREVENT

Variable	Población total (n=396)	Bajo riesgo IC (n=166)	Riesgo moderado IC (n=129)	Riesgo alto IC (n=101)	p
Edad, años	60.0	51.7	63.1	69.8	<0.001
HTA, n (%)	230 (58.1%)	52 (31.3%)	94 (72.9%)	84 (83.2%)	<0.001
Obesidad, n (%)	168 (42.4%)	54 (32.5%)	57 (44.2%)	57 (56.4%)	0.001
HbA1c, %	7.07	6.96	6.94	7.39	0.020
Albuminuria elevada, n (%)	45 (12.3%)	7 (4.5%)	11 (9.1%)	27 (30.3%)	<0.001
ERC, n (%)	73 (19.9%)	7 (4.5%)	17 (14.0%)	49 (55.1%)	<0.001
Placa carotídea avanzada, n (%)	182 (46.9%)	42 (25.5%)	64 (50.8%)	76 (78.4%)	<0.001
FEy, %	62	62	63	62	0.487
Uso de iSGLT2, n (%)	130 (32.8%)	42 (25.3%)	41 (31.8%)	47 (46.5%)	0.002

Figura 1A. Distribución de función diastólica por categoría de riesgo PREVENT



Resultados: De los 396 pacientes incluidos, 328 (82,8%) presentaron diabetes tipo 2 y 68 (17,2%) correspondían a diabetes tipo 1. La edad media fue de 60 años, el 57,6% eran de sexo masculino, la prevalencia de obesidad fue del 42,4%, la mediana del tiempo de evolución de la DM fue de 10 años y la prevalencia de ERC fue del 19,9% (Ver Tabla 1). Según el score PREVENT, el 41,9% de los pacientes fue de bajo riesgo, el 32,6% riesgo moderado y el 25,5% fueron de alto riesgo (Ver Figura 1). La prevalencia de disfunción diastólica en la población general fue del 20,7%. La misma varió de forma significativa entre los grupos de riesgo, aumentando en forma progresiva desde el grupo de bajo riesgo al de alto riesgo: 9,6%, 20,9% y 38,6%, respectivamente (p < 0,001) (Ver Figura 1). Los pacientes con disfunción diastólica presentaron mayor volumen auricular izquierdo, mayor relación E/e', mayor índice de masa ventricular izquierda y menor clearance de creatinina. El uso de inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 fue mayor en pacientes clasificados como alto riesgo por score clínico, sin embargo el uso de dichos fármacos fue del 32.9% entre los pacientes con disfunción diastólica (Ver Tabla 1).

Conclusión: En pacientes con DM sin enfermedad cardiovascular previa, las categorías de mayor riesgo de IC según el score PREVENT se asociaron de manera significativa con una mayor prevalencia de disfunción diastólica subclínica. Estos hallazgos sugieren que el score PREVENT podría contribuir a identificar pacientes con mayor probabilidad de presentar daño cardíaco precoz, aun antes de la aparición de insuficiencia cardíaca clínica. La combinación de estratificación clínica mediante scores y evaluación ecocardiográfica podría representar una estrategia complementaria para identificar aquellos con mayor riesgo de daño cardíaco precoz.

0653 - DESEMPEÑO DEL SCORE EUROPEO DE MUERTE SÚBITA EN UNA COHORTE LATINOAMERICANA DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Analía Gladys PAOLUCCI | Melina Emilse COY DORMAN | Jessica Alejandra GOYO PINTO | Adan SUAREZ | Maria Victoria CARVELLI | Rocío Del Cielo VILLA FERNÁNDEZ | Mario Bruno PRINCIPATO | Justo CARBAJALES

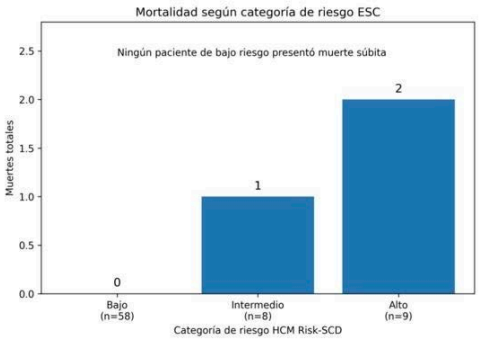
Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: La estratificación del riesgo de muerte súbita (MS) en la miocardiopatía hipertrófica (MCH) continúa siendo un desafío. Aunque el score de riesgo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) constituye la herramienta más utilizada para orientar la indicación de CDI, una de sus principales limitaciones señaladas es la ocurrencia de eventos arrítmicos en pacientes clasificados como de bajo riesgo. Asimismo, la creciente incorporación de la resonancia cardíaca y de la genética ha generado debate respecto de la necesidad de complementar la estratificación tradicional. Además, no existe en la actualidad una validación del Score en pacientes de Latinoamérica.

Objetivos: Describir la evolución clínica de una cohorte latinoamericana de pacientes con MCH y evaluar el comportamiento del score ESC de MS en una población con baja tasa de CDI y elevada prevalencia de variantes genéticas potencialmente asociadas a riesgo arrítmico.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional en pacientes con MCH. Se recopilaron variables clínicas, imagenológicas y estudios genéticos cuando estuvieron disponibles. El riesgo de MS fue estimado mediante el HCM Risk-SCD. Se registraron mortalidad total, muerte súbita y presencia de CDI. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar o mediana y rango intercuartilo, mientras que las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes.

Variable	n=81
Edad (años)	60 ± 14
HTA, n (%)	24 (30)
DBT, n (%)	8 (10)
DLP, n (%)	12 (15)
Grosor máximo VI (mm)	19 ± 5
FEVI (%)	62 ± 9
TAPSE (mm)	22 ± 3



Resultados: Se incluyeron 84 pacientes. Se excluyeron 3 pacientes que presentaban diagnóstico genético de fenocopias. La características clínicas basales se encuentran en Tabla 1. Se realizó estudio genético en 35 pacientes (43%), identificándose variantes patogénicas o probablemente patogénicas en 16 de ellos (46% de los estudiados). Predominaron mutaciones sarcoméricas clásicamente asociadas a MCH, incluyendo MYH7, MYBPC3, TNNI3 y MYL2, además de otras variantes vinculadas a fenotipos potencialmente de mayor riesgo. Seis pacientes presentaban más de una mutación (2 variantes patogénicas o una variante patogénica asociada a una variante de significado incierto). De ellos, 3 pacientes presentan score ESC alto. El score de riesgo calculado por HCM – ESC risk fue bajo en 59 pacientes (78,6%); intermedio en 8 (0,6%) y alto en 8 (10,6%). Durante una mediana de 2,5 años (RIC 1-20,9 años) se registraron únicamente 3 muertes (3,7%), de las cuales una correspondió a muerte súbita (1,2%). La tasa de implante de CDI fue baja. A pesar de la elevada proporción de pacientes con variantes genéticas potencialmente asociadas a riesgo arrítmico, la evolución clínica global fue favorable. No se observaron MS en pacientes clasificados como de bajo riesgo. (Figura 1).

Conclusión: La incidencia de MS fue baja, incluso en presencia de una elevada proporción de variantes genéticas potencialmente de riesgo y una baja tasa de implante de CDI. Los eventos fatales se concentraron exclusivamente en pacientes con score ESC elevado e intermedio. Contrariamente a una de las principales críticas realizadas al modelo europeo, no se observaron eventos fatales en pacientes clasificados como de bajo riesgo. Estos hallazgos respaldan la utilidad clínica del score ESC como herramienta de estratificación inicial en nuestra población y sugieren que, al menos para la identificación de pacientes de bajo riesgo, la incorporación sistemática de información adicional proveniente de estudios genéticos o resonancia magnética podría no ser imprescindible.

0657 - VULNERABILIDAD CARDIOVASCULAR Y RIESGO DE EVENTOS LUEGO DE UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Cardiopatía Isquémica

Carlos Joaquín CÓRDOVA SERRANO | Julia JANCHES QUIÑONES | Brenda Gisela CHUEKE | Patricio COURREGES | Alberto Sebastián FLORENTIN | Joaquín PEREA | Ricardo VILLARREAL | Álvaro SOSA LIPRANDI

Sanatorio Güemes

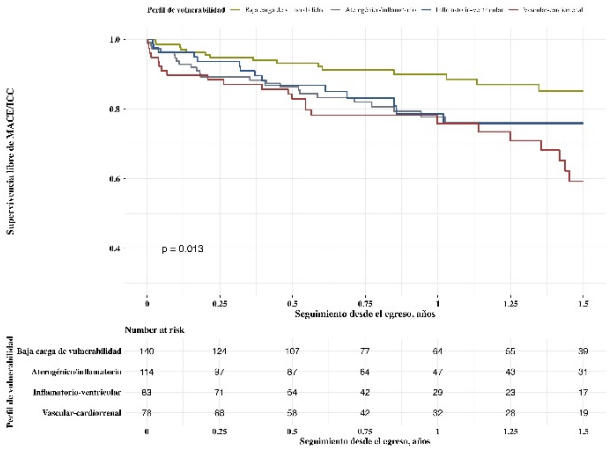
Introducción: El síndrome coronario agudo (SCA) representa una entidad clínicamente heterogénea, en la que la coexistencia de diferentes condiciones patológicas podría condicionar perfiles pronósticos distintos. La identificación de fenotipos de vulnerabilidad podría contribuir a una estratificación clínica más integrada del riesgo.

Objetivos: Explorar perfiles de vulnerabilidad cardiovascular y su asociación con eventos cardiovasculares durante el seguimiento de pacientes con síndrome coronario agudo.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes internados por SCA en un centro de alta complejidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de infarto con y sin supradesnivel del ST y angina inestable, excluyéndose diagnósticos alternativos no aterotrombóticos. El desenlace principal fue un combinado de MACE (infarto y accidente cerebrovascular no fatal y muerte de origen cardiovascular) e insuficiencia cardíaca. Se aplicó una estrategia de selección de predictores utilizando LASSO, Elastic Net y Boruta, complementada con 200 remuestreos bootstrap para evaluar la estabilidad de selección. Las variables identificadas de manera consistente fueron posteriormente organizadas en dominios clínicamente interpretables, considerando tanto su estabilidad de selección como su coherencia fisiopatológica, y utilizadas para construir ejes de vulnerabilidad cardiovascular. Posteriormente, se exploró la coexistencia entre estos ejes y se definieron perfiles de vulnerabilidad a partir de combinaciones de vulnerabilidades frecuentemente coexistentes. Finalmente, se evaluó la asociación entre estos perfiles y los desenlaces mediante modelos de Cox y análisis de supervivencia.

Variable	Global	Sin MACE/ICC N = 343	Con MACE/ICC N = 85	P
Edad, años	66.0 (58.0, 74.0)	65.0 (57.0, 74.0)	68.0 (61.0, 76.0)	0.041
Mujer	98 (22.9%)	79 (23.0%)	19 (22.4%)	
Hombre	330 (77.1%)	264 (77.0%)	66 (77.6%)	
Hipertensión arterial	318 (74.3%)	255 (74.3%)	63 (74.1%)	>0.9
Diabetes	142 (33.2%)	110 (32.1%)	32 (37.6%)	0.4
Dislipidemia	177 (41.4%)	144 (42.0%)	33 (38.8%)	0.7
SCA previo	106 (24.8%)	75 (21.9%)	31 (36.5%)	0.008
ACV/AIT previo	30 (7.0%)	19 (5.5%)	11 (12.9%)	0.031
Enfermedad vascular periférica previa	17 (4.0%)	11 (3.2%)	6 (7.1%)	0.2
ERC	13 (3.0%)	8 (2.3%)	5 (5.9%)	0.2
Frecuencia cardíaca	75.0 (70.0, 85.0)	75.0 (70.0, 84.0)	78.0 (70.0, 85.0)	0.3
Clearance de creatinina	81.0 (60.5, 97.0)	83.0 (61.0, 98.0)	75.0 (55.0, 92.0)	0.016
Fracción de eyección	55.0 (42.0, 60.0)	56.0 (45.0, 60.0)	45.0 (40.0, 59.0)	0.001
Glóbulos blancos	9,385.0 (7,445.0, 12,000.0)	9,300.0 (7,410.0, 12,000.0)	9,770.0 (8,200.0, 13,030.0)	0.11
Proteína C reactiva	6.3 (2.0, 27.0)	6.0 (2.0, 24.0)	7.0 (2.0, 42.0)	0.2
Apo B	87.0 (67.5, 105.5)	87.0 (67.0, 105.0)	86.0 (70.0, 110.0)	0.7
Diagnóstico final				0.5
IAM con ST	142 (33.2%)	113 (32.9%)	29 (34.1%)	
IAM sin ST	206 (48.1%)	169 (49.3%)	37 (43.5%)	
Angina inestable	80 (18.7%)	61 (17.8%)	19 (22.4%)	
Vulnerabilidad ventricular	161 (37.6%)	114 (33.2%)	47 (55.3%)	<0.001
Vulnerabilidad renal	99 (23.1%)	72 (21.0%)	27 (31.8%)	0.049
Vulnerabilidad inflamatoria	320 (74.8%)	255 (74.3%)	65 (76.5%)	0.8
Vulnerabilidad aterogénica	140 (32.7%)	114 (33.2%)	26 (30.6%)	0.7
Vulnerabilidad hemodinámica	24 (5.6%)	16 (4.7%)	8 (9.4%)	0.15
Carga vascular previa	133 (31.1%)	92 (26.8%)	41 (48.2%)	<0.001
Perfil de vulnerabilidad				0.001
Baja carga de vulnerabilidad	142 (33.2%)	126 (36.7%)	16 (18.8%)	
Aterogénico/inflamatorio predominante	115 (26.9%)	90 (26.2%)	25 (29.4%)	
Inflamatorio ventricular	86 (20.1%)	70 (20.4%)	16 (18.8%)	
Vascular cardiorrenal	85 (19.9%)	57 (16.6%)	28 (32.9%)	

Resultados: Se analizaron 475 pacientes. El análisis identificó ejes de vulnerabilidad cardiovascular relacionados con función ventricular (FEY), estado hemodinámico (frecuencia cardíaca), función renal (clearance de creatinina), inflamación sistémica (proteína C reactiva y glóbulos blancos), carga aterogénica (apolipoproteína B) y carga vascular previa (antecedentes vasculares previos). La coexistencia de estos dominios permitió definir cuatro perfiles de vulnerabilidad cardiovascular: baja carga de vulnerabilidad (n=152), inflamatorio-ventricular (n=103), aterogénico/inflamatorio (n=125) y vascular-cardiorrenal (n=95). La incidencia de MACE/IC aumentó progresivamente desde el perfil de baja carga de vulnerabilidad (10,5%) hasta el perfil vascular-cardiorrenal (29,5%), con valores intermedios para los perfiles inflamatorio-ventricular (15,5%) y aterogénico/inflamatorio (20%). La supervivencia libre de MACE/IC a 1,5 años fue de 85,3% (IC 95%: 78,2-93,0) en el perfil de baja carga de vulnerabilidad, 75,9% (IC 95%: 65,4-88,1) en el perfil inflamatorio-ventricular, 76,1% (IC 95%: 67,8-85,5) en el perfil aterogénico/inflamatorio y 59,3% (IC 95%: 46,6-75,5) en el perfil vascular-cardiorrenal (log-rank p=0,013). En comparación con el perfil de baja carga de vulnerabilidad, el perfil vascular-cardiorrenal presentó el mayor riesgo de MACE/IC (HR 2,98; IC 95%: 1,59-5,58; p<0,001),



mientras que los perfiles aterogénico/inflamatorio (HR 1,90; IC 95%: 1,01-3,56; p=0,046) e inflamatorio-ventricular (HR 1,89; IC 95%: 0,94-3,78; p=0,073) mostraron asociaciones de menor magnitud.

Conclusión: Los perfiles de vulnerabilidad cardiovascular identificaron subgrupos con diferente riesgo de eventos durante el seguimiento luego de un SCA. El perfil vascular-cardiorrenal presentó el peor pronóstico, sugiriendo que la integración de múltiples dominios de vulnerabilidad podría contribuir a una estratificación pronóstica más precisa.

0659 - INVESTIGAR MIENTRAS SE BUSCA EL CAMINO: BARRERAS PERCIBIDAS PARA EL DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN CARDIÓLOGOS JOVENES

Educación Médica y Políticas de Salud

Rodrigo OCAMPOS | Juan Martin BRUNIALTI | Melisa ANTONIOLLI | Ezequiel LERECH

Áreas SAC: SAC Joven

Introducción: La medicina de excelencia va más allá de la atención directa al paciente. Se apoya firmemente en dos pilares: el registro detallado de las historias clínicas y la auditoría interna. Estas herramientas permiten detectar errores, aprender de ellos y generar protocolos de investigación que enriquecen el conocimiento médico global.

Objetivos: Cel interés y el grado de participación de cardiólogos jóvenes en proyectos de investigación así como los posibles obstáculos que encuentran al salir del ámbito contenedor de la residencia hospitalaria

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal dirigido a profesionales médicos de la cardiología que ejercen su práctica en centros públicos y privados, mediante un cuestionario electrónico con preguntas cerradas. El cuestionario fue distribuido por mail y redes sociales. Debido a la naturaleza exploratoria de los datos y a que no se cuentan con registros previos para realizar un tamaño muestral estimado no se cuenta con cálculo muestral. Se diseñó una encuesta en la plataforma de REDCap de la Sociedad Argentina de Cardiología y se la envió por mail al padrón de afiliados y redes sociales de la sociedad, con participación voluntaria preservando la identidad de quienes decidieron responder.



Resultados: La encuesta fue respondida por 198 profesionales. El 56.5% de la muestra había completado una residencia, un 40.4% todavía se encontraba en formación, de los cuales 94.9% lo hacía como residente. 44.7% refiere no haber recibido capacitación en metodología de la investigación, 49.7% no participaron en estudios de investigación, 41.3% no presentaron trabajos en congresos o sesiones científicas y 58.4% no escribieron publicaciones durante su formación. A pesar de esto 84.3% refirieron que les interesa algo o mucho investigar, con un 42.1% creyendo que el pago es importante, 40.6% que no se reconoce la investigación en Argentina, sólo 6.1% aplicó a alguna beca y 41.8% de la muestra refirió contar con asesoramiento para investigar. La respuesta positiva al interés en participar en protocolos fue similar en los 3 rangos etarios analizados (29 años y menores, entre 30 y 34 y 35 y mayores), con aumento directamente proporcional a la edad en el interés firme, como así también en la experiencia y capacitación en estadística y confección de protocolos.

Conclusión: El desarrollo de la investigación mantiene limitaciones tanto estructurales como personales en los cardiólogos que respondieron nuestra encuesta. A pesar de que existen múltiples herramientas para investigar, casi la mitad de la muestra las desconoce, sobre todo en las etapas formativas, por lo que la difusión parece necesitar un refuerzo. A pesar de esto, y con orgullo, podemos decir que un amplio porcentaje de nuestra población se interesa en la investigación y lo lleva a la práctica en su trabajo diario, produciendo una mejora continua en la atención de los pacientes.

0660 - COMPORTAMIENTO DE LA RESPUESTA VOLUMÉTRICA DURANTE ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO PREVIO

Cardiopatía Isquémica / Multimagen

Agustina PICCINATO | Maité LOFIEGO | **Lucas Nicolás GASPÓN** | Ornella ROBINO | Daniel Mariano ZANUTTO | Nicolás CARUSO | Juan Ernesto VAZQUEZ EPELBAUM

Sanatorio de la Trinidad Mitre

Introducción: La adaptación ventricular al estrés depende de una interacción dinámica entre el llenado diastólico, el vaciamiento sistólico y la reserva contráctil. En condiciones fisiológicas, el ejercicio induce una reducción del volumen de fin de sístole (VFS) y una estabilidad o leve disminución del volumen de fin de diástole (VFD). En pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) previo, el remodelado ventricular podría alterar esta respuesta. El análisis simultáneo de los cambios en los volúmenes ventriculares, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y el strain longitudinal global (SLG) podría aportar una caracterización integrada de la reserva ventricular durante el estrés.

Objetivos: Evaluar las diferencias en la adaptación ventricular al estrés entre pacientes con y sin antecedente de IAM mediante el análisis de los cambios en los volúmenes ventriculares izquierdos, la FEVI y el SLG.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó consecutivamente 50 pacientes ambulatorios sometidos a ecocardiografía de estrés. Los pacientes fueron divididos según la presencia o ausencia de IAM previo. Se analizaron VFD, VFS, FEVI y SLG en reposo y durante el estrés. Para los volúmenes ventriculares se calcularon los cambios porcentuales (delta VFD% y delta VFS%), mientras que para FEVI y SLG se evaluó el cambio absoluto. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante t de Student para muestras independientes. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Tabla 1. Características basales de la población

Variable	IAM previo (N=14)	Sin IAM (N=36)	P valor
Edad (años)	67 ± 10	61 ± 12	0.08
Sexo masculino, n (%)	11 (79%)	21 (58%)	0.18
Hipertensión arterial, n (%)	10 (71%)	18 (50%)	0.20
Diabetes mellitus, n (%)	4 (29%)	5 (14%)	0.22
FEVI basal (%)	46 ± 11	58 ± 8	<0.001
SLG basal	−13.1 ± 3.8	−18.5 ± 3.1	<0.001

Tabla 2. Respuesta volumétrica y funcional durante el estrés

Variable	IAM previo	Sin IAM	p
VFD reposo (mL)	97.1 ± 39.9	79.8 ± 27.4	0.13
VFD estrés (mL)	101.1 ± 44.3	70.3 ± 32.5	0.01
ΔVFD%	+4.5 ± 33.9	−10.0 ± 27.3	0.16
VFS reposo (mL)	57.5 ± 31.2	35.1 ± 15.4	0.01
VFS estrés (mL)	52.3 ± 28.7	23.2 ± 12.5	<0.001
ΔVFS%	−9.6 ± 27.5	−33.8 ± 18.0	0.005
FEVI reposo (%)	46 ± 11	58 ± 8	<0.001
FEVI estrés (%)	52 ± 12	68 ± 9	<0.001
ΔFEVI (%)	+5.3 ± 5.8	+9.8 ± 5.1	0.003
SLG reposo	−13.1 ± 3.8	−18.5 ± 3.1	<0.001
SLG estrés	−17.8 ± 4.5	−22.5 ± 3.6	0.027
Análisis exploratorio en pacientes con FEVI preservada (≥50%)			
ΔVFD%	+4.6 ± 24.1	−10.0 ± 27.3	0.70
ΔVFS%	−19.5 ± 16.2	−34.8 ± 18.0	0.61
ΔFEVI (%)	+4.3 ± 3.5	+10.5 ± 5.2	0.14

Variables continuas expresadas como media ± desvío estándar. Variables categóricas expresadas como n (%)

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes, de los cuales 14 presentaban antecedente de IAM. En los pacientes sin IAM, el VFD disminuyó significativamente durante el estrés (79,8 vs 70,3 mL), con un delta VFD% medio de -10,0 ± 27,3%. En contraste, los pacientes con IAM no presentaron cambios significativos del VFD (97,1 vs 101,1 mL), con un delta VFD% de +4,5 ± 33,9% (p=0,16 para la comparación entre grupos). El delta VFS% fue significativamente menor en los pacientes con IAM (-9,6 ± 27,5% vs -33,8 ± 18,0%; p=0,005). Asimismo, presentaron menor FEVI en reposo y estrés, y un menor incremento durante el ejercicio (delta FEVI +5,3 ± 5,8% vs +9,8 ± 5,1%; p=0,003). En un análisis exploratorio de pacientes con FEVI preservada, se observó una tendencia similar hacia una menor reducción del VFD y del VFS en el grupo con IAM, aunque sin alcanzar significación estadística. El SLG fue significativamente peor tanto en reposo como durante el estrés en comparación con los pacientes sin IAM.

Conclusión: Los pacientes con IAM previo presentan una respuesta ventricular diferente durante el estrés, caracterizada por una menor reducción del VFS, menor incremento de la FEVI y peor desempeño del SLG. La tendencia observada hacia la ausencia de la respuesta fisiológica esperada del VFD sugiere una alteración de la adaptación ventricular al ejercicio. El análisis dinámico de los volúmenes ventriculares podría aportar información funcional complementaria durante la ecocardiografía de estrés, aunque estudios de mayor tamaño serán necesarios para confirmar estos hallazgos y establecer su relevancia clínica.

0661 - FIBROSIS MIOCÁRDICA CUANTIFICADA POR RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA COMO PREDICTOR DE EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Multimagen

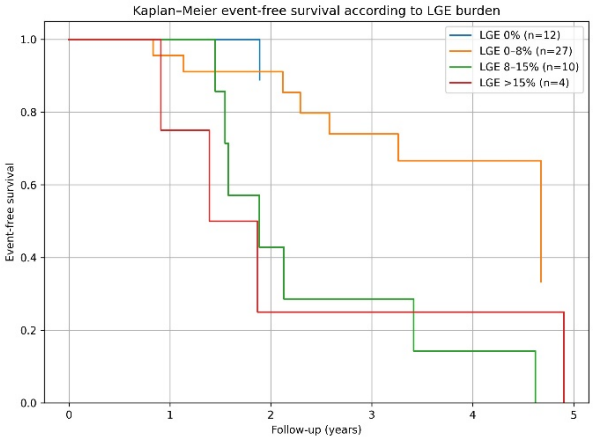
Luis Enrique GOMEZ[1] | Hyon Ju CHOE[2] | Luciano DE STEFANO[3] | Claudio Cesar FERNANDEZ[1] | Guillermo JAIMOVICH[3] | Carlos David BRUQUE[4] | Paula Inés BUONFIGLIO[1] | Andrés Nicolás ATAMAÑUK[1]

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández[1]; HOSPITAL DE NIÑOS DR RICARDO GUTIERREZ[2]; SANATORIO LAS LOMAS DE SAN ISIDRO[3]; UCTHP-CONICET[4]

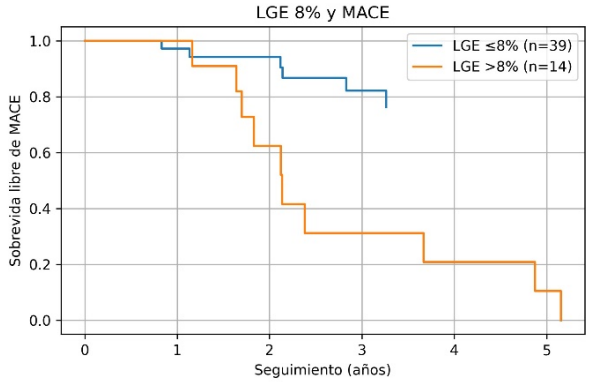
Introducción: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) presenta una expresión fenotípica heterogénea caracterizada por distintos grados de remodelado estructural, mecánico y fibrointersticial. La integración de la genética, la ecocardiografía avanzada y la resonancia magnética cardíaca (RMC) podría mejorar la estratificación pronóstica.

Objetivos: Evaluar la asociación entre genotipo, fibrosis miocárdica, strain longitudinal global (SLG) y eventos cardiovasculares mayores (MACE) en pacientes con MCH.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 98 pacientes con MCH evaluados mediante caracterización clínica, ecocardiográfica, genética y RMC. Los pacientes fueron clasificados según la presencia de variantes patogénicas/probablemente patogénicas (P/LP). Se analizó la asociación entre genotipo, fibrosis miocárdica cuantificada por realce tardío de gadolinio (RTG), SLG y MACE, definidos como muerte cardiovascular, muerte súbita recuperada, descarga apropiada de CDI, taquicardia ventricular sostenida, hospitalización por insuficiencia cardíaca o trasplante cardíaco.



Resultados: Cuarenta y nueve pacientes (50%) presentaron variantes P/LP, principalmente en MYBPC3 (24%) y MYH7 (21%). Los portadores de variantes P/LP fueron más jóvenes [39 (26–51) vs 49 (36–60) años; p=0,033], presentaron mayor frecuencia de antecedentes familiares de MCH (73% vs 39%; p=0,001), mayor tasa de implante de CDI (35% vs 12%; p=0,016) y un fenotipo estructural más avanzado, caracterizado por hipertrofia septal invertida (81% vs 16%; p<0,001), mayor espesor septal [20 (17,3–24) vs 17 (15–20) mm; p=0,003] y mayor carga de RTG [7,5% (3–10) vs 4% (0–5); p=0,015]. Durante un seguimiento mediano de 1,9 años, el RTG elevado se asoció con mayor incidencia de MACE (48,1% vs 11,5%; p=0,005), al igual que un SLG alterado (< -16%) (46,7% vs 14,8%; p=0,006) y un mayor espesor septal (36,2% vs 15,4%; p=0,026). El RTG mostró correlación moderada con el SLG (rho=0,478; p=0,0005). En el análisis de Cox, la carga de RTG fue el predictor más potente de MACE (HR 2,27; IC95% 1,45–3,56; p=0,0003). La combinación de RTG elevado y SLG alterado identificó el subgrupo de mayor riesgo, mientras que el genotipo aislado no mostró valor pronóstico significativo.



Conclusión: En esta cohorte de pacientes con MCH, la fibrosis miocárdica cuantificada mediante RTG se asoció significativamente con la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores y constituyó el predictor pronóstico más potente durante el seguimiento. Si bien los pacientes portadores de variantes patogénicas/probablemente patogénicas presentaron una mayor carga fibrótica y un fenotipo estructural más avanzado, el genotipo aislado no mostró valor pronóstico significativo. Estos hallazgos sugieren que la fibrosis miocárdica representa un marcador más estrechamente relacionado con el riesgo clínico que la información genética por sí sola, reforzando el papel central de la resonancia magnética cardíaca en la estratificación pronóstica de la MCH.

0662 - FACTIBILIDAD Y UTILIDAD DEL DESPLAZAMIENTO SISTÓLICO DEL PLANO DEL ANILLO MITRAL COMO MARCADOR DE CONTRACTILIDAD MIOCÁRDICA DURANTE ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS CON EJERCICIO NEGATIVA PARA ISQUEMIA

Multimagen / Cardiopatía Isquémica

Felipe BERTON | Sebastián Oscar CARRIZO | María Belén REIS | Alejandra ESCALADA | Enzo Alejandro Emanuel ARAMAYO | Esteban CLOS

EcoNova

Introducción: El desplazamiento sistólico del plano del anillo mitral (MAPSE) y el MAPSE indexado por longitud ventricular izquierda (MAPSE/LVI) constituyen marcadores simples y reproducibles de función longitudinal ventricular izquierda, con correlación demostrada respecto de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEyVI) y del strain longitudinal global (SGL) en áreas críticas. La evidencia acerca de su factibilidad y comportamiento dinámico durante ecocardiografía de estrés continúa siendo limitada.

Objetivos: Evaluar la factibilidad de adquisición del MAPSE y MAPSE/LVI durante ecocardiografía de estrés, analizar su comportamiento dinámico entre reposo y esfuerzo y determinar su relación con parámetros convencionales de contractilidad y reserva contráctil.

Materiales y Métodos: Estudio analítico observacional, transversal, retrospectivo y unicéntrico. Se analizaron variables clínicas, hemodinámicas y ecocardiográficas en reposo y esfuerzo en pruebas de ecocardiografía de estrés con ejercicio en cicloergómetro negativas para isquemia. Se evaluó la factibilidad de adquisición del MAPSE y MAPSE/LVI; y su comparación con SGL y FEyVI. Se analizaron las variaciones dinámicas del MAPSE, así como la correlación con FEyVI, SGL e índice de elastancia ventricular. La reserva contráctil (RC) se definió por incremento de FEyVI >=5%, mejoría absoluta del SLG >=2% o incremento del índice de elastancia >=2. Las variables categóricas y numéricas serán presentadas como medias y frecuencias absolutas/relativas respectivamente con sus medidas de dispersión correspondientes. Las diferencias estadísticas entre variables en reposo y esfuerzo se evaluarán mediante t de Student pareada, la correlación entre variables mediante coeficiente de Pearson y la factibilidad de adquisición mediante test de McNemar y Chi cuadrado. Análisis estadístico mediante SPSS Statistics 20.

***Variable* (Unidad - n)**			
Sexo femenino (233) – n (%)	121 (51,9)		
Edad (años - 233) – Media (DE)	56 (16,1)		
IMC (kg/m2 - 233) – Media (DE)	27,3 (4,7)		
HTA (233) – n (%)	89 (38,2)		
DSL (233) – n (%)	68 (29)		
DBT (233) – n (%)	20 (8,6)		
TBQ (233) – n (%)			
Si	14 (6)		
Ex	49 (21)		
BB (233) – n (%)	53 (22)		
ACV (233) – n (%)	21 (9)		
***Variables contráctiles* (Unidad - n reposo/n esfuerzo)**	**Reposo Media (DE)**	**Post esfuerzo Media (DE)**	**p***
FEyVI (% - 204/192)	59 (7,7)	68 (8)	,00
SGL (% - 126/113)	-16,5 (1,92)	-18,9 (2,33)	,00
Elastancia (mmHg/ml – 196/184)	4,15 (2,05)	8,4 (6,87)	,00
MAPSE (mm – 201/195)	15,7 (2,5)	18,8 (3,1)	,00
MAPSE/LVI (% - 198/196)	17,8 (2,6)	21,8 (3,2)	,00
Reserva contráctil (RC) - n			
FEyVI (195) – n (%)	145 (74)		
SGL (113) – n (%)	79 (70)		
Índice Elastancia (184) – Media (DE) – n (%)	2,05 (0,6)		
RC total (233) – n (%)	200 (85)		

Tabla 1. Características de la población y variables contráctiles en reposo y postesfuerzo inmediato. IMC: índice de masa corporal; HTA: hipertensión arterial; DSL: dislipidemia; DBT: diabetes mellitus; TBQ: tabaquismo; BB: uso de betabloqueantes; ACV: antecedentes cardiovasculares (IAM, ACV, enfermedad arterial periférica); FEyVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; SGL: strain global longitudinal; MAPSE: excursión sistólica del plano del anillo mitral; MAPSE/LVI: MAPSE indexado a longitud de ventrículo izquierdo; RC total: reserva contráctil conservada por al menos un método. *Se considera significativa una $p<0,05$.

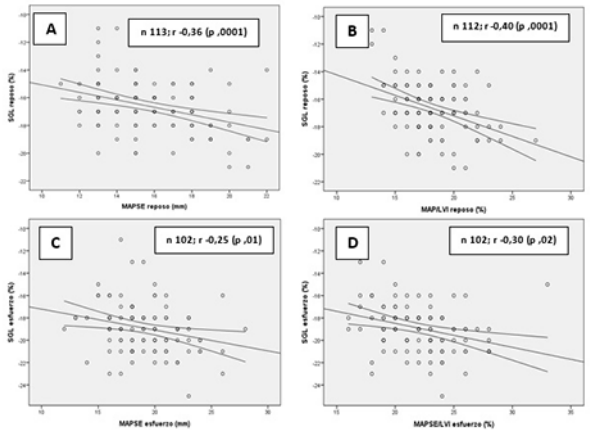


Imagen 1. Correlación entre la Excursión sistólica del plano del anillo mitral (MAPSE) y MAPSE indexado por longitud ventricular izquierda (MAPSE/LVI) con el Strain Longitudinal Global (SGL). A: MAPSE en reposo; B: MAPSE/LVI en reposo; C: MAPSE postesfuerzo inmediato; D: MAPSE/LVI postesfuerzo inmediato.

Resultados: Se incluyeron 233 pacientes con una edad media de 56±16 años. El 51,9% fueron mujeres. La factibilidad de adquisición del MAPSE fue significativamente superior respecto del SGL (83,7% vs. 48,5%; p<0,001) y similar a FEVI (82,4%). Durante el esfuerzo se observó incremento significativo del MAPSE (15,7±2,5 vs. 18,8±3,1 mm; p<0,001), MAPSE/LVI (17,8±2,6 vs. 21,8±3,2; p<0,001), FEVI (59,9±7,7% vs. 68,7±8%; p<0,001) y SLG (-16,5±1,9% vs. -18,9±2,3%; p<0,001). El MAPSE y MAPSE/LVI mostraron correlaciones significativas con SLG tanto en reposo (r=-0,36 y r=-0,40; p<0,001) como en esfuerzo (r=-0,25 y r=-0,30; p=0,01). Asimismo, el delta MAPSE se correlacionó significativamente con el delta SGL (r=0,27; p=0,005). La RC estuvo conservada en 85,8% de los estudios. Las curvas ROC mostraron capacidad discriminativa limitada del MAPSE y MAPSE/LVI para identificar RC conservada (área bajo la curva cercana a 0,60).

Conclusión: El MAPSE y MAPSEi demostró elevada factibilidad de adquisición durante ecocardiografía de estrés con ejercicio con un incremento significativo durante el esfuerzo, con correlación baja respecto de SGL. Aunque mostró limitada capacidad discriminativa para identificar reserva contráctil, su simplicidad, reproducibilidad y mayor factibilidad

respecto del SGL sugieren que podría constituir una herramienta complementaria útil para la evaluación funcional ventricular durante ecocardiografía de estrés.

0663 - CARACTERIZACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA Y CORRELACIÓN GENOTIPO-FENOTIPO EN UNA COHORTE DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EVALUADA EN UN PROGRAMA DE CARDIOLOGÍA GENÉTICA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Investigación Básica

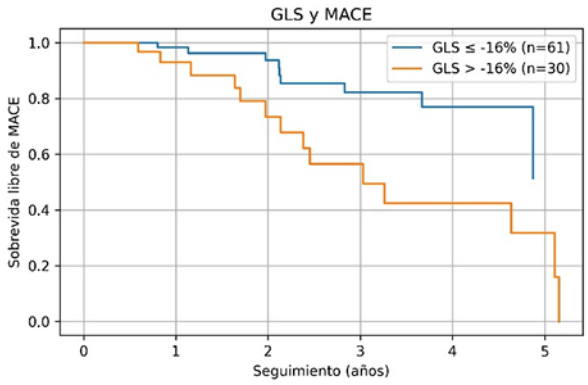
Luis Enrique GOMEZ[1] | Enrique Gustavo GAYET[1] | Maria Victoria GHIO[1] | Mariano Martin MERLO[1] | Carlos David BRUQUE[2] | Paula BUONFIGLIO[1] | Andrés Nicolás ATAMAÑUK[1] | Miguel Oscar PAYASLIAN[1]

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández[1]; UCTHP-CONICET[2]

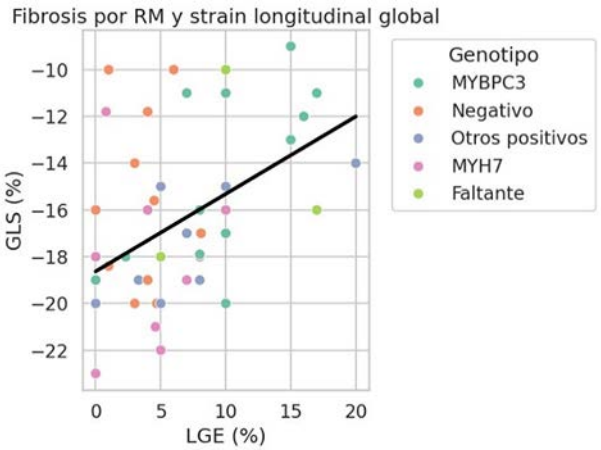
Introducción: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) presenta una marcada heterogeneidad fenotípica, asociada a diferentes grados de remodelado estructural, funcional y fibrointersticial. La integración de parámetros ecocardiográficos avanzados con la información genética podría mejorar la caracterización fenotípica y la estratificación pronóstica.

Objetivos: Evaluar la asociación entre parámetros ecocardiográficos, genotipo y eventos clínicos en una cohorte de pacientes con MCH.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de 98 pacientes con MCH evaluados en un programa de cardiología genética. Se analizaron variables clínicas, genéticas, ecocardiográficas y de resonancia magnética cardíaca (RMC). Se compararon pacientes portadores de variantes patogénicas/probablemente patogénicas (P/LP) con el resto de la cohorte y se evaluó la relación entre parámetros ecocardiográficos, fibrosis miocárdica y eventos cardiovasculares mayores (MACE).



Resultados: La edad fue de 45 años (RIC 31–57) y el 60% eran varones. El 50% presentó variantes P/LP. El espesor septal interventricular fue de 18 mm (RIC 15–22), con fracción de eyección preservada [64,6% (RIC 60–65)] y strain longitudinal global (SLG) de −18% (RIC −19 a −14,3). Los pacientes con variantes P/LP presentaron mayor espesor septal [20 (17,3–24) vs 17 (15–20) mm; p=0,003], mayor relación septo/pared posterior [1,8 (1,4–2,2) vs 1,4 (1,2–1,7); p<0,001] y predominio de hipertrofia septal invertida (81% vs 16%; p<0,001). Un SLG > −16% se asoció con mayor incidencia de MACE (46,7% vs 14,8%; p=0,006). En el subgrupo con RMC, el SLG mostró correlación moderada con la carga de fibrosis evaluada mediante realce tardío de gadolinio (rho=0,478; p=0,0005), constituyéndose en el parámetro ecocardiográfico más estrechamente relacionado con el remodelado fibrointersticial.



Conclusión: Los pacientes con variantes genéticas P/LP presentan un fenotipo estructural más avanzado. La alteración del SLG se asocia con fibrosis miocárdica y mayor incidencia de eventos cardiovasculares mayores, identificando un fenotipo de mayor riesgo aun con fracción de eyección preservada. La integración de parámetros ecocardiográficos avanzados y genéticos podría mejorar la caracterización fenotípica y la estratificación pronóstica en la MCH.

0664 - EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA DE DAPAGLIFLOZINA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA EN ARGENTINA: ANÁLISIS DE COSTOUTILIDAD DESDE EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Educación Médica y Políticas de Salud / Investigación Básica

Diego NOVIELLI | Javier ARAUJO | Francisco MOIONI | German JELUSIC | Jeremías Augusto ZABALO | Sofia LUCINI | José Alberto SPALA | Maria Celeste PIERVICENZI

Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner (HCANK)

Introducción: La insuficiencia cardíaca Crónica (ICC) representa una importante causa de morbimortalidad y utilización de recursos sanitarios en Argentina. La dapagliflozina demostró beneficios clínicos relevantes en reducción de hospitalizaciones y mortalidad cardiovascular; sin embargo, la evidencia local de evaluación de tecnología sanitaria y costo-efectividad continúa siendo limitada.

Objetivos: Evaluar el costo-utilidad de dapagliflozina agregada al tratamiento estándar en pacientes con ICC desde la perspectiva del sistema público de salud argentino.

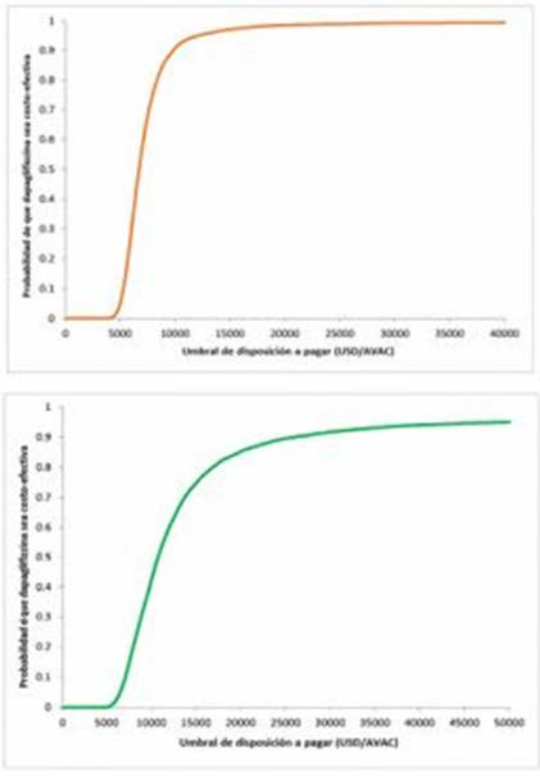
Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de costo-utilidad mediante modelos de Markov basados en los estudios DAPA-HF y DELIVER, comparando tratamiento estándar versus dapagliflozina agregada al tratamiento estándar desde la perspectiva del sistema público argentino. Los costos médicos directos fueron obtenidos de estudios argentinos y de precios reales de compras hospitalarias y mercado farmacológico local. Se estimaron años de vida ajustados por calidad (AVAC) y razón de costoefectividad incremental (RCEI), realizándose además análisis de sensibilidad determinísticos y probabilísticos.

Resultados: Los resultados principales del caso base se presentan en la Tabla 1. En el modelo basado en DAPA-HF, dapagliflozina incrementó 0,76 AVAC y 0,86 años de vida, con un costo incremental de USD 5.069, obteniéndose una RCEI de USD 6.672 por AVAC ganado. En el modelo basado en DELIVER, el incremento fue de 0,44 AVAC y 0,50 años de vida, con un costo incremental de USD 4.542 y una RCEI de USD 10.371 por AVAC ganado. Tabla 1. Resultados del caso base La probabilidad de costo-efectividad con un umbral equivalente a un PBI per cápita argentino fue del 97% para DAPA-HF y del 73% para DELIVER, como se observa en las curvas de aceptabilidad de costo-efectividad de la Figura 1. Los principales determinantes de incertidumbre fueron el efecto sobre mortalidad cardiovascular y el costo mensual de dapagliflozina. Las simulaciones mostraron que reducciones del precio del fármaco mejoraban significativamente la relación costo-efectividad, especialmente en pacientes con fracción de eyección preservada o levemente reducida.

Tabla 1. Resultados del caso base

Estrategia	Costos (USD)	AVAC	Δ Costos (USD)	Δ AVAC	Años de vida	RCEI (USD/AVAC)
Terapia estándar (DAPA-HF)	15,401.84	5.32	--	--	6.05	--
Terapia estándar + dapagliflozina	20,471.06	6.08	5,069.22	0.76	6.91	6,671.61
Terapia estándar (DELIVER)	13,452.85	6.50	--	--	7.48	--
Terapia estándar + dapagliflozina	17,995.23	6.94	4,542.39	0.44	7.98	10,371.29

Figura 1. Curvas de aceptabilidad de costo-efectividad



Curvas de aceptabilidad de costo-efectividad para los modelos DAPA-HF y DELIVER. – Las curvas representan la probabilidad de que dapagliflozina sea costo-efectiva según distintos umbrales de disposición a pagar (USD/AVAC).

Conclusión: La dapagliflozina agregada al tratamiento estándar presenta un perfil favorable de costo-efectividad en Argentina, particularmente en ICC con fracción de eyección reducida. Los resultados aportan evidencia local de evaluación de tecnología sanitaria potencialmente útil para políticas de cobertura, negociación de precios y priorización terapéutica en ICC dentro del sistema público de salud argentino.

0666 - DIGOXINA DESPUÉS DE UNA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA (DIG-DICA): EXPERIENCIA PRELIMINAR

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Mercedes Lucía PROTO | Guillermo LINIADO | Giuliana Ayelén TRESENZA | Ana Inés María VINUESA | Juan Martin FIAMENGO | Rosa BARCELLOS | Lucía Raquel KAZELIAN | Juan Alberto GAGLIARDI

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich

Introducción: La fase vulnerable posterior a una descompensación por insuficiencia cardíaca se asocia con alta mortalidad y reinternaciones. La digoxina podría representar una estrategia accesible en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFEr), aunque su papel en la era del tratamiento médico contemporáneo requiere reevaluación.

Objetivos: Describir las características basales, la factibilidad operativa y los eventos tempranos del estudio DIG-DICA.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, unicéntrico, abierto, randomizado, fase IV, con asignación 1:1 a tratamiento estándar o tratamiento estándar más digoxina. Se planifica incluir 120 pacientes con ICFEr luego de una internación o consulta en guardia por insuficiencia cardíaca descompensada. El seguimiento será de 180 días. El punto final primario es estar "vivo y bien" a los 180 días, definido como supervivencia con puntaje global del Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) >75. Se evaluarán además caminata de 6 minutos, NT-proBNP, función renal, eventos clínicos y seguridad.

Resultados: Desde la incorporación del primer paciente el 16/12/2025, se incluyeron 20 pacientes, 11 asignados a digoxina y 9 a control. La edad media fue 56,6 años; 25% fueron mujeres y 25% presentaban fibrilación auricular. La FEVI media fue 26,7%, el KCCQ basal 54,5 puntos, la caminata de 6 minutos 371 m y el NT-proBNP basal 2576 pg/ml. La implementación del protocolo fue factible en el ámbito asistencial habitual. Se registraron eventos adversos serios en 3 pacientes: 3 muertes y 2 internaciones no programadas, ambas en un mismo paciente.

Conclusión: En esta experiencia preliminar, DIG-DICA mostró factibilidad de reclutamiento, seguimiento y registro de eventos en una cohorte de alto riesgo de un hospital público de alta complejidad. La población incluida presenta ICFEr severa, deterioro funcional y elevada carga temprana de eventos. Estos hallazgos refuerzan la pertinencia de evaluar una intervención accesible como la digoxina durante la fase vulnerable posterior a una descompensación.

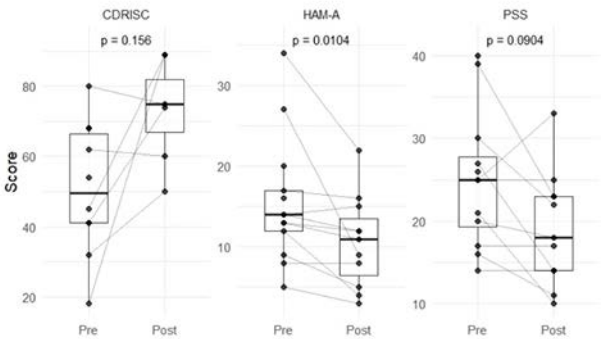
0667 - IMPACTO DE INTERVENCIONES BASADAS EN MINDFULNESS EN LA REDUCCIÓN DEL ESTRÉS Y BURNOUT EN RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA

Educación Médica y Políticas de Salud / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Vivian Netzy NAVIA FUENTES[1] | Sofia CONTI[2] | Diego COSTA[1] | Yanina CROISANT[3] | Roberto CORONEL[3] | Maximiliano MUZZIO[1] | Guillermina ESPERON[1] | Rodrigo PALACIOS[3]

SANATORIO SAGRADO CORAZÓN[1]; MEDITOLAB[2]; Sanatorio Sagrado Corazón[3]

Introducción: La residencia médica constituye una de las etapas más demandantes de la formación profesional, caracterizada por una exposición continua al estrés, alta carga asistencial y pueden comprometer el bienestar psicológico, el desempeño clínico. En cardiología, donde las decisiones suelen tomarse en escenarios de alta complejidad, estas presiones adquieren una dimensión aún mayor. Ante esta realidad, el mindfulness emerge como una estrategia innovadora con potencial para reducir el estrés, mejorar la regulación emocional y fortalecer la resiliencia. Aunque sus beneficios han sido ampliamente descritos, su incorporación en la formación médica continúa siendo limitada.



Objetivos: Analizar el impacto de las sesiones de mindfulness en la resilencia, disminución del estrés y burnout en residentes de cardiología.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de intervención antes y después en residentes de cardiología en una institución de alta complejidad. Se reclutaron un total de 14 residentes de cardiología de primer a cuarto año de formación. Los participantes se sometieron a un programa estructurado de mindfulness de 4 meses de duración. Las sesiones se realizaron presencialmente una vez por semana, guiadas por un instructor experimentado. Se emplearon para medición de efectividad del mindfulness las siguientes escalas validadas: la escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A), la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RIS-C), y la escala de estrés percibido (PSS).

Resultados: Las características de la población se pueden ver en la tabla 1. Se observó que tanto el estrés percibido como la ansiedad estaban elevados al inicio del estudio con score PSS con una media de 25 (RIC 19-27), media del score de HAM-A 14 (RIC 12-17), CD-RISC media de 49,5 (RIC 41 - 66,5). Al finalizar los 6 meses de clases se observó que el score de HAM-A con una media de 11 (RIC 6,5 -13), PSS con una media de 18(RIC 14-23) CD-RISC 75 (RIC 67 - 82) (Figura 1). Se observó una disminución significativa entre las puntuaciones de HAM pre y pos intervención (p = 0,01042). En contraste, para el puntaje PSS, la relación pre y post mostró un valor de p = 0,09039, lo que no evidencia una disminución significativa. Por su parte, el CD-RISC presentó una diferencia pre y post con p = 0,1563, indicando que la variación no fue estadísticamente significativa.

Conclusión: Los residentes de cardiología presentaron niveles elevados de estrés percibido y ansiedad al inicio del estudio, tras cuatro meses de entrenamiento en mindfulness, se observó una reducción significativa de los niveles de ansiedad, acompañada de una tendencia favorable hacia la disminución del estrés percibido y el fortalecimiento de la resiliencia. No se observaron cambios significativos en PSS ni en resiliencia, lo que sugiere un efecto parcial de la intervención. Pese a ello, la magnitud del cambio muestra un beneficio relevante. Estos hallazgos posicionan al mindfulness como una intervención prometedora, de bajo costo y fácilmente integrable en los programas de formación médica, con potencial para mitigar factores asociados al burnout y promover un mayor bienestar psicológico en los residentes.

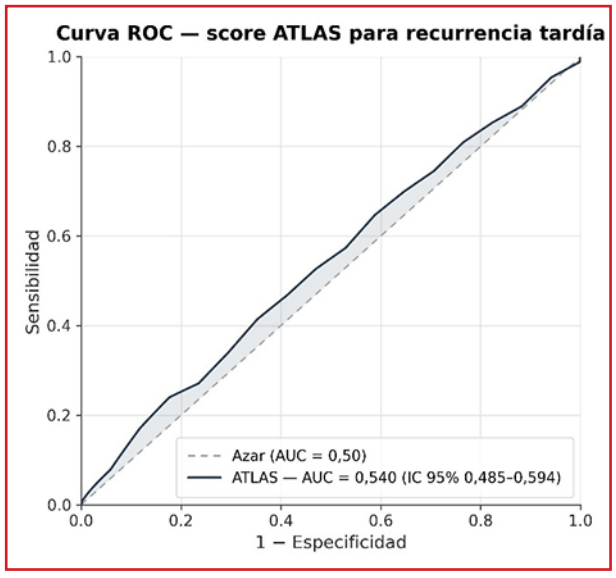
0669 - VALIDACIÓN EXTERNA DEL SCORE ATLAS PARA RECURRENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR POST-ABLACIÓN EN UNA COHORTE ARGENTINA

Arritmias y Electrofisiología

Maximiliano MASSA | Lucas PIEDRAFITA VICO | Bianca Maria RICCIARDI | Rodrigo Daniel GIMENEZ | Juana PEREZ MORALES | Nicolás Mario MARTINENGHI | Marcelo Sergio TRIVI | Fernando Adrián SCAZZUSO

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

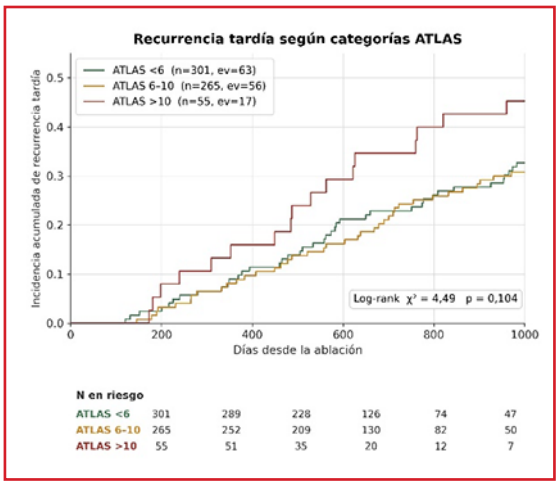
Introducción: El score ATLAS fue propuesto para predecir recurrencia tras la primera ablación de fibrilación auricular (FA) a partir de cinco variables clínicas y ecocardiográficas (edad, sexo, tipo de FA, tabaquismo y volumen de aurícula izquierda indexado). En la cohorte europea de derivación (n=1934, seguimiento medio 4,2 años), alcanzó un c-statistic censurado de 0,75. Su desempeño en poblaciones locales, con técnicas de ablación contemporáneas y seguimiento extendido, no ha sido caracterizado hasta el momento.



Objetivos: Evaluar la validez discriminativa y la utilidad clínica del score ATLAS en una cohorte argentina contemporánea de ablación índice de FA con seguimiento >= 12 meses.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva unicéntrica de 621 pacientes sometidos a ablación índice de FA (marzo de 2022 a mayo de 2025) con seguimiento mínimo de 12 meses. Desenlace primario: recurrencia tardía (>90 días post-ablación) durante todo el seguimiento. El score ATLAS se calculó según la definición original. Se evaluó la discriminación con el área bajo la curva ROC (AUC) e intervalo de confianza (IC) 95%, y con el c-statistic de Harrell del modelo de Cox univariado; se estimó el cociente de riesgos (HR) por punto del score. Las

curvas de Kaplan-Meier de las categorías originales (<6, 6–10, >10 puntos) se compararon mediante log-rank. La utilidad clínica se evaluó mediante análisis de curva de decisión. Se pre-especificaron análisis de subgrupos por sexo, tipo de FA, diabetes y categorías de volumen auricular indexado.



Resultados: Seguimiento mediano: 670 días (máximo 1450); tiempo a evento mediano: 398 días. Recurrieron 136 pacientes (21,9%). Distribución del score: <6 puntos n=301 (48,5%), 6–10 puntos n=265 (42,7%) y >10 puntos n=55 (8,9%), con tasas observadas de recurrencia de 20,9%, 21,1% y 30,9% respectivamente. La discriminación fue subóptima: AUC 0,540 (IC 95% 0,485–0,594) y c-statistic de Cox 0,520. El HR por punto fue 1,042 (IC 95% 0,989–1,097; p=0,122). El log-rank entre categorías no alcanzó significación estadística (Chi-cuadrado=4,49; p=0,104). El análisis de curva de decisión no mostró beneficio neto del score sobre las estrategias por defecto en el rango clínicamente relevante. El desempeño fue uniformemente mediocre en todos los subgrupos (AUC 0,47–0,57); ninguno alcanzó discriminación aceptable (>=0,70).

Conclusión: En una cohorte argentina contemporánea con seguimiento >=12 meses, el score ATLAS no se validó: la discriminación es próxima al azar y no aporta beneficio clínico neto, con una caída respecto del c-statistic original (0,75) consistente en todos los subgrupos. Los hallazgos no respaldan su uso como herramienta de selección en esta población y señalan la necesidad de desarrollar modelos predictivos que incorporen variables de mayor impacto en nuestro medio.

0670 - ACTIVACIÓN DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS Y TIEMPOS DE REPERFUSIÓN EN EL IAMCEST. REGISTRO PROSPECTIVO CÓDIGO IAM

Cardiopatía Isquémica

Adrián CHARASK[1] | Flavio Andrés DELFINO[2] | **José VILLACÍS**[2] | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA[2] | Carlos Manuel BARRERO[1] | Víctor MAURO[1] | Enrique FAIRMAN[2] | Gabriela Paola MAZZUCCHELLI[3]

Clínica Bazterrica[1]; CLÍNICA SANTA ISABEL[2]; EMERGENCIAS OMINT[3]

Introducción: El Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del segmento ST (IAMCEST) continúa siendo una de las principales causas de mortalidad cardiovascular. La angioplastia primaria constituye la estrategia de reperfusión de elección y su beneficio es tiempo dependiente. Las guías internacionales recomiendan el contacto precoz con los sistemas de emergencia médica ante síntomas compatibles con IAMCEST, favoreciendo la preactivación de hemodinamia y la reducción de los tiempos dependientes del sistema de salud. Sin embargo, muchos pacientes continúan consultando por sus propios medios.

Objetivos: Evaluar las características clínicas, los tiempos de tratamiento y la evolución hospitalaria de pacientes con IAMCEST y comparar las diferencias entre aquellos que activaron el sistema Código IAM y quienes consultaron por sus propios medios.

VARIABLE	Consulta espontánea (n=54) %	Código IAM (n=85) %	p
Edad – mediana (RIC)	64 (55-70)	65 (60-76)	NS
HTA (%)	46,3	48,2	NS
DBT (%)	7,4	17,6	NS
TBQ (%)	40,7	47,1	NS
Killip I (%)	81,5	84,7	NS
Dolor-primer contacto médico	100 (60-194)	150 (60-245)	0,275
Tiempo puerta-balón	123 (90-154)	75 (58-122)	<0,001
Tiempo total de isquemia	278 (183-487)	304 (210-435)	0,988
Mortalidad (%)	5,6	8,2	NS

Materiales y Métodos: Registro prospectivo observacional de pacientes consecutivos con IAMCEST tratados mediante angioplastia primaria entre enero de 2018 y marzo de 2026 en dos clínicas privadas de CABA pertenecientes a un sistema prepago. Se excluyeron pacientes tratados con fibrinólisis, aquellos con otras coberturas médicas, pacientes sin registro del primer contacto médico y consultas realizadas luego de las primeras 24 horas desde el inicio de los síntomas. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: ingreso mediante activación del sistema Código IAM con preactivación de hemodinamia e ingreso por sus propios medios a la guardia (consulta espontánea). Las variables continuas se expresan como mediana y rango intercuartilo (RIC), y las categóricas como porcentajes. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante test de Chi cuadrado o test exacto de Fisher para variables categóricas y test de Mann-Whitney para variables continuas. Se consideró significativo un valor de p <0,05.

Resultados: Se incluyeron 139 pacientes, de los cuales 54 (38,8%) consultaron por sus propios medios y 85 (61,2%) ingresaron mediante activación del sistema Código IAM. Se observó una tendencia a mayores tiempos desde el inicio de los síntomas hasta el primer contacto médico en los pacientes ingresados mediante Código IAM (150 [60-245] vs 100 [60-194] minutos; p=0,275). En contraste, los pacientes ingresados mediante Código IAM presentaron una reducción significativa del tiempo puerta-balón en comparación con aquellos que consultaron por sus propios medios (75 [58-122] vs 123 [90-154] minutos; p<0,001). Asimismo, el porcentaje de pacientes que alcanzó un tiempo puerta-balón <=90 minutos fue significativamente mayor en el grupo Código IAM (60,3% vs 28,0%; RR 2,15; IC95% 1,33-3,48; p<0,001). No se observaron diferencias en el tiempo total de isquemia (304 [210-435] vs 278 [183-487] minutos; p=0,988) ni en la mortalidad intrahospitalaria.

Conclusión: La activación precoz del sistema Código IAM permitió optimizar significativamente los tiempos dependientes del sistema de salud, particularmente el tiempo puerta-balón y la probabilidad de alcanzar un tiempo puerta-balón <=90 minutos. Sin embargo, esta mejora no se tradujo en una reducción del tiempo total de isquemia. La tendencia observada a mayores demoras previas al primer contacto médico en los pacientes ingresados mediante Código IAM podría contribuir a neutralizar parcialmente el beneficio obtenido en los tiempos intrahospitalarios. Implicancia epidemiológica: estos hallazgos resaltan la necesidad de complementar las estrategias de optimización de los procesos asistenciales con intervenciones dirigidas a promover el reconocimiento precoz de los síntomas y la activación temprana del sistema Código IAM ante síntomas compatibles con IAMCEST.

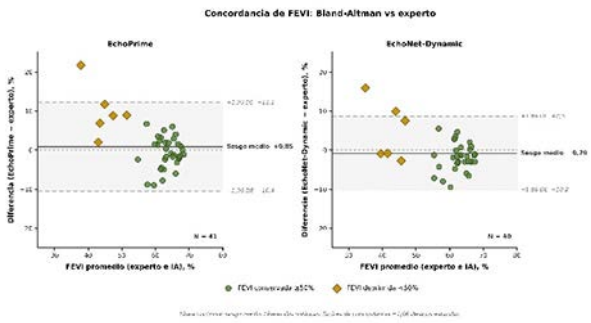
0671 - VALIDACIÓN EXTERNA DE MODELOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA ANÁLISIS ECOCARDIOGRÁFICO EN UNA COHORTE ARGENTINA: DESEMPEÑO DE ECHOPRIME Y ECHONET-DYNAMIC

Medicina Digital E Inteligencia Artificial

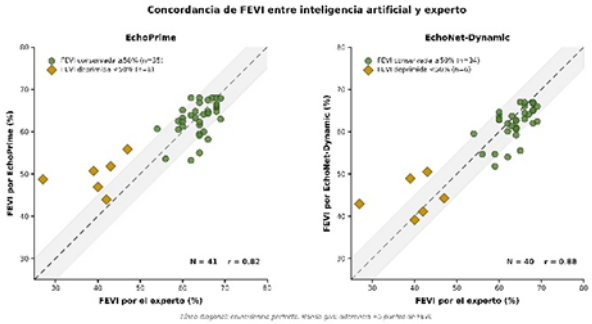
Alejandro Tomas YOUNG | Franco Javier NAZAR | Lucia Beatriz AVELLANEDA | Sebastián SRUR | Martin VIVAS | Pablo Fernando ELISSAMBURU

ICBA

Introducción: En los últimos años se han desarrollado modelos de inteligencia artificial (IA) capaces de analizar un ecocardiograma completo y generar informes estructurados de forma automatizada. EchoPrime (Cedars-Sinai, Nature 2026), entrenado con más de 12 millones de videos de 108.000 pacientes, reportó un error absoluto medio (MAE) para la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) de 4,1 a 6,5% en cohortes externas de Estados Unidos, Taiwán e Israel. EchoNet-Dynamic (Stanford, Nature 2020) mostró un MAE de 4,1% en su validación original. Su validez externa permanece escasamente caracterizada, particularmente en Latinoamérica.



Objetivos: Evaluar la concordancia de EchoPrime y EchoNet-Dynamic respecto al informe del ecocardiografista experto e identificar escenarios clínicos con mayor o menor concordancia.



Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 41 ecocardiogramas transtorácicos consecutivos. El 49% correspondió a mujeres y la mediana de edad fue de 68 años (rango 29–87). Ambos modelos se ejecutaron localmente desde sus repositorios oficiales. La FEVI de cada modelo se comparó con el método de Simpson monoplano del experto. Se calcularon correlación de Pearson, sesgo, MAE y límites de concordancia de Bland-Altman, con estratificación según FEVI conservada (>=50%) o deprimida (<50%), y se evaluó la concordancia categorial y cualitativa por dominios anatómicos.

Resultados: Los errores se ubicaron dentro del rango descrito en las cohortes de validación publicadas. EchoPrime obtuvo MAE 4,18% (r=0,82) y EchoNet-Dynamic 3,61% (r=0,88), sin diferencias significativas (p=0,20). El sesgo medio

fue +0,85% para EchoPrime (límites de concordancia -10,4% a +12,2%) y -0,79% para EchoNet-Dynamic (-10,2% a +8,6%). En FEVI conservada (n=35), la concordancia fue elevada (MAE 3,2% en ambos, sesgo cercano a cero). En FEVI deprimida (n=6), ambos modelos sobreestimaron la función ventricular, con mayor sesgo para EchoPrime. La concordancia para clasificar FEVI conservada o deprimida fue 93% para EchoPrime y 98% para EchoNet-Dynamic, con especificidad del 100% para descartar disfunción ventricular. En el análisis cualitativo, la concordancia fue alta para estenosis aórtica (90%), tamaño del ventrículo derecho (88%) y aorta ascendente (78%), y más variable para función diastólica (61%), dispositivos y motilidad segmentaria. La revisión experta resultó sistemáticamente necesaria en cardiopatía isquémica con secuelas segmentarias (10/10), aurícula izquierda severamente dilatada (7/7), dispositivos (7/7) y aorta ascendente dilatada (6/7).

Conclusión: En esta cohorte argentina, EchoPrime y EchoNet-Dynamic reprodujeron un rendimiento para la estimación de la FEVI comparable al reportado en sus estudios de validación, con errores medios bajos y alta capacidad para identificar pacientes sin disfunción ventricular. Sin embargo, ambos modelos mostraron una tendencia a sobreestimar la FEVI en presencia de deterioro sistólico y una concordancia variable entre dominios anatómicos. Estos hallazgos sugieren que la automatización basada en IA puede aportar información confiable para parámetros cuantitativos seleccionados, aunque la interpretación integral del estudio continúa requiriendo supervisión experta, particularmente en presencia de alteraciones estructurales complejas o trastornos regionales de la motilidad.

0673 - IMPACTO DEL TIEMPO DOLOR-BALÓN EN LA MORBIMORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST

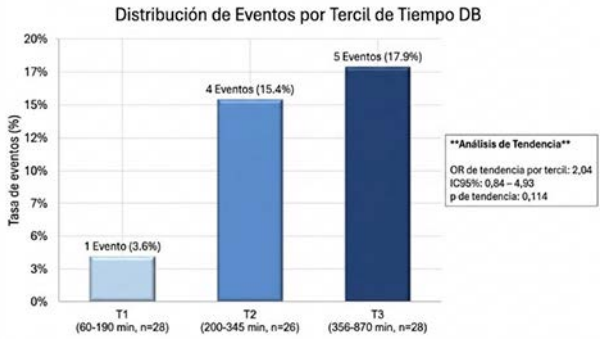
Cardiopatía Isquémica

Luciano VILLAFAÑE | Ariana Linett SCHER | Sabrina Arián GONZÁLEZ | Agustín COLLINET

INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE CORRIENTES JUANA FRANCISCA CABRAL

Introducción: El tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) se centra en la reperfusión precoz mediante angioplastia primaria. Aunque el tiempo puerta-balón (TPB) es el indicador clave de eficiencia hospitalaria, su reducción no siempre se traduce en una menor mortalidad a corto plazo, ya que solo mide una fracción del proceso. El tiempo dolor-balón (TDB), condicionado principalmente por el retraso prehospitalario (dolor-puerta), refleja mejor el tiempo total de isquemia (TTI). Dado que este retraso acumulado incrementa de forma independiente la mortalidad, resulta imprescindible desplazar el foco hacia el TTI por ser el principal determinante del tamaño de la necrosis miocárdica

Objetivos: Estimar el tiempo dolor balón en los pacientes con IAMCEST atendidos en nuestra institución y evaluar su asociación con eventos clínicos.



Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo (2023–2024) que incluyó a pacientes con IAMCEST sometidos a angioplastia primaria con registro del tiempo dolor-balón (TDB), excluyendo a quienes recibieron trombólisis, presentaron datos incompletos o tenían antecedentes de infarto. El punto final combinado analizó complicaciones intrahospitalarias como reinfarto, insuficiencia cardíaca, edema agudo de pulmón, shock cardiogénico y mortalidad. Las variables continuas se expresaron como mediana o media ± DE, y las categóricas como frecuencias y porcentajes, utilizando la prueba de Chi-cuadrado para su comparación. La tendencia de los eventos según los terciles de TDB se evaluó mediante regresión logística, estimando el OR de tendencia con su IC 95%, considerando significativo un valor de $p < 0,05$

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes con una media de edad de 60 años y un marcado predominio masculino (82,2%). Los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes fueron la hipertensión arterial (63,3%), el tabaquismo (56,2%) y la diabetes mellitus (21,1%). En cuanto a la presentación clínica, el 63,3% presentó un infarto agudo de miocardio de cara anterior y el 40% correspondió a pacientes derivados de otros centros. Respecto a los hallazgos angiográficos, la lesión de dos vasos fue la más frecuente (25,3%). Los indicadores de tiempo de reperfusión mostraron una mediana de tiempo dolor-balón de 294 min y una mediana de tiempo puerta-balón (TPB) de 76,5 min, lográndose el objetivo de un TPB < 90 min en el 64% de la muestra. Las complicaciones incluyeron insuficiencia cardíaca (17,8%), shock cardiogénico

(7,8%), edema agudo de pulmón (5,6%) y reinfarto (3,3%), con una tasa de mortalidad del 7,8%. Se analizó el punto final combinado incluyendo las complicaciones, dividiendo a la población en terciles según el tiempo TDB. Se observó un incremento progresivo en la tasa de eventos a medida que aumentó el tiempo de demora 3,6% en el primer tercil (60–190 min); 15,4% en el segundo tercil (200–345 min); y 17,9% en el tercer tercil (356–870 min). El análisis de riesgo mostró un Odds Ratio (OR) de tendencia por tercil de 2,04 (IC 95%: 0,84–4,93). Aunque la descripción de los datos sugiere un aumento escalonado del riesgo a mayor tiempo TDB, esta tendencia creciente no alcanzó significación estadística formal.

Conclusión: Se observó una tendencia hacia una mayor morbimortalidad intrahospitalaria a mayor tiempo dolor-balón. Aunque sin significación estadística formal, los hallazgos sugieren que la eficiencia intrahospitalaria (64% con TPB < 90 min) es insuficiente ante un marcado retraso prehospitalario. Resulta imperativo optimizar la atención prehospitalaria y la educación comunitaria para lograr una reperfusión verdaderamente temprana.

0675 - VALOR PRONÓSTICO DEL ECOCARDIOGRAMA ESTRÉS MULTIPARAMÉTRICO

Multimagen

Ariel Karim SAAD | **Carolina Elizabeth FOGAR** | Carolina ESCOBAR RESTREPO | Carolina CHAVIN | Felipe Enrique BALLESTAS TEJADA | Gonzalo Manuel MEDINA | Bárbara Gabriela LUX | Verónica Inés VOLBERG

Hospital de Clínicas José de San Martín

Introducción: La ecocardiografía de estrés ha evolucionado desde una herramienta destinada exclusivamente a la detección de isquemia miocárdica hacia una evaluación multiparamétrica de la vulnerabilidad cardiovascular. El protocolo ABCDE incorpora la valoración de la isquemia inducible (A), congestión pulmonar mediante líneas B (B), reserva contráctil ventricular izquierda (C), reserva coronaria (D) y reserva cronotrópica (E), permitiendo una caracterización más completa del riesgo cardiovascular.

Objetivos: Evaluar el valor pronóstico del protocolo ABCDE en pacientes sometidos a ecocardiografía de estrés y analizar la asociación entre la preservación de las reservas funcionales y la mortalidad total durante el seguimiento.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, realizado en un hospital universitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se incluyeron 204 pacientes consecutivos (63% hombres, edad 66 ± 11 años) sometidos a ecocardiografía de estrés con ejercicio (75%), dipiridamol (20%) o dobutamina (5%) entre diciembre de 2021 y septiembre de 2025. En todos los casos se aplicó el protocolo ABCDE completo. Además, se analizaron variables ecocardiográficas convencionales, strain longitudinal global e índice de motilidad parietal. El seguimiento tuvo una mediana de 42 meses (rango IQ 21-54 meses). El punto final primario fue la mortalidad de cualquier causa. Se compararon las características clínicas y ecocardiográficas entre pacientes fallecidos y sobrevivientes. Se realizó análisis multivariado mediante regresión logística para identificar predictores independientes de mortalidad. Se consideró significativa una $p<0.05$.

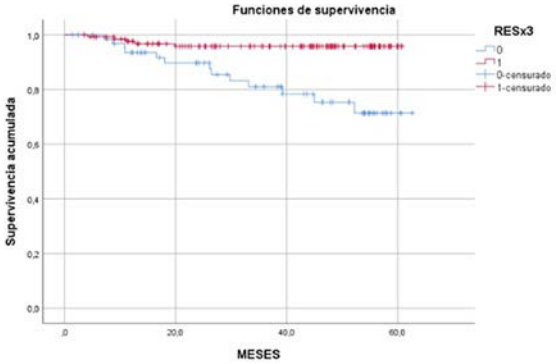
Resultados: Durante el seguimiento fallecieron 22 pacientes (10,8%). Estos tenían mayor edad (73,4 ± 8,7 vs. 65,4 ± 11 años; p=0,001) y presentaron mayor prevalencia de hipertensión arterial (95% vs. 75%; p=0,029) e infarto previo (54% vs. 18%; p<0,001). Desde el punto de vista ecocardiográfico mostraron además menor fracción de eyección ventricular izquierda (50 ± 14% vs. 58 ± 8%; p=0,017), peor strain longitudinal global (-15 ± 4,5% vs. -18,8 ± 3,4%; p<0,001) y mayor índice de motilidad parietal (1,4 ± 0,5 vs. 1,1 ± 0,2; p<0,001). (Ver tabla1) En relación

Tabla 1. Asociación entre variables clínicas, parámetros del protocolo ABCDE y mortalidad.

Variable	Muerte (n=22)	No Muerte (n=182)	*p*-valor
Edad	73,4 ± 8,7	65,4 ± 11	0,001
HTA	95%	75%	0,029
Dislipemia	90%	71%	0,060
DM2	30%	22,5%	0,450
Obesidad-Sobrepeso	73%	67%	0,590
IAM	54%	18%	0,000
Sexo masc	82%	62%	0,068
Fey	50 ± 14	58 ± 8	0,017
IMP	1,4 ± 0,5	1,1 ± 0,2	0,000
Strain Long	15 ± 4,5	18,8 ± 3,4	0,001
Isquemia (A)	45,5%	21%	0,010
Líneas B (>5) (B)	18%	6%	0,028
Reserva Contráctil (C)	5%	40%	0,000
Reserva Coronaria (D)	25%	75%	0,000
Reserva Cronotrópica (E)	36%	51%	0,200
≥ 3 Reservas preservadas	23%	70%	0,000

HTA: hipertensión arterial, DM2: diabetes mellitus tipo 2, IAM: infarto agudo de miocardio, Fey: fracción de eyección, IMP: índice de motilidad parietal.
"*p*" significativa <0,05

Figura 1. Curvas de supervivencia de Kaplan-Meier según preservación de ≥3 reservas funcionales del protocolo ABCDE durante el seguimiento (Log-rank p=0,001).



Línea RESx3 = 1 → ≥3 reservas funcionales preservadas
Línea RESx3 = 0 → <3 reservas funcionales preservadas

con el protocolo ABCDE, la mortalidad fue significativamente mayor en pacientes con isquemia inducible (45,5% vs. 21%; p=0,010), presencia de >5 líneas B pulmonares (18% vs. 6%; p=0,028), en pacientes con menor porcentaje de reserva contráctil (5% vs. 40%; p<0,001) y menor frecuencia de reserva coronaria preservada (25% vs. 75%; p<0,001). La reserva cronotrópica no mostró asociación significativa con mortalidad (36% vs. 51%; p=0,20). La presencia simultánea de al menos tres reservas funcionales preservadas fue significativamente más frecuente en los sobrevivientes (70% vs. 23%; p<0,001). En el análisis multivariado, la edad se asoció independientemente con mayor riesgo de mortalidad (OR 1,09; IC95% 1,02-1,16; p=0,009), mientras que la presencia de tres reservas preservadas se asoció de manera independiente con una reducción significativa del riesgo del evento (OR 0,14; IC95% 0,04-0,47; p=0,002). Se realizó una curva de supervivencia de Kaplan Meier entre estos pacientes (Log Rank p=0,001). (Ver Figura1)

Conclusión: La ecocardiografía de estrés con protocolo ABCDE proporciona información pronóstica más allá de la detección de isquemia miocárdica. La preservación simultánea de al menos tres reservas funcionales identificó un subgrupo de pacientes con mejor supervivencia, constituyendo un potente marcador independiente de pronóstico favorable.

0676 - INFLUENCIA DE LA CARGA ISQUÉMICA EN LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON REVASCULARIZACIÓN CORONARIA PREVIA

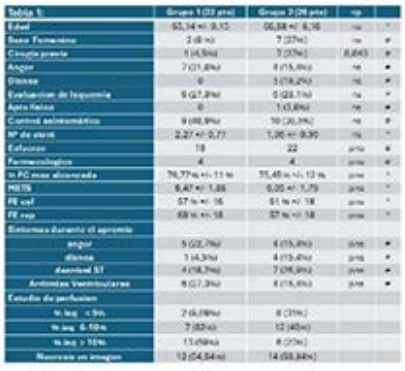
Cardiopatía Isquémica / Multimagen

Giuliana ROCCELLA | Natalia BUSTOS | Karina GABRIEUCIG | Álvaro SOSA LIPRANDI | Julio Manuel LEWKOWICZ | Alejandro Horacio MERETTA

Sanatorio Güemes

Introducción: La evaluación de la isquemia miocárdica en pacientes con antecedentes de angioplastia coronaria, cirugía de revascularización miocárdica o ambas constituye un escenario cada vez más frecuente en la práctica clínica. La presencia de isquemia documentada plantea el desafío de definir si corresponde continuar con tratamiento médico o avanzar hacia una nueva estrategia de revascularización. Sin embargo, la influencia de la carga isquémica sobre la conducta terapéutica adoptada por el cardiólogo tratante ha sido escasamente estudiada.

Objetivos: Evaluar la asociación entre la carga isquémica detectada por perfusión miocárdica y la conducta terapéutica posterior en pacientes con antecedentes de angioplastia coronaria.



Materiales y Métodos: Se estudiaron 48 pacientes consecutivos con antecedentes de angioplastia previa (con o sin cirugía de revascularización) y desarrollo de isquemia en el estudio de perfusión. La edad media fue de 65,8 +/- 8,6 años, 39 hombres y 9 mujeres. Se analizaron las características clínicas, el motivo de solicitud y los resultados de la ergometría y del estudio de perfusión miocárdica comparando los pacientes que fueron a TM y los que se derivaron a nueva revascularización (Tabla 1). La carga isquémica fue categorizada como leve (<5%), moderada (6-10%) o severa (>10%) y tratada como variable ordinal mediante la asignación de puntajes crecientes (1, 2 y 3, respectivamente). Se evaluó la asociación entre la magnitud de la isquemia y la conducta terapéutica posterior, clasificando a los pacientes en Grupo 1: derivados a angioplastia o cirugía revascularización y Grupo 2 a tratamiento médico. La comparación entre grupos se realizó utilizando Mann-Whitney U test: *; Fisher's exact test: #; Test exacto de Fisher para tablas: ≠.

Resultados: Veintidós pacientes (46%) fueron derivados a una estrategia invasiva y veintiséis (54%) continuaron con tratamiento médico. En la tabla 1 se muestran los resultados con la significancia estadística comparando las características clínicas al momento del estudio: síntomas, motivos del estudio, cantidad de stents, frecuencia cardíaca máxima teórica, síntomas y carga alcanzada, función ventricular y porcentaje de isquemia de acuerdo con cada uno de los grupos. La isquemia severa (>10%) fue más frecuente en los pacientes derivados a revascularización (59% vs. 23%), mientras que la isquemia leve (<5%) predominó en aquellos tratados médicamente (31% vs. 9 %). El análisis ordinal demostró una asociación significativa entre la magnitud de la carga isquémica y la estrategia terapéutica adoptada (Mann-Whitney, p = 0,0097).

Conclusión: En pacientes con antecedentes de angioplastia previa (con o sin cirugía de revascularización), la magnitud de la carga isquémica detectada por perfusión miocárdica se asoció significativamente con la conducta terapéutica posterior. Una mayor carga isquémica se relacionó con una mayor indicación de nuevas estrategias de revascularización, destacando el papel de la cuantificación de la isquemia en la toma de decisiones clínicas de esta población compleja.

0677 - FUNCIÓN DIASTÓLICA EN LA PRÁCTICA REAL: LO QUE APRENDIMOS AL DESARROLLAR Y APLICAR UNA CALCULADORA ABIERTA BASADA EN LA GUÍA ASE 2025

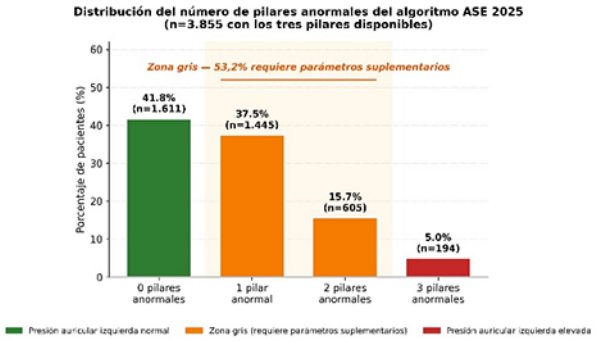
Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Alejandro Tomas YOUNG | Gastón SAINT ANDRE | Eliseo CARENZO | Maria Paula FAREZ | Martin VIVAS | Pablo Fernando ELISSAMBURU

ICBA

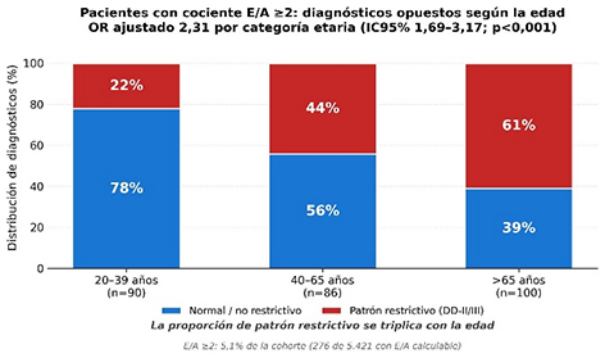
Introducción: La evaluación de la función diastólica integra múltiples parámetros según los algoritmos sugeridos por las guías. Para asistir al cardiólogo y a la vez generar evidencia local sobre cómo se aplica el algoritmo en la práctica, desarrollamos una herramienta digital propia, abierta y de libre acceso.

Objetivos: Compartir la experiencia del desarrollo y uso de una calculadora digital propia basada en la guía ASE 2025, y describir los hallazgos clínicamente relevantes que emergen de su aplicación a escala: disponibilidad y concordancia interna de los pilares del algoritmo, e interpretación del cociente E/A según la edad.



Materiales y Métodos: Diseñamos una calculadora basada en los criterios de la guía ASE 2025, implementada como aplicación web progresiva, gratuita y sin registro. Cada evaluación se almacenó de forma anonimizada. Analizamos las 6.216 evaluaciones consecutivas registradas entre septiembre de 2025 y junio de 2026 (252 días, ~25 evaluaciones diarias), provenientes de centros de Argentina y la región; el 4,3% (n=269) correspondió a fibrilación auricular, evaluada con el algoritmo dedicado. Tras depurar valores implausibles, estudiamos disponibilidad de cada pilar (e› anular, E/e›, regurgitación tricuspídea/PSAP), concordancia entre pilares mediante kappa de Cohen con intervalos por bootstrap, y la interacción E/A–edad mediante regresión logística. No interpretamos la distribución del veredicto como prevalencia poblacional, dado el sesgo de uso.

Resultados: Dos hallazgos centrales. Primero, los tres pilares aportan información complementaria, no redundante. Entre pacientes con los tres pilares disponibles (n=3.855), solo el 5,0% tenían los tres anormales y el 41,8% ninguno; el 53,2% mostró 1 o 2 pilares anormales. La concordancia entre pares fue heterogénea: k 0,30 entre e› y E/e› (comparten la velocidad e'), k 0,11 entre E/e' y TR/PSAP, y k 0,04 entre e' y TR/PSAP. Cada pilar captura una dimensión distinta: relajación miocárdica, presión de llenado y presión pulmonar. La regurgitación tricuspídea fue el pilar más subutilizado (disponible en 70,3% vs 96,7% del e' y 89,1% del E/e'). Segundo, la interpretación del E/A depende fuertemente de la edad. El patrón de relajación alterada (E/A <= 0,8) se observó en 24% de los menores de 40 y en 65% de los mayores de 65. Entre los E/A >= 2, el patrón restrictivo correspondió al 22% en menores de 40 y al 61% en mayores de 65 (OR ajustado 2,31; IC95% 1,69–3,17; p<0,001): el mismo valor puede significar fisiología supranormal en un joven o disfunción grave en un mayor.



Conclusión: Una herramienta digital abierta permitió evaluar la función diastólica de forma estandarizada según las guías más recientes y generar una cohorte de escala inédita en nuestro medio. Dos mensajes prácticos: los tres pilares no son intercambiables y conviene completar siempre la regurgitación tricuspídea, hoy el pilar más omitido; y la interpretación del E/A debe leerse siempre con la edad delante, porque un mismo número puede tener significados opuestos. El desarrollo de herramientas digitales propias es un camino concreto para apoyar el juicio clínico y producir evidencia local.

0682 - VALIDACIÓN DE LOS SCORES GRACE Y TIMI EN UN REGISTRO LOCAL DE SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS

Cardiopatía Isquémica

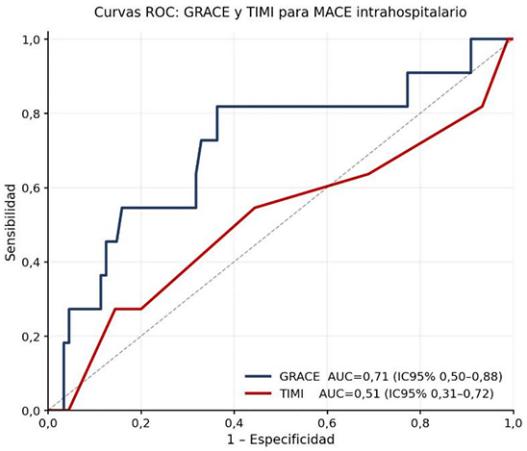
Juan DESIDERIO | Agustina Trinidad SAPORITI | Ángel Edson SOLIZ RODRIGUEZ | Daniela Letizia RIVEROS | Anabel Jessica GAFNI | Rafael Ángel IAMEVO | Ornella ROBINO | Juan Ernesto VAZQUEZ EPELBAUM

Sanatorio de la Trinidad Mitre

Introducción: Los scores GRACE y TIMI son herramientas de estratificación de riesgo recomendadas por las guías de práctica clínica en síndromes coronarios agudos (SCA). Su desempeño pronóstico en registros locales contemporáneos no se evalúa de manera sistemática y la evidencia argentina es limitada.

Objetivos: Evaluar la capacidad discriminativa de los scores GRACE y TIMI para predecir eventos cardiovasculares mayores (MACE) intrahospitalarios en pacientes con SCA admitidos en un centro privado argentino.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron 227 pacientes con SCA admitidos entre 2019 y 2026. Se calcularon los scores GRACE y TIMI según las fórmulas originales. El outcome principal fue MACE intrahospitalario, definido como compuesto de muerte, reinfarto, accidente cerebrovascular, shock, insuficiencia cardíaca o arritmia ventricular. Se evaluó la discriminación mediante el área bajo la curva (AUC) con intervalo de confianza del 95% (IC95%) calculado por método de bootstrap no paramétrico. Las categorías de GRACE (bajo ≤108, moderado 109-140, alto >140) se compararon mediante chi cuadrado de tendencia.



Resultados: La edad media de la cohorte fue 65±16 años, 21% eran mujeres y 31% presentaron infarto con elevación del segmento ST. Se contó con score GRACE en 119 pacientes y con TIMI en 126. La incidencia de MACE intrahospitalario fue 12,9% (19/147) y la mortalidad 6,3% (9/143). El AUC de GRACE para MACE fue 0,71 (IC95% 0,50-0,88); el de TIMI fue 0,51 (IC95% 0,31-0,72). La tasa de MACE por categoría de GRACE mostró un gradiente significativo: bajo 3,5% (2/57), moderado 17,4% (4/23) y alto 27,8% (5/18); p=0,010. La mortalidad fue 0% en las categorías bajo y moderado, y 17,6% (3/17) en GRACE alto.

Conclusión: En este registro contemporáneo, el score GRACE mantuvo capacidad pronóstica adecuada para MACE intrahospitalario en SCA, con gradiente coherente entre sus categorías de riesgo. El score TIMI mostró desempeño limitado, no superior al azar. Estos hallazgos respaldan la implementación sistemática del score GRACE como herramienta de estratificación rutinaria en nuestro medio.

0683 - VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR EN LA EVALUACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DEL SCORE DE COMPLEJIDAD DE REPARABILIDAD MITRAL EN UN CENTRO DE REFERENCIA: IMPACTO DEL NIVEL DE EXPERIENCIA

Valvulopatías / Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

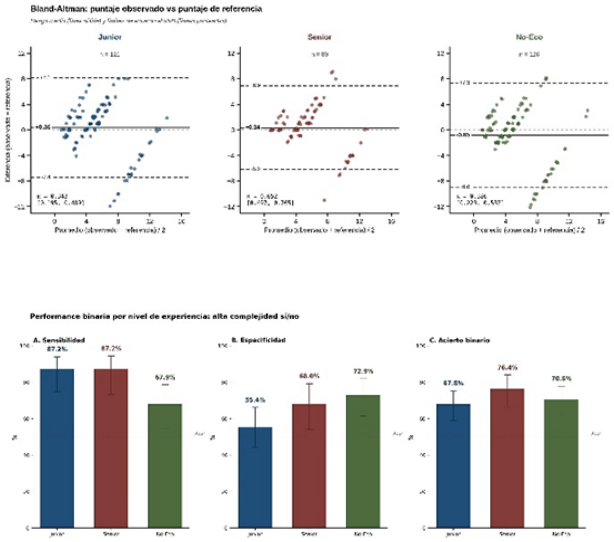
Alejandro Tomas YOUNG | Franco Gabriel DASCON YANNUZZI | Maria Marta ZANIER | Martin VIVAS | Pablo Fernando ELISSAMBURU

ICBA

Introducción: El score de Anyanwu-Adams se propuso para estimar la complejidad técnica de la reparación de la válvula mitral degenerativa y orientar la derivación quirúrgica. Su utilidad práctica depende de que distintos ecocardiografistas puedan aplicarlo de manera consistente. Su reproducibilidad ha sido escasamente estudiada en escenarios reales.

Objetivos: Cuantificar la concordancia entre evaluadores con diferente formación en ecocardiografía transesofágica (ETE) al aplicar dicho score, tomando como referencia el puntaje derivado del informe oficial prequirúrgico y corroborado intraoperatoriamente.

Materiales y Métodos: Se incluyeron nueve pacientes con prolapso valvular mitral degenerativo en evaluación prequirúrgica. Cada paciente fue evaluado por tres tipos de observadores: ecocardiografistas Senior, Junior en formación y no ecocardiografistas (mayoritariamente cardiólogos clínicos, además de cirujanos cardiovasculares y técnicos cardiológicos). Para registrar los componentes anatómicos del score (prolapso por segmento, restricción, calcificación, antecedente de reparación) se usó una aplicación web desarrollada ad hoc. El puntaje se categorizó en baja complejidad (1), intermedia (2-4) y alta (>=5). La referencia surgió de aplicar la grilla original al informe ETE oficial —firmado por un Senior externo— y confirmada en quirófano. El análisis combinó concordancia categórica (IC95% Wilson), sensibilidad, especificidad, VPP y VPN para detección de alta complejidad, kappa de Cohen ponderado cuadrático con IC bootstrap, y Bland-Altman para el puntaje numérico.



Resultados: Se reunieron 336 evaluaciones distribuidas en Junior (n=121), Senior (n=89) y no ecocardiografistas (n=126). La concordancia categórica fue mayor en Senior (70,8%; IC95% 60,6-79,2) que en no ecocardiografistas (58,7%; 50,0-66,9) o Junior (54,5%; 45,7-63,1). El kappa cuadrático mostró acuerdo sustancial sólo en Senior (k=0,65; 0,50-0,77); en los otros grupos fue leve (no ecocardiografista 0,39; 0,22-0,54; Junior 0,34; 0,20-0,49). Para la decisión binaria de alta complejidad, el desempeño no difirió significativamente entre grupos (Senior 76,4%, no ecocardiografista 70,6%, Junior 67,8%; IC superpuestos). La sensibilidad fue prácticamente idéntica entre Senior y Junior (87,2%) y menor en no ecocardiografistas (67,9%); la especificidad siguió el orden inverso (72,9% / 68,0% / 55,4%). VPP: 68,0% Senior, 66,7% no ecocardiografistas, 55,4% Junior; VPN: 87,2% Senior y Junior, 73,9% no ecocardiografistas. Bland-Altman reveló sesgos positivos pequeños en Senior (+0,34) y Junior (+0,36), y un sesgo negativo en no ecocardiografistas (-0,85), con límites de acuerdo amplios (±7 a ±9 puntos) en los tres grupos.

Conclusión: La aplicación del score por ETE alcanzó concordancia sustancial con la referencia únicamente en Senior. Los grupos mostraron perfiles diagnósticos distintos: los Junior tendieron a sobreestimar (alta sensibilidad, baja especificidad); los no ecocardiografistas subestimaron sistemáticamente, con riesgo de no derivar a un centro experto pacientes que sí lo requerían; los Senior se ubicaron en una posición intermedia y balanceada. La decisión binaria —que típicamente define una derivación— fue similar entre grupos. El VPN elevado en Senior y Junior apoya el uso del score para descartar alta complejidad. El puntaje numérico exacto, en cambio, no resultó reproducible. Limitaciones: muestra acotada (n=9) y distribución desbalanceada hacia complejidad intermedia y alta.

0685 - ESTUDIO COMPARATIVO DE UN REGISTRO UNICÉNTRICO, CON EL REGISTRO MULTICÉNTRICO NACIONAL ARGEN-IAM-ST EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST MAYORES DE 60 AÑOS

Cardiopatía Isquémica

Adrián Demetrio HRABAR | Alberto Alfredo FERNANDEZ | Mario Antonio FERRARO | Julieta PARRAS GALLERO | Lucrecia SICILIANO | **Daniela Noel BECHELLI** | Agustín Ezequiel NELSON | Liseth YANES RINCON

Sanatorio Modelo de Quilmes

Introducción: El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) representa una de las principales causas de mortalidad, cuyo pronóstico y evolución está sujeto a un diagnóstico precoz y estrategia terapéutica tiempo-dependientes. En la República Argentina el registro continuo ARGEN-IAM-ST se ha convertido en el estándar de referencia nacional, siendo la comparación de este con registros locales, una herramienta válida para reflejar la calidad de atención institucional.

Objetivos: Analizar de manera comparativa nuestro registro institucional con el registro ARGEN-IAM-ST variables como: Datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular, tipos y tiempos de reperfusión/revascularización, evolución intrahospitalaria y tratamiento instaurado en pacientes adultos mayores de 60 años con diagnóstico de IAMCEST.

Materiales y Métodos: Análisis comparativo de un registro observacional, retrospectivo y descriptivo unicéntrico de 248 pacientes, de los cuales se seleccionaron aquellos mayores a 60 años con diagnóstico de IAMCEST (n:90), subdivididos en dos grupos etarios: 60 a 74 años (n:64), e igual o mayores de 75 años (n:26). Dichos datos fueron confrontados con la misma subpoblación del ARGEN-IAM-ST (n:3626), Grupo 1: 60 a 74 años (n:2753), y Grupo 2: igual o mayores de 75 años (n:873).

Resultados: La población institucional (n=90) presentó una concordancia casi exacta con el registro nacional en variables como, hipertensión arterial (67.8% muestra local vs. ~68% ARGEN-IAM-ST), la dislipemia (45.6% registro nacional vs. ~45% ARGEN-IAM-ST) y la prevalencia de diabetes (23.3% muestra local vs. ~26% ARGEN-IAM-ST). No obstante, se identificó una diferencia poblacional relevante respecto al tabaquismo, siendo significativamente superior en la muestra local de 60 a 74 años del 56.3 % vs 34.1% nacional. (ver tabla 1)

Conclusión: Los resultados obtenidos muestran una concordancia epidemiológica y clínica con el registro ARGEN-IAM-ST, observándose supervivencia intrahospitalaria y tratamiento médico al alta equivalentes a la media del país en ambos grupos de pacientes. Al comparar ambas muestras se observa que los tiempos institucionales de reperfusión mediante angioplastia primaria son más prolongados que la media nacional y lo sugerido por las guías internacionales de tratamiento. Ante los hallazgos obtenidos, consideramos de vital importancia rever los protocolos institucionales para mejorar los tiempos prehospitalarios e intrahospitalarios. Seguimos enfatizando la importancia de continuar con la elaboración de registros institucionales para realizar una evaluación continua de nuestro desempeño.

Tabla N°2: Evolución, complicaciones y tratamiento médico al alta

Variable	Grupo 1: 60 a 74 años.			Grupo 2: ≥ 75 años.		
	ARGEN-IAM-ST	Institucional	Valor de P	ARGEN-IAM-ST	Institucional	Valor P
Killip-Kimball > I	24.9%	21.0%	0.480	35.1%	25.0%	0.308
Angioplastia Primaria	89.9%	56.5%	<0.001	94.7%	76.9%	0.001
Estrategia farmacoinvasiva/rescate	10.1%	30.6%	<0.001	5.3%	7.7%	0.949
Insuficiencia Cardiaca IH	31.5%	17.5%	0.017	42.2%	27.3%	0.162
Reinfarto IH	4.16%	1.7%	0.343	4.45%	4.8%	0.949
Mortalidad Intrahospitalaria	9.4%	7.8%	0.665	18.3%	19.2%	0.907
AAS	96%	93.2%	0.287	91.0%	90.5%	0.931
Inhibidor P2Y12	100%	91.5%	<0.001	95.1%	90.5%	0.340
Estatinas	94.6%	100%	0.066	91.5%	100%	0.161
IECA / ARA II	76.9%	84.7%	0.156	73.3%	76.2%	0.771

Elaboración propia: registros obtenidos de la matriz institucional.

Tabla N°1: Demografía y factores de riesgo cardiovascular

Variable	Grupo 1: 60 a 74 años.			Grupo 2: ≥ 75 años.		
	ARGEN-IAM-ST	Institucional	Valor de P	ARGEN-IAM-ST	Institucional	Valor P
Edad (Mediana)	65 (62-69)	66.0 (64-68)	0.180	80 (77-84)	81.0 (79-86)	0.420
Hipertensión Arterial	65.5%	60.9%	0.449	75.3%	84.6%	0.274
Diabetes	26.7%	25.0%	0.761	24.2%	19.2%	0.561
Dislipemia	44.3%	43.8%	0.928	49.4%	50.0%	0.950
Tabaquismo	34.1%	56.3%	<0.001	17.6%	19.2%	0.834

Elaboración propia: registros obtenidos de la matriz institucional.

0688 - VALOR PREDICTOR DEL ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO EN LA CARGA TROMBÓTICA DE PACIENTES JÓVENES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST

Cardiopatía Isquémica / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Rocío Isabel LÓPEZ | Giuliana CORNA | Fernando COHEN | Pedro TOUZAS | Santiago Luis DEL CASTILLO | Ignacio Miguel SEROPIAN | Alejandro Diego FERNANDEZ | Carla Romina AGATIELLO

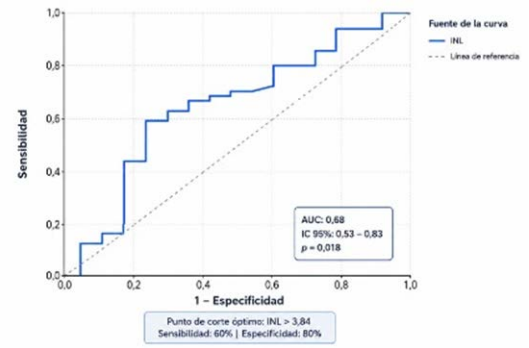
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad cardiovascular. La alta carga trombótica intracoronaria se asocia con un mayor riesgo de complicaciones durante el procedimiento y peores resultados clínicos. En la población joven, donde los factores ateroscleróticos tradicionales suelen ser menos prevalentes, las respuestas inflamatorias hiperreactivas juegan un rol crítico en la génesis de una alta carga trombótica intracoronaria, en este contexto, el índice neutrófilo-linfocito (INL), un biomarcador inflamatorio simple y ampliamente disponible, ha despertado creciente interés por su potencial valor pronóstico

Objetivos: Evaluar la capacidad del INL para predecir alta carga trombótica en pacientes jóvenes con IAMCEST.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional, que incluyó pacientes jóvenes (menores de 50 años) del registro institucional de IAMCEST entre 2016 y 2025. Se evaluaron las características clínicas, los parámetros de laboratorio al ingreso y características angiográficas de todos los pacientes.

Resultados: Durante el período mencionado, se registraron 700 pacientes con IAMCEST, de los cuales 71 menores de 50 años fueron



incluidos en el análisis. La edad media fue de 44 ± 5 años y el 88% (n=63) eran hombres. Se observó una alta carga trombótica en el 77% de los pacientes (n=53) El análisis de la curva ROC para el INL evidenció un área bajo la curva (AUC) de 0.680 (IC95%: 0,53–0,83; p=0,018), identificándose un punto de corte óptimo de 3.84, el cual alcanzó una sensibilidad del 60% y una especificidad del 80% (Figura 1). Las características clínicas de la población según INL se resumen en la (Tabla 1).

Variable	INL ≤ 3,84 (35)	INL > 3,84 (36)	p
Caracteristicas clinicas			
Hombres	32 (91,4%)	31 (86,1%)	0,710
Hipertensión arterial	14 (40,5%)	10 (34,2%)	0,743
Diabetes mellitus tipo II	4 (10,8%)	11 (10,3%)	1,000
Dislipidemia	10 (32,4%)	11 (30,8%)	1,000
Tabaquismo	20 (57%)	19 (52%)	0,055
Presentacion clinica			
Killip-Kimball IV	4 (11%)	3 (8) %	0,436
Tiempo puerta-balón	95min	88,5 min	0,581
Slow Flow/ No reflow	2 (5,9%)	4 (11,8%)	0,673
Parametros de Laboratorio			
INL	1.94	6.37	<0.001
Troponina Ultransensible	22	98.1	0.004

Conclusión: En pacientes jóvenes con IAMCEST, el INL se asoció de manera independiente con la presencia de alta carga trombótica intracoronaria y podría representar una herramienta simple para la estratificación inicial del riesgo en este grupo de pacientes.

0690 - FENOTIPOS CLÍNICOS DE DEMORA EN IAMCEST: ANÁLISIS DEL TIEMPO TOTAL DE ISQUEMIA Y SU ASOCIACIÓN CON EVENTOS INTRAHOSPITALARIOS. GRUPO ARGEN IAM

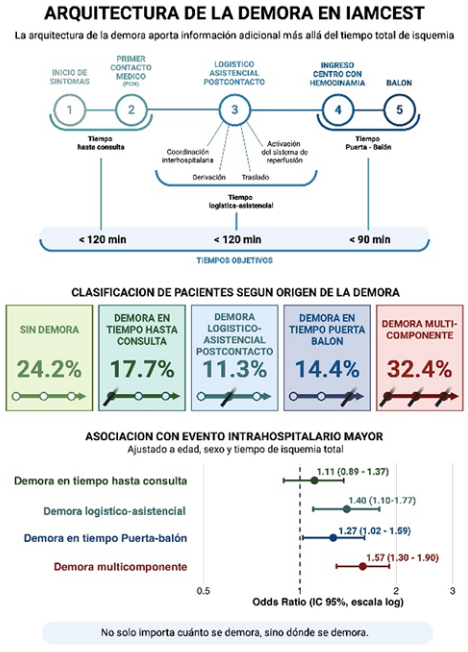
Cardiopatía Isquémica / Educación Médica y Políticas de Salud

Ornella PACCE | Joaquín PEREA | Ricardo Alfredo VILLARREAL | Maria Candela PEREIRA REDONDO | Mauro Andrés QUIROGA | Julia JANCHES QUIÑONES | Stella Maris MACIN | Álvaro SOSA LIPRANDI

Áreas SAC: Área de Investigación

Introducción: Las estrategias contemporáneas de reperfusión en el Infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) se han centrado predominantemente en la reducción del tiempo puerta-balón. Sin embargo, el tiempo total de isquemia (TTI) continúa siendo elevado y los tiempos previos a la llegada al centro de reperfusión permanecen escasamente caracterizados.

Objetivos: Evaluar la evolución temporal y la composición del TTI, identificar fenotipos clínicos de demora basados en los componentes del proceso de reperfusión, y analizar su asociación con eventos intrahospitalarios.



Materiales y Métodos: Se realizó un análisis del registro multicéntrico ARGEN-IAM-ST, incluyendo pacientes con IAMCEST entre 2015 y 2025. El TTI fue descompuesto en tres componentes: tiempo hasta consulta (síntomas-primer contacto médico), logístico-asistencial postcontacto y tiempo puerta-balón. El componente logístico-asistencial fue definido como el TTI menos el tiempo hasta consulta y el tiempo puerta-balón, representando potenciales procesos de derivación y coordinación interhospitalaria. Se definió demora mediante puntos de corte clínicamente interpretables: tiempo hasta consulta >120 min, tiempo logístico-asistencial >120 min y tiempo puerta-balón >90 min. Los pacientes fueron posteriormente clasificados en grupos mutuamente excluyentes según el componente prolongado en: ausencia de demora, demora en tiempo hasta consulta, demora logístico-asistencial o demora puerta-balón cuando solo un componente estaba alterado, y demora multicomponente cuando existía más de un componente prolongado. El desenlace primario fue un evento cardiovascular mayor intrahospitalario, compuesto por muerte, shock cardiogénico, insuficiencia cardíaca o paro cardíaco durante la internación. Se evaluó la asociación entre las distintas etapas de demora y el desenlace mediante modelos de regresión logística ajustados por edad, sexo y tiempo total de isquemia.

Resultados: Se incluyeron 5.838 pacientes en su mayoría reperfundidos a través de angioplastia (89.4%). La mediana de TTI fue de 323 min (RIC 193–620). Los patrones de demora se distribuyeron de la siguiente manera: sin demora mayor

24%, demora en tiempo hasta consulta 18%, demora logístico-asistencial postcontacto 11%, demora puerta-balón 14% y demora multicomponente 32%. Los pacientes con demora logístico-asistencial presentaron una elevada proporción de derivación interhospitalaria (91.4%) y de angioplastia farmacoinvasiva y de rescate, con una mediana de tiempo logístico asistencial de 260 min (RIC 180–409.5), a pesar de tiempos síntomas-contacto médico y puerta-balón adecuados.

Conclusión: Las demoras en distintas etapas del tiempo total de isquemia se asociaron con diferente riesgo intrahospitalario, independientemente de la duración total. La demora logístico-asistencial postcontacto y la demora multicomponente podrían reflejar circuitos de reperfusión más complejos o menos protocolizados. Estos hallazgos sugieren que no todas las demoras tienen el mismo significado clínico y que su localización dentro del proceso podría complementar la evaluación de calidad en IAMCEST.

0691 - MODELO ECOCARDIOGRÁFICO CUANTITATIVO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD VASCULAR PULMONAR CLÍNICAMENTE RELEVANTE EN PACIENTES CON SOSPECHA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR PRECAPILAR

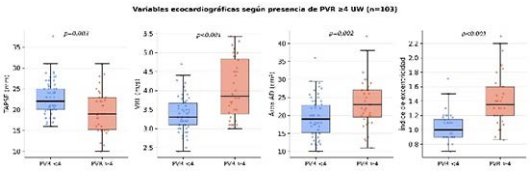
Enfermedad Vascular Pulmonar / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Nicolás CARUSO | Agustina PICCINATO | Daniel Mariano ZANUTTO | Ornella ROBINO | Gonzalo GUTIÉRREZ LARREGUI | Anabel Jessica GAFNI | Juan Ernesto VAZQUEZ EPELBAUM | Paul VARGAS MIELES

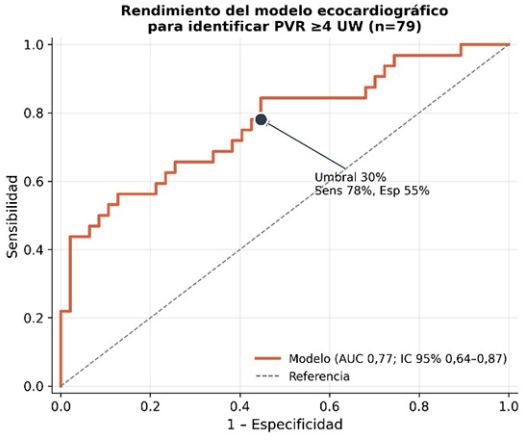
Sanatorio Trinidad Mitre

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) requiere confirmación hemodinámica por cateterismo cardíaco derecho (CCD), una técnica invasiva no siempre disponible. La categorización ecocardiográfica recomendada por las guías ESC/ERS 2022 estima la probabilidad de HP, pero no fue diseñada para identificar a los pacientes con enfermedad vascular pulmonar clínicamente relevante, definida por una resistencia vascular pulmonar (RVP) =4 unidades Wood (UW). Variables como el TAPSE, la velocidad de regurgitación tricuspídea (VRT), el área de aurícula derecha (AAD) y el índice de excentricidad (IE) reflejan dimensiones complementarias de la enfermedad vascular pulmonar: función longitudinal del ventrículo derecho, carga de presión, remodelado crónico y sobrecarga aguda del septum interventricular. Su valor combinado como herramienta cuantitativa permanece subexplorado.

Objetivos: Desarrollar un modelo ecocardiográfico que integre estas cuatro variables para estimar la probabilidad de RVP =4 UW en pacientes con sospecha de HP precapilar.



Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de 134 pacientes con ecocardiograma y CCD pareados (2020-2024) en un centro terciario. El análisis primario incluyó 103 pacientes con presión capilar pulmonar (PCP) =15 mmHg, de los cuales 36 (35%) presentaban RVP =4 UW. Se construyó un modelo de regresión logística con TAPSE, VRT, AAD e IE como predictores pre-especificados, con validación interna mediante validación cruzada en 5 bloques, en los pacientes con las cuatro variables disponibles (n=79).



Resultados: Las cuatro variables del modelo que se asociaron con RVP ≥4 UW: TAPSE menor (19,6 vs 22,7 mm; p=0,003), VRT mayor (4,07 vs 3,38 m/s; p<0,001), AAD mayor (23,3 vs 19,3 cm²; p=0,002) e IE más elevado (1,42 vs 1,05; p<0,001). La integración cuantitativa alcanzó un área bajo la curva de 0,77 (IC 95% 0,64-0,87). Con un umbral de probabilidad estimada del 30%, el modelo mostró sensibilidad 78%, especificidad 55%, valor predictivo positivo 56% y valor predictivo negativo 79%.

Conclusión: Un modelo ecocardiográfico que integra cuatro variables de rutina identifica con rendimiento aceptable a los pacientes con enfermedad vascular pulmonar clínicamente relevante en una cohorte de sospecha de HP precapilar. Esta aproximación cuantitativa puede orientar la decisión de derivar para CCD, particularmente como herramienta de exclusión por su valor predictivo negativo.

0692 - MEJORÍA DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA: RESULTADOS DE UNA COHORTE LOCAL

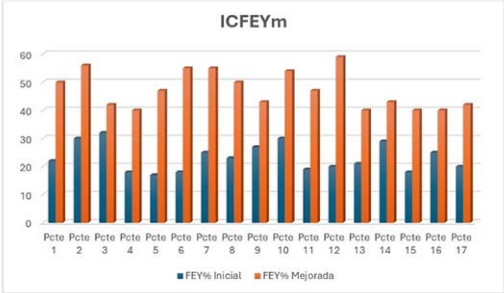
Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Investigación Básica

Gonzalo TORRES RIQUELME | Valentina BOTELLI DAGUM | Jesús Federico GUZMÁN

Hospital San Bernardo, Salta Capital.

Introducción: La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección mejorada (ICFEYm) constituye un fenotipo emergente asociado a la recuperación significativa de la función ventricular izquierda tras la implementación del tratamiento médico óptimo. A pesar de su creciente reconocimiento, existen escasos datos locales sobre su prevalencia, características clínicas y perfil terapéutico.

Objetivos: Describir el perfil clínico, las etiologías, el tratamiento y el grado de recuperación de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEY) en pacientes con ICFEYm atendidos en un hospital público de referencia.



Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo realizado mediante revisión de historias clínicas electrónicas de pacientes con insuficiencia cardíaca asistidos en el Servicio de Cardiología entre enero de 2023 y septiembre de 2025. Se incluyeron pacientes con al menos dos estudios de evaluación de FEY separados por un período mínimo de 90 días y con información clínica completa. Se analizaron variables demográficas, etiología, factores de riesgo cardiovascular, tratamiento y evolución ecocardiográfica.

Datos demográficos y características Basales

Variable	Resultado (n = 17)
Edad media (años)	**53,1**
Sexo masculino (%)	**10 (58,8%)**
Sexo femenino (%)	**7 (41,2%)**
FEY inicial media (%)	**23,2**
FEY recuperada media (%)	**47,2**
Mejoría absoluta media (puntos porcentuales)	**+24,1**
Dispositivo intracardíaco (%)	**2 (11,8%)**
Antecedentes	
Hipertensión arterial	**10 (58,8%)**
Fibrilación auricular	**7 (41,2%)**
Obesidad	**6 (35,3%)**
Dislipidemia	**3 (17,6%)**
Hipotiroidismo	**2 (11,8%)**
Chagas	**2 (11,8%)**
Tratamiento	
IECA/ARA-II	**16 (94,1%)**
ARNI	**3 (17,6%)**
Betabloqueantes	**16 (94,1%)**
iSGLT2	**15 (88,2%)**
ARM	**16 (94,1%)**
Diuréticos	**8 (47,1%)**

Resultados: De 234 pacientes con insuficiencia cardíaca, 17 (7,26%) presentaron insuficiencia cardíaca con fracción de eyección mejorada (ICFEYm). La edad media fue de 53,1 años y el 58,8% fueron hombres. La FEY inicial promedio fue de 23,2%, mientras que la FEY recuperada alcanzó 47,2%, con una mejoría absoluta media de 24,1 puntos porcentuales. Las etiologías más frecuentes fueron la etiología no filiada (29,4%), la taquicardiomiopatía (11,8%), la etiología idiopática (11,8%) y la cardiopatía chagásica (11,8%). Los antecedentes predominantes fueron hipertensión arterial (58,8%), fibrilación auricular (41,2%), obesidad (35,3%), dislipidemia (17,6%) e hipotiroidismo (11,8%). Se observó una elevada utilización de terapias farmacológicas recomendadas por las guías de práctica clínica, destacándose el uso de IECA/ARA II, betabloqueantes y antagonistas del receptor mineralocorticoide en el 94,1% de los pacientes, e inhibidores SGLT2 en el 88,2%.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con ICFEYm se observó una recuperación significativa de la FEY. El predominio de etiologías no isquémicas y la elevada utilización de terapias recomendadas por las guías de práctica clínica podrían haber contribuido a la magnitud de la recuperación observada. Nuestros hallazgos son concordantes con la evidencia internacional disponible y respaldan la continuidad del tratamiento médico dirigido para insuficiencia cardíaca aun después de la recuperación de la fracción de eyección.

0694 - LA PROBABILIDAD ECOCARDIOGRÁFICA DE LAS GUÍAS PUEDE SUBESTIMAR LA ENFERMEDAD VASCULAR PULMONAR CLÍNICAMENTE RELEVANTE: VALIDACIÓN INVASIVA EN UNA COHORTE ARGENTINA

Enfermedad Vascular Pulmonar / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

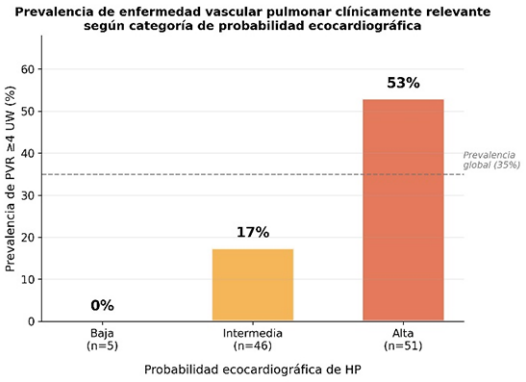
Nicolás CARUSO | Agustina PICCINATO | Maité LOFIEGO | Ornella ROBINO | Mercedes Alejandra PANNO | Silvia Mónica URRUTIA | Juan Ernesto VAZQUEZ EPELBAUM | Paul VARGAS MIELES

Sanatorio de la Trinidad Mitre

Introducción: La categorización ecocardiográfica de probabilidad de HP recomendada por las guías ESC/ERS 2022 (baja, intermedia, alta) es la herramienta más utilizada para decidir la derivación a CCD. Aunque útil para tamizaje, su capacidad para identificar enfermedad vascular pulmonar clínicamente relevante —definida por RVP ≥4 UW— no ha sido bien caracterizada. La consecuencia clínica de una subestimación es relevante: pacientes con vasculopatía pulmonar avanzada pueden no ser derivados a evaluación hemodinámica oportuna.

Objetivos: Cuantificar la discordancia entre la categorización ecocardiográfica de probabilidad de HP y la presencia de enfermedad vascular pulmonar clínicamente relevante (RVP ≥4 UW) confirmada por CCD.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de 134 pacientes con eco y CCD pareados (2020-2024) en un centro terciario. El análisis primario incluyó 103 pacientes con PCP ≥15 mmHg. Se clasificó la probabilidad ecocardiográfica según las guías ESC/ERS 2022 (baja, intermedia, alta). La discordancia se definió como subestimación (probabilidad baja o intermedia con RVP ≥4 UW) o sobreestimación (probabilidad alta con RVP <4 UW). Se reportó la magnitud de cada tipo de discordancia y su distribución según categoría de probabilidad.



Resultados: De 103 pacientes, 36 (35%) presentaban RVP ≥4 UW. La distribución de probabilidad ecocardiográfica fue: alta 51 (49,5%), intermedia 46 (44,7%), baja 5 (4,9%). La subestimación —probabilidad eco baja o intermedia con RVP ≥4 UW— se observó en 8 pacientes, representando el 7,8% de la cohorte total y, lo que es clínicamente más relevante, el 22% de los pacientes con enfermedad vascular pulmonar clínicamente relevante. La sobreestimación ocurrió en 24 pacientes (23%), todos con probabilidad alta pero RVP <4 UW. Cuando la probabilidad ecocardiográfica fue alta, la prevalencia de RVP ≥4 UW fue del 53%; cuando fue intermedia, del 17%; cuando fue baja, del 0%.

Conclusión: La categorización ecocardiográfica de las guías ESC/ERS 2022 subestima la enfermedad vascular pulmonar clínicamente relevante en uno de cada cinco pacientes con RVP ≥4 UW. La zona de probabilidad intermedia concentra el mayor número de pacientes mal clasificados, donde un 17% presenta enfermedad vascular pulmonar grave no sospechada por eco. Estos hallazgos respaldan la necesidad de estrategias complementarias para refinar la decisión de derivación a CCD en esta zona de incertidumbre clínica.

0697 - DISCORDANCIA ENTRE CA-125 Y NT-PROBNP: IDENTIFICACIÓN DE FENOTIPOS BIOQUÍMICOS DE CONGESTIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Santiago Guillermo TEJADA | Ángel Edson SOLIZ RODRIGUEZ | Lucas Nicolás GASPÓN | Agustina PICCINATO | Antonella DITURO | Juan DESIDERIO | Mercedes Alejandra PANNO | Nicolás CARUSO

Sanatorio Trinidad Mitre

Introducción: La congestión constituye la manifestación clínica más frecuente de la insuficiencia cardíaca descompensada y el principal motivo de internación por esta causa. Sin embargo, representa un fenómeno heterogéneo que puede involucrar en distinta medida el territorio pulmonar y sistémico. La utilización conjunta de biomarcadores asociados a diferentes mecanismos de congestión podría permitir identificar fenotipos clínicos diferenciales y aportar información sobre la evolución intrahospitalaria.

Objetivos: Caracterizar perfiles clínicos y evolutivos según fenotipos bioquímicos de congestión definidos mediante la combinación de CA-125 y NT-proBNP ajustado por edad en pacientes internados por insuficiencia cardíaca descompensada.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico y descriptivo. Se incluyeron pacientes adultos internados por insuficiencia cardíaca descompensada entre septiembre de 2023 y mayo de 2026 con determinación de CA-125 y NT-proBNP al ingreso. Los pacientes fueron clasificados en cuatro fenotipos bioquímicos: congestión global (elevación simultánea de ambos biomarcadores), congestión derecha (CA-125 elevado con NT-proBNP normal para edad), congestión izquierda (NT-proBNP elevado con CA-125 normal) y ausencia de congestión bioquímica (ambos biomarcadores normales). Se evaluaron variables clínicas, función renal, duración de la internación y un outcome compuesto de complicaciones intrahospitalarias.

Tabla 1 - Características clínicas según fenotipo de congestión

Variable	Global	Derecha	Izquierda
Edad (años)	74 [67–82]	71 [65–77]	76 [69–83]
Sexo masculino	25 (64%)	6 (67%)	9 (60%)
TFG (ml/min/1.73m²)	44 [32–58]	56 [49–69]	38 [29–49]
FEVI (%)	35 [25–45]	40 [32–50]	33 [25–40]
Días de internación	8 [5–17]	11,5 [8–19,2]	5 [4–14,5]

Tabla 2 - Evolución clínica según fenotipo

Variable	Global	Derecha	Izquierda
Curso complicado	21 (55,3%)	6 (66,7%)	8 (53,3%)
ARM/VNI	8 (21%)	3 (33%)	2 (13%)
IRA/ERC reagudizada	18 (47%)	3 (33%)	8 (53%)
Inotrópicos/vasopresores	15 (39%)	5 (56%)	4 (27%)
Muerte intrahospitalaria	4 (10%)	1 (11%)	1 (7%)

Resultados: Se analizaron 67 pacientes. El fenotipo más frecuente fue la congestión global, observado en 39 pacientes (58,2%), seguido de congestión izquierda en 15 (22,4%), congestión derecha en 9 (13,4%) y ausencia de congestión bioquímica en 4 pacientes (6%). Los pacientes con congestión derecha presentaron mejor función renal basal, con una mediana de tasa de filtrado glomerular de 56 ml/min/1,73 m², pero mostraron la mayor duración de internación, con una mediana de 11,5 días, y la mayor frecuencia de curso intrahospitalario complicado. En contraste, el fenotipo de congestión izquierda presentó peor función renal basal (TFG 38 ml/min/1,73 m²), aunque con menor duración de internación (5 días). El fenotipo de congestión global fue el más prevalente y presentó una elevada carga de complicaciones intrahospitalarias, mientras que los pacientes sin congestión bioquímica mostraron la evolución más favorable.

Conclusión: La combinación de CA-125 y NT-proBNP permitió identificar fenotipos bioquímicos de congestión con perfiles clínicos y evolutivos diferenciables en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada. El hallazgo de una peor evolución en los pacientes con congestión derecha aislada, a pesar de una mejor función renal basal, sugiere que la congestión venosa sistémica persistente podría identificar un perfil de mayor complejidad clínica no adecuadamente reflejado por la función renal estimada ni por los biomarcadores tradicionales de estrés parietal. Asimismo, la evolución más favorable observada en los pacientes con congestión izquierda podría relacionarse con una congestión predominantemente pulmonar y potencialmente más sensible a las estrategias habituales de descongestión. Estos resultados respaldan el potencial valor de la evaluación conjunta de CA-125 y NT-proBNP para una caracterización más integral de la congestión y deben interpretarse como exploratorios y generadores de hipótesis.

0698 - IMPACTO DE LA DIABETES MELLITUS EN LA RECURRENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR POST PRIMERA ABLACIÓN: COHORTE CONTEMPORÁNEA UNICÉNTRICA CON SEGUIMIENTO A 12 MESES

Arritmias y Electrofisiología

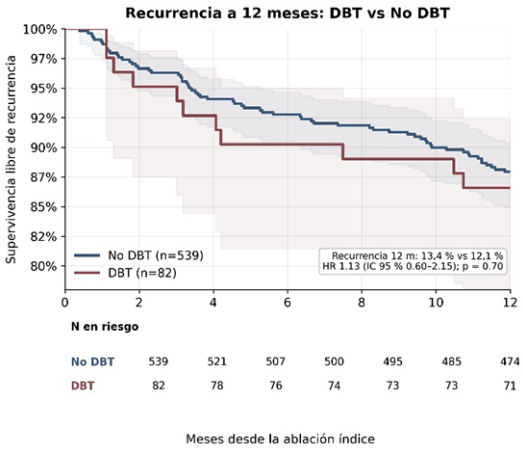
Federico Jorge GANDOLFO | Lucas PIEDRAFITA VICO | Maximiliano Pablo MASSA | Bianca Maria RICCIARDI | Leandro Luis POZZER | Marcelo Sergio TRIVI | María Del Rosario RODRÍGUEZ | Hugo Daniel SANABRIA

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La diabetes mellitus (DM) induce cardiomiopatía auricular —caracterizada por fibrosis intersticial, dilatación y heterogeneidad eléctrica— y se ha asociado con mayor recurrencia tras la ablación de fibrilación auricular (FA), con estimaciones de riesgo cercanas a 1,5 en metaanálisis recientes, aunque la magnitud del efecto varía según el control glucémico y el fenotipo de la población. El volumen auricular izquierdo indexado (LAVi) constituye un predictor establecido de recurrencia post-ablación; sin embargo, su valor pronóstico específico en pacientes con DM —en quienes el sustrato fibrótico podría disociarse del tamaño auricular— ha sido escasamente caracterizado.

Objetivos: Evaluar la asociación entre DM y recurrencia a 12 meses tras la ablación índice de FA y, secundariamente, analizar el valor pronóstico del LAVi estratificado según la presencia de DM.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva unicéntrica de 621 pacientes sometidos a primera ablación de FA con seguimiento clínico >=12 meses. La DM se definió a partir de registros en la historia clínica. El volumen auricular izquierdo se determinó por ecocardiografía, se indexó a la superficie corporal y se categorizó según los criterios ASE/EACVI 2015. El desenlace primario fue la recurrencia post-ablación (FA, aleteo o taquicardia auricular sostenida >=30 s). Se aplicaron curvas de Kaplan-Meier, test de log-rank y modelos de regresión de Cox censurados a 365 días, con un término de interacción DM × LAVi.



Resultados: De los 621 pacientes, 82 (13,2 %) presentaban DM, con predominio de adecuado control glucémico (hemoglobina glicosilada [A1c] mediana 6,0 %; 83 % con A1c < 7 %; 4,9 % insulinizados). Los pacientes con DM presentaban mayor edad y mayor prevalencia de hipertensión, dislipemia, infarto previo e insuficiencia cardíaca, así como mayor remodelado auricular (LAVi 39,5 vs 33,7 mL/m²; aurícula izquierda severamente dilatada [LAVi >48 mL/m²] 37,8 % vs 19,1 %; ambos p < 0,001). No obstante, la recurrencia a 12 meses fue similar entre grupos (13,4 % vs 12,1 %; 11 vs 65 eventos; log-rank p = 0,70; hazard ratio 1,13; intervalo de confianza 95 % 0,60–2,15). En el análisis estratificado, el LAVi se asoció con recurrencia en pacientes sin DM (hazard ratio 1,26 por cada 10 mL/m²; intervalo de confianza 95 % 1,07–1,48; p = 0,004), asociación no observada en pacientes con DM (hazard ratio 1,00; intervalo de confianza 95 % 0,68–1,46; p = 0,98); el término de interacción DM × LAVi no alcanzó significación estadística (p = 0,27). El tipo de FA no estratificó la recurrencia en ningún subgrupo (log-rank p = 0,97).

Conclusión: En esta cohorte no se detectó asociación entre DM y recurrencia de FA post-ablación a 12 meses, pese a un mayor remodelado auricular en el grupo con DM. El LAVi conservó su valor pronóstico únicamente en pacientes sin DM; dado que el término de interacción no fue significativo, esta modificación de efecto debe interpretarse como exploratoria. Estos hallazgos, obtenidos en una población con DM mayoritariamente bien controlada, requieren validación prospectiva en cohortes de mayor tamaño y con un espectro más amplio de control metabólico, que permitan establecer si el control glucémico modula la recurrencia post-ablación en pacientes con DM.

0699 - MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN UN CENTRO DE CARDIOLOGÍA GENÉTICA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EXPRESIÓN FENOTÍPICA

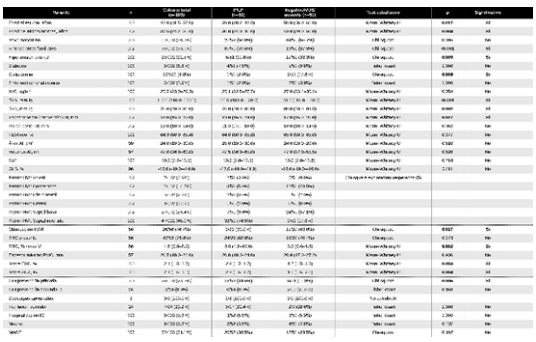
Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Luciano Gastón COLELLA PAGELLA | Tomás Joaquín GARCIA | Karen Estefanía ORTIZ LOYOLA | Edgardo Gabriel IBAÑEZ RUIZ | Federico SAVOIA | Noelia Del Carmen ORTIZ | Andrés Nicolás ATAMAÑUK | Luis Enrique GOMEZ

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

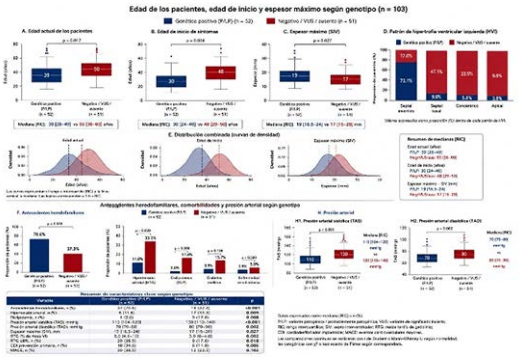
Introducción: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una enfermedad cardíaca hereditaria caracterizada por hipertrofia ventricular izquierda (> o = 15 mm) en ausencia de condiciones de sobrecarga anormales. Afecta aproximadamente a 1 de cada 500 individuos y presenta un patrón de herencia autosómico dominante, involucrando con mayor frecuencia variantes en los genes MYH7 y MYBPC3.

Objetivos: Describir las características clínicas, genéticas, ecocardiográficas y por resonancia magnética de una cohorte de pacientes con MCH evaluados en un centro de cardiología genética, y explorar asociaciones entre genotipo y expresión fenotípica.



Materiales y Métodos: Estudio observacional, unicéntrico y retrospectivo de pacientes consecutivos con diagnóstico de MCH evaluados en una unidad de cardiología genética. Se recopilaron variables clínicas, antecedentes heredofamiliares, comorbilidades, ecocardiográficas y de RMC. El estudio genético incluyó paneles de secuenciación de nueva generación con clasificación de variantes según criterios ACMG. Los pacientes fueron estratificados en genotipo positivo (variantes patogénicas/probablemente patogénicas [P/LP]) y genotipo negativo (ausencia de variantes o variantes de significado incierto [VUS]). Se analizaron

patrones de hipertrofia ventricular izquierda (HVI), fibrosis miocárdica por realce tardío de gadolinio (RTG) y variables asociadas con remodelado miocárdico.



Resultados: Se incluyeron 103 pacientes, con una edad mediana de 45 años y predominio masculino. Cincuenta y dos pacientes (50.5%) presentaron variantes patogénicas/probablemente patogénicas, siendo MYBPC3 y MYH7 los genes más frecuentemente identificados. Los pacientes con genotipo positivo fueron significativamente más jóvenes al diagnóstico y al inicio de síntomas (39 [28–49] vs 50 [36–60] años; p=0.017 y 30 [24–40] vs 48 [29–50] años; p=0.004, respectivamente), evidenciando una anticipación fenotípica cercana a una década. Asimismo, presentaron mayor frecuencia de antecedentes heredofamiliares (70.6% vs 37.3%; p=0.001), mayor espesor septal máximo (19 [16.5–24] vs 17 [15–20] mm; p=0.027) y mayor carga fibrótica por RMC (%RTG: 8.0 [4.6–10] vs 3.0 [0–4.8]; p=0.002).

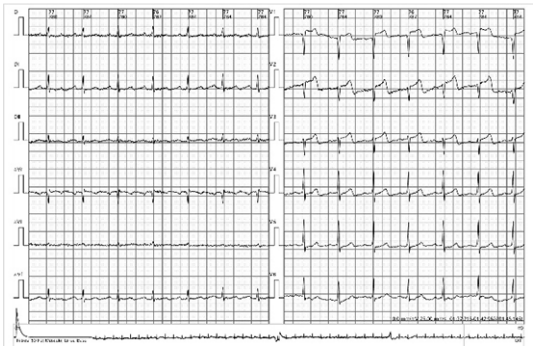
Conclusión: En esta cohorte de un centro de cardiología genética, los pacientes con MCH y variantes P/LP mostraron un fenotipo más precoz, familiar y estructuralmente más severo, caracterizado por mayor hipertrofia y fibrosis miocárdica. En contraste, los pacientes sin variantes identificadas o con VUS presentaron mayor carga de comorbilidades y patrones de remodelado potencialmente influenciados por factores adquiridos. La integración de genética, ecocardiografía y RMC permite una caracterización más precisa de la heterogeneidad fenotípica de la MCH y podría contribuir a mejorar la estratificación pronóstica.

0700 - DETECCIÓN PRECOZ DE COMPROMISO CARDÍACO EN AMILOIDOSIS HEREDITARIA POR TRANSTIRETINA MEDIANTE EVALUACIÓN MULTIMODAL: EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO DE PESQUISA ACTIVA

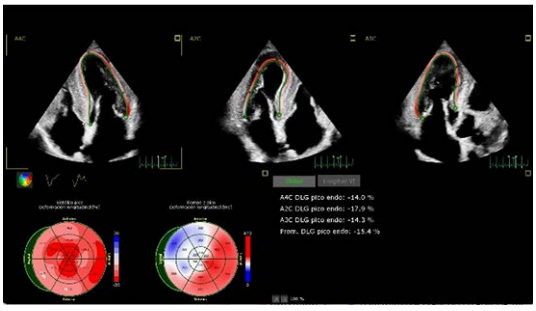
Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Investigación Básica

Jeremías Augusto ZABALO | Gisela ZANGA | José Alberto SPALA | Débora NADUR | Alejandra HOLZE | Melany PAEZ | Victoria LUCHESSI

Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta (Cañuelas)



Introducción: La amiloidosis hereditaria por transtiretina (ATTRv) es una enfermedad genética autosómica dominante, de curso progresivo y potencialmente letal, causada por el depósito de fibrillas amiloides formadas a partir de transtiretina (TTR) mutada. La mutación Val50Met es la variante más prevalente a nivel global, especialmente en individuos de ascendencia portuguesa. En este sentido, la ciudad de Cañuelas, que cuenta con una importante población de origen portugués, representa una región de interés particular debido al posible aumento del riesgo genético en su población.



Objetivos: Describir las características fenotípicas de pacientes con diagnóstico de ATTRv, mediante la evaluación multidisciplinaria en un Hospital de alta complejidad ubicado en esta localidad.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico genético confirmado de ATTRv, en periodo de marzo de 2025 a abril de 2026. Se recabaron datos clínicos, valoración neurológica, cardiológica y oftalmológica y nutricional. Se realizaron estudios complementarios tales como laboratorio, electrocardiograma, ecocardiograma Doppler color con Strain, electromiograma y Spect cardíaco. Se analizaron variables clínicas (síntomas sensitivos, motores, autonómicos y cardiológicos), parámetros funcionales y nutricionales. Se identificaron marcadores pronósticos de evolución. Se evaluó si el paciente era portador asintomático o sintomático y se consignó si recibía tratamiento actual o no.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes, 60,8% eran hombres. Edad media de 49.5 años (DE 16.4). La edad media de inicio de los síntomas es 52,3 años (DE 5.5). El IMC modificado 1119 (DE 210). En relación a la mutación 72% Val50Met y 9% Val142Ile y Val30Met. El 56% fueron clasificados como sintomáticos, siendo en su mayoría de fenotipo mixto. Entre estos, el 37.5% mostró signos de polineuropatía sensitivo-motora, el 25% síndrome de túnel carpiano, y el 40% presentó síntomas autonómicos, el 26% presentó alteraciones en el ECG y/o elevación de biomarcadores cardíacos, 87.5% no mostraron signos ni síntomas de insuficiencia cardiaca, mientras 42% de los Spect miocárdico con pirofosfato fueron patológicos, 20% presento glaucoma. El 34% de los pacientes reciben tratamiento modificador de enfermedad y un 13% están a la espera de aprobación por su cobertura médica.

Conclusión: La implementación de un plan de evaluación simplificado permitió identificar manifestaciones precoces y subdiagnosticadas en pacientes con ATTRv. La mayoría de los pacientes sintomáticos eran fenotipos mixtos. El enfoque multidisciplinario, en el ámbito público, resulta clave para optimizar el acceso a diagnóstico precoz y tratamiento modificador de la enfermedad. Nuestros hallazgos refuerzan la importancia de generar centros especializados en regiones no endémicas con afluencia migratoria, como lo es nuestra región, para mejorar la pesquisa activa y el abordaje adecuado de esta enfermedad.

0701 - HIPERTENSION PULMONAR EN ARGENTINA.NUESTRA EXPERIENCIA CON MÁS DE 500 PACIENTES, CUANDO LOS DATOS IMPACTAN MÁS QUE LOS RELATOS

Enfermedad Vascular Pulmonar / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Julieta SORICETTI | **Guillermina SORASIO** | Pablo COSTAS | Ianina FERNANDEZ | Nicolás SILVA CROOME | Manuel FIGUEROA | Mariela MERCADO | Adrián LESCANO

Centro Gallego de Buenos Aires

Introducción: La Hipertensión Pulmonar (HP) constituye una entidad clínica de elevada complejidad y marcada heterogeneidad, asociada a una significativa morbimortalidad. En nuestra región, los pacientes exhiben un fenotipo distintivo, que difiere del observado en otras poblaciones de Latinoamérica. Asimismo, se han documentado variaciones fenotípicas que contrastan con los perfiles descritos en registros internacionales. No obstante, la representación de estas características continúa siendo limitada.

Objetivos: Determinar las características clínicas, pronosticas y de tratamiento de nuestra población de pacientes (p) con Hipertensión Pulmonar en Argentina

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo, prospectivo que incluyó p con diagnóstico de HP confirmado por cateterismo cardíaco derecho (CCD) según guías ESC 2022 entre enero de 2012 y marzo de 2026. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, de estudios complementarios (CCD, ecocardiograma Doppler, test de caminata de 6minutos (TC6M), laboratorio) y terapéutica implementada. La estratificación de riesgo fue realizada según las guías ESC 2022. Las variables cualitativas se expresan en porcentaje (%), las cuantitativas en media o mediana con desvío estándar (DS) o rango intercuartilo (RI) según distribución. Se determinó la significancia estadística a partir de un valor de p mayor a 0.05. Se utilizó el programa STATA 14.

Tabla 1 Características Basales

Variable	Valor
Edad, Años (SD)	63.3 (DS ± 17.1)
Sexo Femenino (%)	65.78
Grupo (%)	
1	51.96
Patología Asociada a Grupo 1 (%)	
Idiopática	26.23
Enfermedad Tejido Conectivo	28.79
Enfermedad Congénita Cardíaca	8.48
Hipertensión Porto pulmonar	0.99
Virus Inmunodeficiencia Humana	0.79
Asociada a Drogas	0.79
CF NYHA (%)	
I-II	52.86
III-IV	47.13
Test Caminata 6 Minutos	
Distancia (metros)	335 (DS± 147,11)
Variables ecocardiográficas	
DDVD (mm)	45.2(DS±6,86)
TAPSE (mm)	19.7 (DS±4,6)
IE	1.18 (DS ± 0.23)
Septum paradojal (%)	38.27
Derrame pericárdico(%)	18.44
Parámetros Hemodinámicos	
PAD (mm Hg)	9,19 (DS± 4,77)
PPM (mm Hg)	39.14 (DS ± 14.52)
PCP (mm Hg)	11,96 (DS ± 4,50)
IC (l/m/m2)	2,85 (DS± 0.89)
RVP (U W)	6,76 (DS±4,93)
IVS (ml/m2)	35,97 (DS±13,04)
Estratificación de Riesgo(%)	
Bajo	28,33
Intermedio	53,86
Alto	17,94
Tratamiento Vasoespecífico (%)	
Monoterapia	28.61
Doble Terapia	34,38
Triple Terapia	22
IFDES	91.33
ARE	49,74
Prostanoides	29.13

Resultados: Se incluyeron 526 p con edad media de 63.3 años ± 17.1 y sexo femenino de 65.78%. Grupo 1: 51.96%, grupo 2: 12.35%, grupo 3: 28.63%, grupo 4: 5,69% y grupo 5: 1,37%. La etiología fue idiopática en el 26.23%, enfermedad del tejido conectivo en 28.79 y cardiopatías congénitas en 8.48%, fibrosis pulmonar 23.08%, EPID 23%, EPOC 5.52% El 47.13 % presentó clase funcional avanzada (III/IV). 52.77% insuficiencia cardíaca, 11,63% síncope y 10 % ángor. En el TC6M la distancia media fue de 335 metros (DS± 147,11) y solo el 25% recorrió más de 440 metros. El 66% presentó hipertensión, 16% diabetes y 6,7% obesidad. Se observó dilatación del ventrículo derecho en el 70% (diámetro diastólico del ventrículo derecho medio (DDVD) de 45.2 mm, DS±6,86) y 60%, deterioro de la función sistólica (TAPSE medio 19.7 mm, DS±4,6) e índice de excentricidad de 1.18 (DS ±.0.23) Derrame pericárdico 18.44% y septum paradojal 38.27%. Con respecto a las variables hemodinámi-

cas, la presión media de la aurícula derecha (PAD) fue de 9.1 mm Hg (DS± 4.77), la presión media de la arteria pulmonar (PAPM) de 39.1 mm Hg (DS± 14), RVP 6.6 UW (DS ±4.9) e IC de 2.8 l/min/m2 (DS ± 0.89). La mediana de NT-proBNP 1318.53 pg/ml (DS±2351) y BNP 157.29 pg/ml (DS± 200) El 28.23% se clasificó como riesgo bajo, 53.83% intermedio y 17.24 % alto riesgo. El 64% recibió terapia combinada y 22% triple terapia. El 91.33% inhibidores de fosfodiesterasa 5, antagonista del receptor de endotelina en el 49.74% (55.4% macitentan, 22.8% bosentan y 21.7 ambrisentan) y prostanoides en el 29.13%, furosemida en el 56.8%, espironolactona 52.94% e ISGLT2 21.79%.

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes con HP se observó predominio del grupo I, clase funcional avanzada, marcada limitación en la capacidad funcional, elevada prevalencia de insuficiencia cardíaca al momento del diagnóstico así como parámetros de remodelado negativo de cavidades cardíacas derechas y parámetros hemodinámicos de severidad. Estos datos demuestran un diagnóstico en fases avanzadas, por lo que es importante implementar estrategias que permitan un diagnóstico precoz y un tratamiento vasoespecífico temprano.

0702 - DIFERENCIACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DEL FENOTIPO HEMODINÁMICO PRECAPILAR VERSUS POSCAPILAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR CONFIRMADA

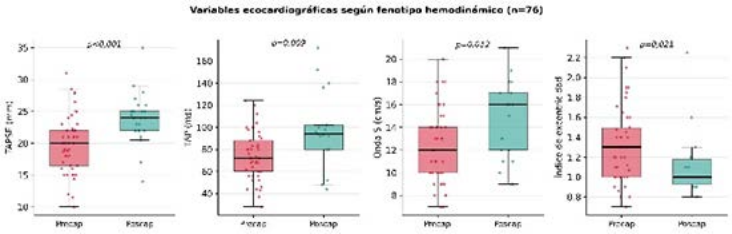
Enfermedad Vascular Pulmonar / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Paul VARGAS MIELES | Agustina PICCINATO | Lucas Nicolás GASPÓN | Santiago Guillermo TEJADA | Anabel Jessica GAFNI | Ángel Edson SOLIZ RODRIGUEZ | Juan Ernesto VAZQUEZ EPELBAUM | Nicolás CARUSO

Sanatorio de la Trinidad Mitre

Introducción: La distinción entre hipertensión pulmonar (HP) precapilar y poscapilar es central en el manejo clínico: define candidatos a tratamiento vasodilatador pulmonar específico y, en el otro extremo, identifica pacientes en los que el foco terapéutico debe estar en la cardiopatía izquierda. Esta distinción depende del cateterismo derecho (CCD), pero existen pacientes en los que la decisión de derivar a estudio invasivo se toma a partir del ecocardiograma. Si bien la velocidad de regurgitación tricuspídea estima la presión pulmonar, no informa directamente sobre el componente vascular pulmonar de la elevación de presión.

Objetivos: Identificar variables ecocardiográficas que diferencien el fenotipo precapilar del poscapilar puro en pacientes con HP confirmada por CCD.



Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de 134 pacientes con eco y CCD pareados (2020-2024). Se incluyeron los pacientes con HP precapilar pura (n=51) e HP poscapilar aislada (IpcPH, n=25) según definición hemodinámica. Se compararon variables ecocardiográficas estructurales y funcionales entre ambos grupos, y se construyó un modelo logístico exploratorio con validación cruzada de 5 bloques, para evaluar su capacidad discriminativa conjunta.

Resultados: Los pacientes con fenotipo precapilar mostraron compromiso ecocardiográfico más marcado en variables que reflejan sobrecarga ventricular derecha por enfermedad vascular pulmonar: TAPSE menor (19,8 vs 23,9 mm; p<0,001), onda S del Doppler tisular menor (12,2 vs 14,6 cm/s; p=0,012), tiempo de aceleración pulmonar (TAP) más corto (74 vs 98 ms; p=0,009) e IE más elevado (1,32 vs 1,12; p=0,021). El AAD y la VRT no diferenciaron los grupos. Un modelo logístico combinando TAPSE, TAP y onda S alcanzó un área bajo la curva de 0,76 para identificar fenotipo precapilar.

Conclusión: Variables ecocardiográficas de función y carga del ventrículo derecho (particularmente TAPSE, onda S y TAP) diferencian con buen rendimiento el fenotipo precapilar del poscapilar puro en pacientes con HP confirmada. Su evaluación sistemática puede orientar la sospecha de fenotipo precapilar antes del CCD.

0703 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA DE LOS PACIENTES QUE NO PENSABAS QUE SE IBAN A INFARTAR: LOS SMURF-LESS

Cardiopatía Isquémica

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA[1] | Adrián CHARASK[1] | **Ernesto YAR**[2] | Víctor Miguel MAURO[3] | Enrique FAIRMAN[3] | Mariano Alejandro ADAMOWSKI[3] | Stella Maris MACIN[3] | Heraldo D› IMPERIO[1]

Áreas SAC: Área de Investigación[1]; *CLINICA BAZTERRICA*[2]; *GRUPO ARGEN IAM ST*[3]

Introducción: Algunos pacientes se infartan sin tener ningún factor de riesgo modificable (FRM). Se los denomina SMuRF-less (del inglés: standard modifiable cardiovascular risk factor–less) y en algunos trabajos han demostrado tener peor evolución clínica.

Objetivos: 1) Analizar la prevalencia, características clínicas y evolución intrahospitalaria de los pacientes SMuRF-less en Argentina y compararlas con los que tienen al menos un FRM. 2) Evaluar si la condición SMurF-less conlleva una categoría distinta de riesgo de eventos clínicos durante la internación.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de la base de datos del Registro ARGEN IAM ST, en el cual se incluyen pacientes con infarto con elevación del ST de todo el país en forma prospectiva. Se definió SMuRF-less a los pacientes que nunca fumaron y que no refirieran padecer hipertensión arterial, diabetes mellitus o dislipidemia. La sigla "FRM>=1" implica tener al menos un FRM. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico. Las variables categóricas se compararon mediante test de Chi-cuadrado o exacto de Fisher. Se realizaron regresiones logísticas múltiples para evaluar valor predictivo independiente.

Resultados: Se incluyeron 7.038 pacientes con diagnóstico de IAMCEST entre abril de 2014 abril de 2025. El 80% de los pacientes tenían FRM >= 1: 35% DBT, 14,3% Tabaquistas, 70% HTA, 48,5% dislipémicos. Un 20% (n: 1417) fueron SMuRF-less. Ellos presentaron menor edad (58 vs. 61 años (mediana) RIC 49-65; p < 0,001) y fueron más frecuentemente hombres (83,7% vs. 78,0%; p < 0,001). El tiempo a la consulta fue similar en ambos grupos (medianas de 112 min vs. 120 min; p=0,26), no hubo diferencias en la localización anterior del infarto (42,13% vs. 40,81%, p = 0.38) ni en el porcentaje de reperfusión (91.18% vs 89.97%; p=0,16), estrategia (angioplastia primaria: 73%) ni tiempo puerta balón (76 min vs. 80 min; p=0,12). Los pacientes SMuRF less tuvieron mayor prevalencia de KKA al ingreso (80% vs 76% en los FRM >= 1(p = 0,004) y menor de shock cardiogénico (5,3% vs 7,7%; p=0,016). El grupo SMuRF-less presentó menor tasa de enfermedad multivaso (27,6% vs. 36%; p = 0,001) y en la evolución intrahospitalaria menor prevalencia de insuficiencia cardíaca (10,4% vs. 14,5%; p = 0,001), de shock cardiogénico (7,1% vs. 10%; p = 0,001) y de mortalidad intrahospitalaria: 7,2% vs. 8,9%; p = 0,037). Sin embargo, en el modelo de regresión logística multivariada para hallar variables predictoras independientes del evento combinado de mejor evolución y sobrevida al alta donde se incluyeron: edad, sexo, tiempo de evolución al ingreso, Killip A de ingreso, IAM no anterior, reperfusión, ATC primaria, lesión de 1 vaso y ser SMuRF-less, Esta condición perdió capacidad predictiva independiente (OR 0,90)0,74-1,09, p 0,31), manteniéndose la edad (OR 0,97, RIC 0,96-0,97, p<=0,001), Killip A (OR 18,75- RIC 16-21,7, p <=0,001), localización no anterior (OR 1,21, IC 1,05-1,41, p<=0,001) y lesión de 1 vaso (OR 1,57, IC 1,34-1,82, p<=0,001).

Conclusión: Uno de cada 5 pacientes que se infarta es SMuRF-less. Ellos tienen menor edad y son más frecuentemente hombres. El tiempo a la consulta y la reperfusión son similares a la de los de pacientes con FRM pero tienen menor prevalencia de enfermedad multivaso y mejor evolución intrahospitalaria y mayor sobrevida al alta, sin embargo, la condición SMuRF-less no constituye un predictor independiente de buena evolución, sino que está influenciada por otros factores predictores.

0704 - PREDICCIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE COMPLIANCE ARTERIAL PULMONAR REDUCIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR

Enfermedad Vascular Pulmonar / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Agustina PICCINATO | Paul VARGAS MIELES | Santiago Guillermo TEJADA | Ornella ROBINO | Anabel Jessica GAFNI | Ángel Edson SOLIZ RODRIGUEZ | Juan Ernesto VAZQUEZ EPELBAUM | Nicolás CARUSO

Sanatorio de la Trinidad Mitre

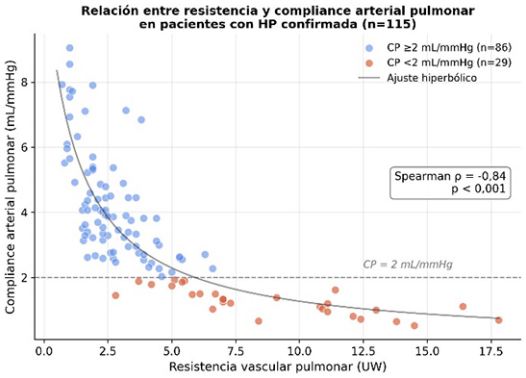
Introducción: La compliance arterial pulmonar (CP), calculada como volumen sistólico dividido la presión de pulso pulmonar, integra el componente pulsátil de la carga ventricular derecha y se ha establecido como predictor pronóstico

independiente en hipertensión pulmonar (HP), con valor incremental sobre la resistencia vascular pulmonar (RVP). Un umbral de CP <2 mL/mmHg identifica a pacientes con peor pronóstico. Su determinación requiere CCD. Si el ecocardiograma pudiera identificar a los pacientes con CP reducida, se ampliaría el horizonte de estratificación no invasiva en HP.

Objetivos: Evaluar el rendimiento de variables ecocardiográficas para identificar pacientes con CP <2 mL/mmHg en una cohorte con HP confirmada por CCD.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de 134 pacientes con eco y CCD pareados (2020-2024) en un centro terciario. Se incluyeron 115 pacientes con HP confirmada (PAPm ≥ 20 mmHg). La CP se calculó como volumen sistólico (gasto cardíaco/frecuencia cardíaca) dividido la presión de pulso pulmonar (PAPs - PAPd). Se evaluó la asociación entre variables ecocardiográficas y CP <2 mL/mmHg.

Resultados: De 115 pacientes con HP confirmada, 29 (25%) presentaban CP <2 mL/mmHg. Estos pacientes mostraron un perfil ecocardiográfico de mayor sobrecarga ventricular derecha: TAPSE menor (18,5 vs 22,9 mm; p<0,001), velocidad de regurgitación tricuspídea mayor (4,20 vs 3,47 m/s; p<0,001), índice de excentricidad más elevado (1,50 vs 1,10; p<0,001), onda S menor (11,3 vs 14,1 cm/s; p<0,001) y AAD mayor (23,9 vs 21,6 cm²; p=0,017). La correlación entre PVR y CP fue fuertemente inversa (Spearman rho -0,84), confirmando la relación hiperbólica clásica. Notablemente, las variables ecocardiográficas que predijeron CP reducida coinciden con las que reflejan compromiso vascular pulmonar avanzado, sugiriendo un sustrato fisiopatológico común.



Conclusión: Variables ecocardiográficas de rutina identifican con buen rendimiento a los pacientes con compliance arterial pulmonar reducida, marcador hemodinámico de carga pulsátil con valor pronóstico independiente. La evaluación ecocardiográfica integral puede aproximar la información hemodinámica pulsátil que tradicionalmente requería estudio invasivo.

0705 - UPGRADE A RESINCRONIZADOR CARDÍACO EN PACIENTES CON ALTO PORCENTAJE DE ESTIMULACIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO E INSUFICIENCIA CARDÍACA: EFICACIA, SEGURIDAD, PREDICTORES Y SUPERVIVENCIA EN UNA COHORTE UNICÉNTRICA

Arritmias y Electrofisiología

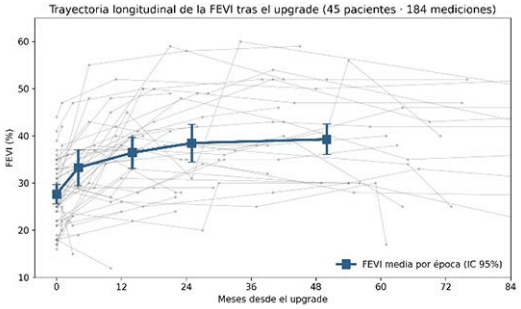
Maria de Los Milagros CARO | Lucas PIEDRAFITA VICO | Maximiliano Pablo MASSA | Lucrecia Maria BURGOS | Marcelo Sergio TRIVI | Mirta DIEZ | Luis Ignacio MONDRAGÓN | Gastón ALBINA

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

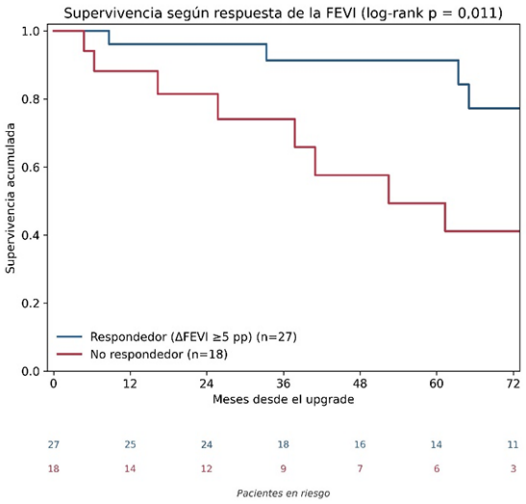
Introducción: La estimulación crónica desde el ápex del ventrículo derecho (VD) en pacientes portadores de marcapasos o cardiodesfibrilador implantable genera disincronía ventricular que puede inducir disfunción ventricular izquierda con síntomas de insuficiencia cardíaca (IC), o agravar una disfunción preexistente, entidad conocida como «miocardiopatía inducida por estimulación». En este escenario, el upgrade a terapia de resincronización cardíaca constituye una estrategia razonable y cuenta con respaldo de evidencia aleatorizada reciente, aunque los datos del mundo real, a largo plazo y en cohortes locales, siguen siendo limitados.

Objetivos: Evaluar la evolución clínica, electrocardiográfica y ecocardiográfica, la incidencia de complicaciones, la mortalidad y los predictores de respuesta y de eventos adversos en una cohorte unicéntrica argentina de pacientes con alta carga de estimulación de VD e IC sometidos a upgrade a resincronizador.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de 45 pacientes consecutivos con marcapasos o cardiodesfibrilador previo, alto porcentaje de estimulación de VD e IC,



sometidos a upgrade a resincronizador (con o sin cardiodesfibrilador) entre septiembre de 2012 y marzo de 2026; se excluyeron los implantes de resincronizador de novo. Se compararon la clase funcional, la duración del QRS, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y las internaciones por IC entre el período basal y los 12 meses, mediante pruebas pareadas. Se definió respondedor ecocardiográfico al incremento absoluto de la FEVI >= 5 puntos porcentuales a los 12 meses respecto del valor basal. Se analizaron predictores univariados de respuesta de la FEVI, la supervivencia (Kaplan-Meier) y el endpoint combinado de muerte por cualquier causa o internación por IC.



Resultados: La edad mediana fue de 73 años, el 91,1% eran hombres y el 51,1% tenía etiología isquémica. El implante fue exitoso en 41/45 pacientes (91,1%). A los 12 meses, la FEVI aumentó de 27,7 ± 7,0% a 35,4 ± 10,8% (p < 0,001), con una mejoría sostenida en meseta hasta los 3–5 años; el QRS se redujo de 180 a 150 ms (p < 0,001); 28 de 42 pacientes mejoraron al menos una clase funcional (p < 0,001). En ventanas simétricas de 12 meses, las internaciones por IC se redujeron de 0,62 a 0,16 por paciente (p = 0,003) y la proporción de pacientes hospitalizados, del 44,4% al 11,1% (p < 0,001). El 60,0% fue respondedor ecocardiográfico. No se identificaron predictores basales significativos de respuesta. Las complicaciones agudas fueron del 13,3%. Con una mediana de seguimiento de 52 meses ocurrieron 12 muertes (26,7%), a una mediana de 35,6 meses del upgrade; la supervivencia Kaplan-Meier fue del 93,1% a 12 meses y del 84,9% a 36 meses. En la regresión de Cox univariada (exploratoria), los respondedores mostraron menor mortalidad (HR 0,24; IC95% 0,07–0,79; p=0,020) y menor riesgo del endpoint combinado (HR 0,36;IC95% 0,14–0,95; p=0,040).

Conclusión: En esta cohorte argentina de pacientes con alta carga de estimulación de VD e IC, el upgrade a resincronizador se asoció con una mejoría significativa y sostenida de la FEVI, estrechamiento del QRS, mejoría funcional y reducción de las internaciones por IC. En el análisis univariado exploratorio, los respondedores mostraron menor mortalidad y menor incidencia del endpoint combinado. Estos hallazgos respaldan el valor clínico del upgrade en pacientes seleccionados y aportan datos útiles para la práctica local.

0706 - TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE Y CUMPLIMIENTO DE METAS DE LDL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Rodrigo ESPARZA IRAOLA | Martín Adolfo SCHITTER | Lorenzo Martín LOBO | Mariano NEMEC | Valentín CARDONE MARTIN | Florencia AGUILO | Maria Isabel RODRIGUEZ ACUÑA | Gustavo GIUNTA

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La diabetes mellitus (DBT) es un consolidado factor de riesgo cardiovascular (RCV), con crecimiento epidemiológico en los últimos años. Un aspecto importante del tratamiento de los pacientes (ptes) con DBT es la definición y logro de objetivos de LDLc. La correcta estratificación de los ptes con DBT es de vital importancia para definir este objetivo, así como indicar un tratamiento hipolipemiante acorde

Objetivos: Evaluar intensidad del tratamiento hipolipemiante recibido por una población de ptes diabéticos, y el grado en que dichos ptes alcanzan las metas terapéuticas establecidas con el tratamiento instaurado

Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte transversal. Se incluyeron todos los ptes mayores de 18 años que concurrieron a un programa de prevención, chequeo cardiovascular y promoción de salud, con diagnóstico previo de DBT. Se analizaron variables antropométricas, hemodinámicas y bioquímicas. Los ptes. con DBT fueron estratificados utilizando la escala propuesta por la Sociedad Europea de Cardiología en: moderado, alto, muy alto o extremo RCV. Se

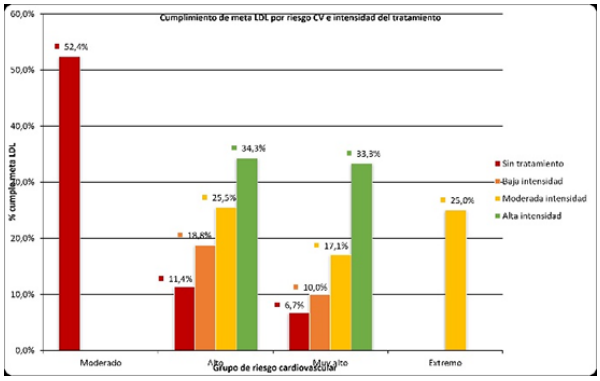
Tabla 1.

LDLc según intensidad de tratamiento, por grupo de RCV.

Grupo de riesgo	Sin tratamiento	Baja intensidad	Moderada intensidad	Alta intensidad	p
Moderado (n=21)	99 (92,0–122,6)	—	—	—	No aplicable
Alto (n=594)	112 (91,0–132,6)	91,9 (73,3–114,3)	85,4 (67,6–105,6) *	79 (62,7–102) *	<0,001
Muy alto (n=152)	95 (84,4–130,8)	99,2 (91,5–108,5)	82,9 (61,6–99)	69,8 (49,8–89,8) #	0,004
Extremo (n=5)	—	—	56,7 (46,4–59,5)	41,2	No aplicable

* p<0.05. Diferencia entre Sin tratamiento vs alta intensidad y sin tratamiento vs. Intensidad moderada.
# p<0.05. Diferencia entre Alta intensidad vs. Sin tratamiento.

documentó el tratamiento hipolipemiante, y fue calificado como de baja intensidad (<30% de reducción de LDLc), moderada (entre 30 y menor a 50% de reducción esperada de LDLc) o alta (expectativa de reducción >=50%).



Resultados: Se incluyeron 772 ptes con DBT. La edad mediana fue de 62 años (RIC 55-70), 31% de sexo femenino. Del total, 88.3% de los ptes se encontraban en prevención primaria. En cuanto a los factores de riesgo, 67.1% de los pacientes presentaba HTA, 28.9% dislipidemia, 15.7% tabaquismo activo. Se observó que 8.9% de los ptes requería insulina. Al clasificar a los ptes según su RCV, 2.7% (n=21) se encontraba con un RCV moderado, 76.9% (n=594) alto, 19.7% (n=152) muy alto y 0.6% (n=5) en riesgo extremo. En cuanto al tratamiento hipolipemiante, 41.8%(n=323) recibía estatinas. Considerando cualquier tipo de tratamiento hipolipemiante (estatinas, ezetimibe o fibratos), el número ascendía a 45.5%(n=351). Al analizar los grupos por RCV y cumplimiento de metas de LDL según intensidad del tratamiento, en el grupo de alto RCV, el cumplimiento aumentó desde el 11.4% en ptes sin tratamiento hasta el 34.3% en ptes con tratamiento de alta intensidad. En el grupo de muy alto RCV, el cumplimiento pasó del 6.7% en aquellos sin tratamiento a 33.3% en los ptes con tratamiento de alta intensidad. En el gráfico 2 se representa el grado de cumplimiento de metas de LDL según el RCV de los ptes y la intensidad del tratamiento. En el grupo de alto RCV, la mediana de LDL descendió de 112 mg/dl(RIC 91–133) en ptes sin tratamiento a 85 mg/dl (RIC 68–106) en aquellos que recibían tratamiento de intensidad moderada y 79 mg/dl (RIC 63–102) en alta intensidad(p<0.001). Se observó una diferencia significativa de los ptes sin tratamiento respecto a aquellos con tratamiento de intensidad moderada y alta (p<0.001). En el grupo de muy alto RCV, la mediana de LDL fue de 95 mg/dl(RIC 84–131) sin tratamiento y descendió a una mediana de 83 mg/dl(RIC 62–99) con tratamiento de intensidad moderada y a 70 mg/dl(RIC 50–90) con alta intensidad(p=0.004). Se observó diferencia significativa entre aquellos ptes sin tratamiento y los que recibían tratamiento de alta intensidad(p=0.003) (Tabla 1). Del total de los ptes, solamente el 18%(n=139) cumplía con la meta de LDL de acuerdo con su riesgo cardiovascular.

Conclusión: Encontramos alto porcentaje de ptes subtratados acorde a su RCV, asociado a subutilización del tratamiento hipolipemiante, esencialmente de estatinas. Muchos de los ptes, aún tratados, no logran llegar a los objetivos terapéuticos. Estos resultados demuestran un alto grado de inercia terapéutica, en una de las poblaciones de mayor RCV

0708 - DISFUNCIÓN VENTRICULAR NUEVA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NO CARDIOLÓGICA: INCIDENCIA, ETIOLOGÍAS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Multimagen

Paloma RÚVEDA | Santiago DECOTTO | Aníbal Martín ARIAS | Ignacio BLURO | Luciano LUCAS | Leandro BARBAGELATA | Ezequiel Maximiliano LILLO | Rodolfo PIZARRO

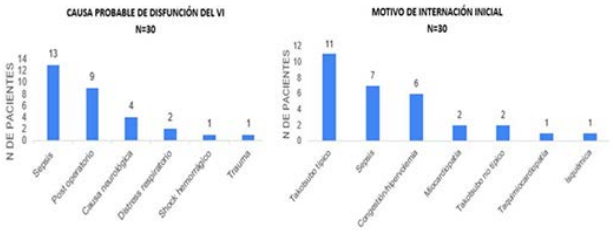
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Existe escasa información sobre la incidencia, etiologías y evolución clínica de la disfunción ventricular de novo en pacientes internados en unidades de terapia intensiva no cardiológicas. La evaluación ecocardiográfica constituye una herramienta fundamental para detectar compromiso miocárdico en pacientes críticamente enfermos; aunque se dispone de pocos datos acerca de la frecuencia y las etiologías de este hallazgo en esta población.

Objetivos: Métodos Estudio prospectivo y observacional realizado en una unidad de terapia intensiva no cardiológica en un centro de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con ecocardiogramas solicitados según criterio de médicos tratantes de terapia intensiva entre agosto de 2025 y mayo de 2026. Se calculó la incidencia de disfunción ventricular nueva, definida como fracción de eyección ventricular izquierda <50%, en ausencia de disfunción previa conocida. Las etiologías fueron adjudicadas según la interpretación final del equipo de cardiología. Se describieron las características clínicas, bioquímicas y de los estudios

	Pacientes con disfunción ventricular nueva = 30
Edad, años, mediana (RIC)	68 (52-77)
Sexo masculino, % (n)	46.7% (14)
Coronariopatía previa, % (n)	6.7% (2)
Enfermedad oncológica previa, % (n)	20% (6)
Grado de disfunción, % (n) FEVI 45-50% FEVI 40-50% FEVI 35-40% FEVI < 35%	 3.3% (1) 30% (9) 23.3% (7) 43.3% (13)
Compromiso VD, % (n)	3.3% (1)
Lactacidemia, mmol/L, mediana (RIC)	2,45 (2,0–3,93)
NT-ProBnp, pg/mL, mediana (RIC)	22527 (3553–35000)
TUS, pg/mL, mediana (RIC)	313.5 (52–368)
Curva TUS significativa (>20%), % (n)	22,7% (5)
Asistencia respiratoria mecánica, % (n)	56,7% (17)
Inotrópicos, % (n)	56,7% (17)
Mortalidad IH, % (n)	16.7% (5)
Recuperación de FEVI al alta, % (n)	63.3% (19)

UTIA: unidad de terapia intensiva de adultos, UTIM: unidad de terapia intermedia, FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo, VD: ventrículo derecho. TUS: troponina ultrasensible, UCIC: unidad de cuidados intensivos cardiológicos, IH: intrahospitalaria.



complementarios realizados, así como la evolución intrahospitalaria de los pacientes. Resultados Se realizaron 925 ecocardiogramas, identificándose 30 pacientes con disfunción ventricular de novo, con una incidencia estimada de 3.4%. La mediana de edad fue de 67 años (RIC 54–76). La mayoría de los casos de disfunción ventricular de novo obedecieron a causas potencialmente reversibles, particularmente síndrome de Takotsubo (37%, n=11) y miocardiopatía séptica (23%, n=7). Las etiologías y motivos de internación se describen en la Figura. Trece pacientes (43,3%) presentaron disfunción ventricular severa (FEVI <35%). Se realizó coronariografía en el 22.6% (n=7), evidenciándose enfermedad coronaria significativa en dos de ellos y solo en un caso fue interpretado como causal del deterioro de la función ventricular. Solo se realizó resonancia cardíaca en el 10% (n=3) de los pacientes. La mediana de internación fue de 19 días (RIC 11.5 – 48.7). La mortalidad intrahospitalaria fue del 16.7% (5 pacientes). Las etiologías asociadas en los pacientes fallecidos fueron Takotsubo típico en 2 casos, congestión/ hipervolemia en 2 y shock séptico en 1.

Materiales y Métodos: La disfunción ventricular de novo fue identificada en un porcentaje no despreciable de pacientes críticos sometidos a evaluación ecocardiográfica y se asoció a una elevada mortalidad intrahospitalaria La evaluación mediante ecocardiograma permitió identificar una población de alto riesgo clínico en un contexto no cardiológico, resaltando la importancia de la evaluación cardiovascular sistemática en pacientes críticos.

0710 - SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN LA MUJER: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ESTRATEGIA TERAPÉUTICA Y PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO

Corazón y Mujer / Cardiopatía Isquémica

Agustina Trinidad SAPORITI | Juan DESIDERIO | Agustina PICCINATO | Rodrigo Ezequiel DUARTE | Mercedes Alejandra PANNO | María Belén CARDONE | Ornella ROBINO | Juan Ernesto VAZQUEZ EPELBAUM

Sanatorio de la Trinidad Mitre

Introducción: Las diferencias en cuanto al sexo siguen siendo un desafío en el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo (SCA), las mujeres presentan una clara diferencia en cuanto a la presentación clínica como en el pronóstico intrahospitalario respecto a los hombres.

Objetivos: Analizar y comparar tanto el perfil clínico de los pacientes, como el tratamiento y el pronóstico entre ambos sexos en un centro privado argentino.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo-comparativo de pacientes que cursaron internación por SCA desde el año 2019 al 2026. Se incluyeron 210 pacientes, 45 mujeres (21,4%) y 165 hombres (78,6%). Se analizaron factores de riesgo cardiovascular, formas de presentación y status clínico de ingreso, y estrategias terapéuticas utilizadas y resultados obtenidos.

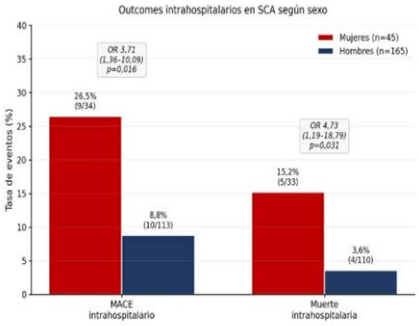


Figura 1. Outcomes intrahospitalarios en SCA según sexo. Las mujeres presentaron triplicación del riesgo de MACE intrahospitalario y cuadruplicación de la mortalidad respecto de los hombres.

Resultados: Las mujeres con SCA representaron 21% de la cohorte, en promedio 8 años mayores que los hombres (72 [63–83] vs 64 [54–73] años; p<0,001). En cuanto a factores de riesgo, se observó que presentaron menor prevalencia tabaquismo activo (11,1% vs 31,2%; p=0,012), menos dislipidemias (37,8% vs 72,3%; p<0,001), un índice de masa corporal más bajo (25,7 vs 27,8 kg/m²; p=0,026). A pesar de ello, el NT-proBNP al ingreso fue más del doble en mujeres (1075 vs 492 pg/mL, p=0,004), lo que sugiere un mayor compromiso hemodinámico. El MACE intrahospitalario fue significativamente mayor en el sexo femenino, triplicando incluso al del sexo masculino (26,5% vs 8,8%; OR 3,71; IC95% 1,36–10,09; p=0,016), siendo aún más marcado en el subgupo de pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) (MACE 50% vs 8%). Resultados similares se evidenciaron en la mortalidad intrahospitalaria donde se cuadruplicó en mujeres (15,2% vs 3,6%; OR 4,73; IC95% 1,19–18,79; p=0,031). En el análisis multivariado, El sexo femenino se mantuvo como predictor independiente de MACE (OR 3,06; IC95% 1,00–9,33; p=0,049) independientemente de la edad, la presencia de diabetes mellitus y el estadio Killip >= II.

Conclusión: En nuestro registro de SCA, las mujeres representan un grupo claramente diferenciado: ingresan más añosas, con mayor compromiso hemodinámico al ingreso y triplican el riesgo de MACE intrahospitalario respecto de los hombres. El sexo femenino se comporta como predictor independiente de MACE tras ajustar por edad, severidad clínica y diabetes. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de una estrategia diagnóstica y terapéutica con perspectiva de género en la enfermedad coronaria aguda.

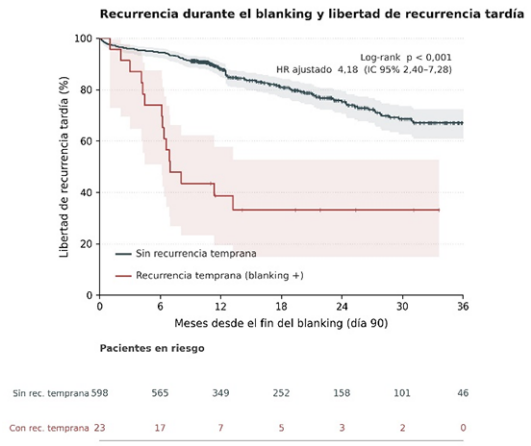
0711 - RECURRENCIA DURANTE EL PERÍODO DE BLANKING COMO PREDICTOR INDEPENDIENTE DE RECURRENCIA TARDÍA EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA Y NO PAROXÍSTICA

Arritmias y Electrofisiología

Maximiliano Pablo MASSA | Lucas PIEDRAFITA VICO | Luis Ignacio MONDRAGÓN | Leandro Luis POZZER | Rodrigo Daniel GIMENEZ | Marcelo Sergio TRIVI | Gastón ALBINA | Fernando Adrián SCAZZUSO

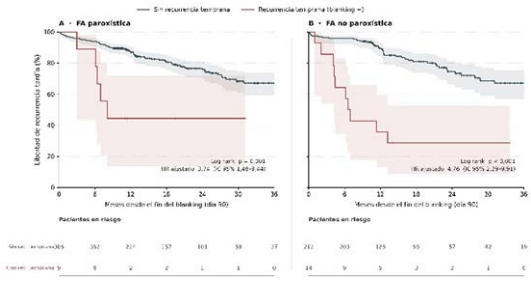
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: El período de blanking posterior a la ablación de fibrilación auricular (FA) ha sido tradicionalmente concebido como un intervalo en el que las recurrencias arrítmicas carecen de significado pronóstico, al atribuirse a fenómenos transitorios periprocedimiento. Sin embargo, evidencia creciente cuestiona ese carácter benigno y asocia la recurrencia durante el blanking con un mayor riesgo de recurrencia tardía. Dicha evidencia, no obstante, proviene mayormente de poblaciones con FA paroxística y de cohortes con tecnologías y estrategias de ablación previas, lo que restringe su extrapolación a la práctica actual. Resulta relevante establecer su valor pronóstico en una cohorte contemporánea que incluya tanto FA paroxística como no paroxística.



Objetivos: Determinar si la recurrencia durante el período de blanking predice de forma independiente la recurrencia tardía tras la ablación de FA, y si el efecto es consistente entre FA paroxística y no paroxística. Secundariamente, evaluar si el momento de aparición dentro del blanking modifica ese riesgo.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron pacientes consecutivos con FA paroxística y no paroxística sometidos a un primer procedimiento de ablación (radiofrecuencia en el 96%) entre 3/2022 y 5/2025, con seguimiento mínimo de 12 meses. La recurrencia se definió como todo episodio de FA, aleteo o taquicardia auricular de >=30s documentado por ECG o Holter y motivado por síntomas o controles programados, y se clasificó en recurrencia dentro del blanking (primeros 90 días) y recurrencia tardía (posterior). El desenlace primario fue la recurrencia tardía durante todo el seguimiento. Se estimó la supervivencia libre de recurrencia con curvas de Kaplan-Meier y se identificaron predictores independientes mediante regresión de Cox multivariada, reportando hazard ratios (HR) con intervalos de confianza (IC) del 95%. Se preespecificaron la interacción recurrencia del blanking por tipo de FA y la partición de la recurrencia temprana en <45 y 45–90 días.



Resultados: Se incluyeron 621 pacientes (395 con FA paroxística y 226 no paroxística), con mediana de seguimiento de 670 días. La recurrencia dentro del período de blanking se documentó en 23 (3,7%): 9/395 (2,3%) en la forma paroxística y 14/226 (6,2%) en la no paroxística (p=0,016). Durante el seguimiento, la recurrencia tardía ocurrió en 136 pacientes (21,9%). La recurrencia dentro del blanking fue un predictor independiente de recurrencia tardía (HR 4,18; IC 95% 2,40–7,28; p<0,001). El efecto fue consistente en ambos tipos de FA, sin evidencia de interacción (p=0,56): HR 3,74 (IC 95% 1,48–9,44; p=0,005) en la paroxística y 4,76 (IC 95% 2,29–9,91; p<0,001) en la no paroxística. En el análisis secundario, el riesgo fue equivalente para las recurrencias <45 días (n=16; HR 4,08; IC 95% 2,10–7,91) y 45–90 días (n=7; HR 4,40; IC 95% 1,73–11,23), sin diferencias entre subtramos (log-rank p=0,57); particionarla no modificó la discriminación del modelo (estadístico C 0,646).

Conclusión: La recurrencia durante el período de blanking se asoció de manera independiente con un mayor riesgo de recurrencia tardía tras la ablación de FA. Esta asociación fue significativa tanto en pacientes con FA paroxística como no paroxística, y no se vio modificada por la ventana temporal de aparición. Estos hallazgos son concordantes con observaciones previas en FA paroxística y extienden su relevancia a la población con FA no paroxística. En conjunto, sugieren que las recurrencias durante el período de blanking podrían aportar información pronóstica más allá de constituir un fenómeno transitorio, respaldando la necesidad de un seguimiento clínico más estrecho en estos pacientes.

0713 - IMPACTO DEL FENOTIPO HEMODINÁMICO EN LOS RESULTADOS DEL IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO EN LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA: ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA CLÁSICA VS ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA DE BAJO GRADIENTE - BAJO FLUJO

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Sabrina Arián GONZÁLEZ | Ariana Linett SCHER | Cristina Alejandra PIAZZA | Luciano VILLAFAÑE | Noelia FERNÁNDEZ | Agustín COLLINET

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: La estenosis aórtica severa es una de las valvulopatías más frecuentes en adultos mayores y se asocia a elevada morbimortalidad cardiovascular. Además de la presentación clásica de alto gradiente, se reconocen fenotipos de bajo flujo y bajo gradiente, cuyo diagnóstico y estratificación continúan representando un desafío clínico. El implante valvular aórtico transcatéter (TAVI) ha demostrado mejorar la supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes; sin embargo, la influencia del perfil hemodinámico basal sobre los resultados clínicos posteriores al procedimiento permanece en estudio.

Objetivos: Evaluar el impacto del fenotipo hemodinámico en los resultados del implante valvular aórtico percutáneo (TAVI) en pacientes con estenosis aórtica severa, comparando la forma clásica (alto gradiente) con la de bajo flujo y bajo gradiente.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo en pacientes con estenosis aórtica severa sometidos a TAVI durante 2023-2025; excluyéndose pacientes con intervenciones vasculares previas y portadores de marcapasos. Se evaluaron dos grupos: Estenosis aórtica clásica (gradiente medio >40mmHg y velocidad pico >4m/s) y estenosis aórtica de bajo flujo y bajo gradiente (área valvular<1cm², gradiente medio<40 mmHg e índice de volumen sistólico reducido). Se analizaron variables clínicas, ecocardiográficas y evolutivas. Asimismo, se evaluaron variables intra-hospitalarias y postprocedimiento, como mortalidad y complicaciones. La respuesta hemodinámica se definió como la variación de parámetros ecocardiográficos entre el período basal y el postimplante.

Resultados: Se incluyeron 262 pacientes. Grupo A (>64mmHg;n=159) y Grupo B (<64mmHg;n=103). Se observó un desenlace combinado de complicaciones en el 66% de los pacientes. Globalmente, el TAVI se asoció con una mejoría hemodinámica significativa, evidenciada por el incremento del área valvular aórtica (0,70a2,0 cm²) y la reducción del gradiente máximo (69a14mmHg). La fracción de eyección ventricular izquierda se mantuvo estable. El Grupo A presentó mayor severidad hemodinámica basal, con gradientes significativamente superiores respecto al Grupo B. Sin embargo, ambos grupos mostraron una mejoría significativa post-TAVI, sin diferencias relevantes en la respuesta hemodinámica final. Las complicaciones más frecuentes fueron el leak-periprotésico y los trastornos de conducción auriculoventricular. En el análisis multivariado exploratorio, la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria y la pertenencia al Grupo A se asociaron con mayor probabilidad de complicaciones combinadas.

Conclusión: En una cohorte de 262 pacientes sometidos a TAVI, se observó una mejoría hemodinámica significativa, con aumento del área valvular aórtica y disminución de los gradientes transvalvulares en ambos grupos. Los pacientes con gradientes basales más elevados presentaron mayor severidad inicial, aunque la respuesta postimplante fue favorable independientemente del perfil hemodinámico, sin cambios significativos en la fracción de eyección ventricular izquierda. Las complicaciones más frecuentes fueron el leak periprotésico y los trastornos de conducción auriculoventricular. El grupo con gradientes basales elevados mostró una tendencia a mayor frecuencia de complicaciones combinadas en el análisis multivariado exploratorio.

0714 - UTILIDAD PRONÓSTICA DE LOS PARÁMETROS HEMODINÁMICOS EN HIPERTENSIÓN PULMOHAR. EL RIESGO MÁS ALLÁ DE LAS GUÍAS

Enfermedad Vascular Pulmonar / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Ilan Ezequiel BACHER[1] | Lucia DANA[1] | José Manuel FIGUEROA[2] | Nicolás SILVA CROOME[2] | Tomas VANEGAS[2] | Pablo Alcantara COSTAS MARTIGNAGO[2] | Julieta SORICETTI[2] | Adrián José LESCANO[2]

FUNDACIÓN FAVALORO[1]; CENTRO GALLEGO[2]

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es una enfermedad grave, progresiva y potencialmente fatal. A pesar de los avances terapéuticos de las últimas décadas, la mortalidad de esta enfermedad continúa siendo elevada. En este contexto, la estratificación del riesgo al momento del diagnóstico y durante el seguimiento ha cobrado un rol central en las guías internacionales, permitiendo identificar pacientes que requieren escalada terapéutica precoz.

Objetivos: Determinar el valor predictivo de las variables hemodinámicas sobre el riesgo y la mortalidad en una cohorte de pacientes con HP.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, de cohorte retrospectiva que incluyó pacientes con diagnóstico confirmado de HP desde enero de 2011 y diciembre de 2025. Se analizaron variables demográficas, clínicas, hemodinámicas invasivas (cateterismo cardíaco derecho), ecocardiográficas, capacidad funcional (test de caminata de 6 minutos, TC6M) y laboratorio. Se utilizaron pruebas de chi², t-test y regresión logística multivariada.

Variable	Vivos (n=408)	Fallecidos (n=109)	p
PAD (mmHg)	8,9 ± 4,6	10,3 ± 5,1	0,008
PAPm (mmHg)	37,8 ± 14,7	44,5 ± 12,7	<0,001
PW (mmHg)	11,9 ± 4,6	12,3 ± 3,9	0,454
GTP (mmHg)	25,8 ± 15,0	32,3 ± 13,9	<0,001
Frecuencia cardíaca (lpm)	80,6 ± 13,3	85,1 ± 11,3	0,003
Índice cardíaco (L/min/m²)	2,96 ± 0,92	2,45 ± 0,65	<0,001
IVS (mL/m²)	35,6 ± 10,5	29,9 ± 10,4	<0,001
Compliance (mL/mmHg)	2,85 ± 1,74	1,61 ± 1,06	<0,001
Saturación AP (%)	73,4 ± 7,4	71,7 ± 8,6	0,120
RVP (UW)	5,8 ± 4,8	8,5 ± 4,9	<0,0001

Resultados: Fueron incluidos 526 pacientes con HP, con edad media de 63,3 ± 17,2 años; el 65,8% fueron mujeres. La distribución de los grupos de HP fue 51.9% para el grupo 1, 12,4% para el grupo 2, 28,6% para el grupo 3, 5,7% para el grupo 4 y 1,4% para el grupo 5. El 10,1% presentó ángor y un 52,8% insuficiencia cardíaca. El 23,3% de los pacientes fallecieron durante el seguimiento, con una mediana de sobrevida de 32 meses. Los valores promedios obtenidos por cateterismo fueron: presión en aurícula derecha (PAD) de 9.2 (± 4.8) mmHg, presión media en arteria pulmonar (PAPm) de 39,1 (± 14,5) mmHg, resistencia vascular pulmonar (RVP) de 6,3 (± 4,9) Unidades Wood (UW), presión de enclavamiento o "wedge" (PW) de 11,9 (±4,5) mmHg, índice cardíaco (IC) de 2,8 (±0,9) L/min/m 2, índice de volumen sistólico (IVS) de 35,9 (± 13,0) mL/m 2 y saturación de O 2 en arteria pulmonar de 73,3 (± 7,6) %. Entre los hallazgos hemodinámicos se observa que los pacientes fallecidos presentaron mayor PAPm (44,5 vs. 37,8 mmHg; p<0,001), PAD (10,3 vs. 8,9 mmHg; p=0,008), gradiente transpulmonar (32,3 vs. 25,8 mmHg; p<0,001), frecuencia cardíaca (85,1 vs. 80,7 lpm; p=0,003), RVP (8,5 vs. 5,8 UW; p<0,0001), menor IC (2,45 vs. 2,96 L/min/m²; p<0,001), IVS (29,9 vs. 37,6 mL/m 2 ; p<0,001), y menor compliance arterial pulmonar (1,61 vs. 2,85 ml/mmHg; p<0,001). [Tabla 1]. En cuanto a los parámetros ecocardiográficos, los fallecidos mostraron menor TAPSE (17,6 vs. 20,4 mm; <0,001), mayor área de aurícula derecha (25,7 vs. 21,7 cm²; p<0,001) y menor strain de pared libre del ventrículo derecho (14,8 vs. 17,0%; p=0,002). En el análisis multivariado, las variables que resultaron predictores independientes de mortalidad fueron el índice volumen sistólico (OR 0,96; p=0,048), el péptido natriurético elevado (OR 8,7; p=0,001), la distancia recorrida en el TC6M (OR 0,996 por metro; p=0,015) y la presencia de angina (OR 1,9; p=0,029). El modelo mostró una buena capacidad discriminativa con un área bajo la curva ROC de 0,83.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con HP, la PAD, PAPm, el gradiente transpulmonar, la frecuencia cardíaca, el IC, el IVS, la RVP y la compliance arterial pulmonar fueron significativamente peores en los pacientes fallecidos. El IVS, péptido natriurético en sangre, distancia recorrida en TC6M y la presencia de angina resultaron predictores independiente de muerte en el análisis multivariado. Estos hallazgos destacan el valor pronóstico del cateterismo cardíaco derecho más allá del diagnóstico, como herramienta de estratificación de riesgo en el seguimiento de pacientes con HP.

0717 - PRESENCIA DE CALCIO CORONARIO INCIDENTAL EN TOMOGRAFÍAS DE TÓRAX: PREVALENCIA E IMPLICANCIA

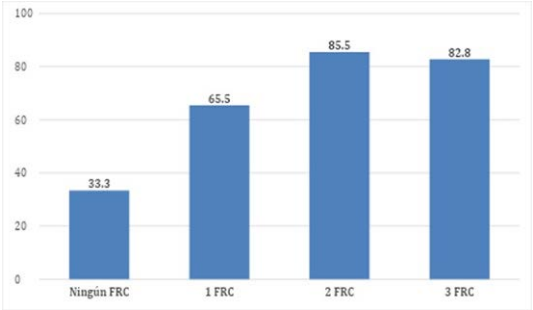
Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Yanina Beatriz CASTILLO COSTA[1] | Ramiro MALAGRINI[2] | **Juan Pablo GONZALEZ**[1] | Victoria Ayelén ARAGNO[1] | Agustín STADLER[1] | Christopher KRUTHOFF[1] | Víctor Miguel MAURO[1] | Carlos Manuel BARRERO[1]

Clínica Bazterrica[1]; Diagnóstico Maipú[2]

Introducción: La evaluación tradicional del riesgo cardiovascular no detecta estadíos asintomáticos de la enfermedad cardiovascular. En este sentido, la presencia de calcio coronario (CAC) es un marcador específico de aterosclerosis coronaria y una herramienta validada en la re-estratificación del riesgo especialmente en personas de entre 40 y 75 años con el objetivo de iniciar o intensificar terapias preventivas. Si bien el score de calcio requiere tomografía gatillada, está demostrado que las tomografías de tórax (TC) realizadas por indicaciones no cardiovasculares permiten también visualizar las calcificaciones coronarias de manera incidental sin costos adicionales ni mayor radiación y el hallazgo tiene alta correlación con el score de calcio.

Objetivos: 1- Analizar la prevalencia de calcio coronario en las TC de tórax realizadas por indicaciones no cardiovasculares en pacientes de entre 40 y 75 años sin antecedentes cardiovasculares . 2- Evaluar asociación entre CAC incidental y número de factores de riesgo clásicos.



Materiales y Métodos: Se trata de un estudio observacional donde se analizaron las TC de Tórax realizadas en pacientes que estuvieron internados en nuestra institución durante el año 2025 y sus historias clínicas en busca de datos de edad, sexo, antecedentes y factores de riesgo. Se excluyeron los pacientes con antecedentes cardiovasculares (CV) conocidos (infarto, ACV, stents, cirugía cardíaca o vascular), aquellos menores de 40 años y mayores de 75 años y los que la calidad de la imagen no permitió evaluar la presencia de calcificación coronaria. Se seleccionó el rango etario de 40 a 75 años por corresponder al grupo en el que las principales guías internacionales de prevención cardiovascular consideran con mayor frecuencia la utilización del CAC para reclasificación de riesgo y toma de decisiones preventivas cuando el riesgo es intermedio o incierto. Se revisaron prospectivamente todas las imágenes en busca de calcio coronario. Consideramos factores de riesgo clásicos (FRC): Hipertensión arterial (HTA), diabetes (DBT), dislipemia (dislipemia), tabaquismo o ex tabaquismo y enfermedad renal crónica (ERC).

Resultados: Del total de 1099 TC realizadas en pacientes internados entre enero y diciembre de 2025, se seleccionaron los 274 pacientes sin antecedentes CV y con edades comprendidas entre 40 y 75 años. La edad mediana fue de 63 años (RIC 53-71) y el 51,1% fueron varones. Se halló CAC en las imágenes del 60,6% de los pacientes. Los pacientes con CAC fueron de mayor edad (mediana 67 vs 54 años, $p<0.001$) y presentaron mayor frecuencia de sexo masculino (59,6% vs 38,0%), hipertensión arterial (46,4% vs 20,4%), tabaquismo activo o extabaquismo (53,0% vs 19,4%), diabetes (16,3% vs 7,4%)y dislipemia (21,7% vs 9,3%) en comparación con aquellos sin CAC (todas las diferencias fueron estadísticamente significativas: $p<0.001$). Analizando por número de FRC, se observó que el CAC estuvo presente en 33,3% de los pacientes sin factores de riesgo registrados, en 65,5% de aquellos con un factor, en 85,5%de los pacientes con dos factores y en 82,8% de quienes tenían tres o más factores ($p<0.001$).

Conclusión: La prevalencia de CAC incidental en la TC de tórax de pacientes de edad entre 40 a 75 años sin antecedentes cardiovasculares conocidos es elevada, alcanzando a 6 de cada 10 pacientes. Su presencia se asoció con mayor edad y sexo masculino. La prevalencia de CAC aumenta de forma lineal de acuerdo al número de FRC pero incluso 1 de cada 3 pacientes sin FRC presenta CAC en la TC. Estos hallazgos respaldan la recomendación de integrar el CAC incidental como refuerzo de la evaluación preventiva.

0721 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS DEL PACIENTE AÑOSO CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Cardiopatía Isquémica

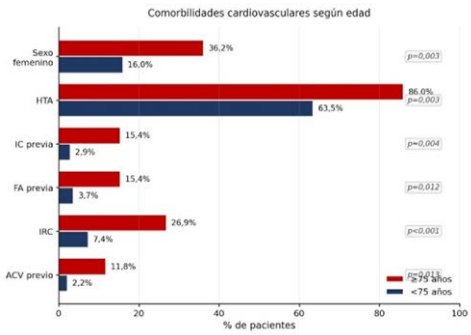
Agustina Trinidad SAPORITI | Juan DESIDERIO | Rodrigo Ezequiel DUARTE | Santiago Guillermo TEJADA | Gonzalo GUTIÉRREZ LARREGUI | Silvia Mónica URRUTIA | Ornella ROBINO | Juan Ernesto VAZQUEZ EPELBAUM

Sanatorio de la Trinidad Mitre

Introducción: Los adultos mayores de 75 años representan una proporción creciente de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA). Suelen estar subrepresentados en ensayos clínicos pivotales, y la evidencia que guía su manejo deriva mayoritariamente de extrapolaciones. La caracterización local de este subgrupo es útil para optimizar decisiones terapéuticas.

Objetivos: Comparar características clínicas, severidad de la presentación, estrategia terapéutica y outcomes intrahospitalarios entre pacientes con SCA mayores y menores de 75 años en un centro privado argentino.

Materiales y Métodos: Registro observacional retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron 208 pacientes con SCA admitidos entre 2019 y 2026. Se compararon variables categóricas mediante chi cuadrado o test de Fisher, y variables continuas mediante prueba de Mann-Whitney. El outcome principal fue eventos cardiovasculares mayores (MACE) intrahospitalarios, compuesto de muerte, reinfarto, accidente cerebrovascular, shock, insuficiencia cardíaca o arritmia ventricular.



Resultados: De 208 pacientes, 58 (27,9%) tenían 75 años o más. Comparados con los menores de 75, presentaron mayor proporción de mujeres (36,2% vs 16,0%; p=0,003), hipertensión arterial (86,0% vs 63,5%; p=0,003), insuficiencia cardíaca previa (15,4% vs 2,9%; p=0,004), fibrilación auricular previa (15,4% vs 3,7%; p=0,012), insuficiencia renal crónica (26,9% vs 7,4%; p<0,001) y accidente cerebrovascular previo (11,8% vs 2,2%; p=0,013). La presentación clínica fue más grave: Killip >= 32,0% vs 13,5% (p=0,009), mediana de GRACE 135 vs 91 (p<0,001) y mediana de CRUSADE 38 vs 22 (p<0,001). La cinecoronariografía se realizó con menor frecuencia en añosos (62,1% vs 85,9%; p=0,017). La mortalidad intrahospitalaria fue significativamente mayor (17,1% vs 2,0%; p=0,002), al igual que el MACE (23,3% vs 8,7%; p=0,033). La duración de internación tuvo mediana de 7 vs 5 días (p=0,004).

Conclusión: En nuestro registro, el paciente añoso con SCA constituye un grupo diferenciado, con mayor carga de comorbilidades cardiovasculares, presentación de mayor gravedad y peores outcomes intrahospitalarios. La menor utilización de la estrategia invasiva, coherente con la literatura internacional, plantea interrogantes sobre la individualización del proceso de toma de decisiones en este subgrupo.

0723 - IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO DE CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA IZQUIERDA: EFECTO SOBRE EL VOLUMEN DE PROCEDIMIENTOS Y LA EXPANSIÓN DE INDICACIONES

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Arritmias y Electrofisiología

Juan Manuel PÉREZ ASOREY | Pablo LAMELAS | Carlos FAVA | Gustavo Alejandro LEV | Gastón Manuel HEREDIA SERENO | Ivana Katherine OREJUELA MENDOZA | Joaquín PÉREZ ASOREY | Oscar Alfredo MENDIZ

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: Las recientes guías internacionales han ampliado el rol del cierre percutáneo de la orejuela auricular izquierda (OAI), incorporándolo como una estrategia válida no solo en pacientes con contraindicación formal para anticoagulación oral (ACO), sino también en aquellos con alto riesgo hemorrágico o dificultades para sostenerla a largo plazo. Sin embargo, la identificación de estos pacientes continúa siendo un desafío en la práctica clínica y requiere la participación coordinada de múltiples especialidades.

Objetivos: Evaluar el impacto de la implementación de un programa multidisciplinario de cierre percutáneo de OAI sobre el volumen de procedimientos, la incorporación de nuevas indicaciones clínicas y la seguridad de la estrategia.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluyó pacientes evaluados para cierre percutáneo de OAI entre junio de 2011 y abril de 2026. En octubre de 2024 se implementó un programa multidisciplinario institucional destinado a la identificación sistemática y derivación de candidatos al procedimiento. Se analizaron las tendencias temporales de derivación, las indicaciones clínicas, las complicaciones periprocedimiento y los eventos clínicos durante el seguimiento.

Resultados: Se indicó cierre percutáneo de OAI en 90 pacientes, de los cuales 81 fueron finalmente tratados (las principales causas de exclusión fueron anatomía desfavorable o presencia de trombo en la OAI). Tras la implementación del programa multidisciplinario se observó un marcado incremento en el volumen de derivaciones: 58 pacientes (64%) fueron evaluados durante los primeros 18 meses posteriores a su creación, mientras que los 32 restantes (36%) habían sido acumulados durante los trece años previos, representando un aumento superior a diez veces en la tasa anual de incorporación de pacientes. Paralelamente se evidenció una expansión del perfil de candidatos, con participación creciente de especialidades distintas a cardiología en la derivación de pacientes con alto riesgo hemorrágico. Aunque el antecedente de sangrado mayor continuó siendo la indicación predominante (58%), se observó un aumento progresivo de pacientes derivados por anemia severa, trastornos hematológicos, hepatopatía avanzada y otras condiciones que limitaban el uso crónico de ACO. Las complicaciones periprocedimiento fueron infrecuentes, registrándose un accidente cerebrovascular menor (1,2%) y dos derrames pericárdicos (2,4%), uno con requerimiento de drenaje, sin mortalidad intrahospitalaria. Durante un seguimiento medio de 11 ± 23 meses se registró un único ACV isquémico, dos episodios de sangrado mayor y un solo leak significativo (>5 mm). La mortalidad global en el seguimiento fue del 11%, sin muertes relacionadas con el procedimiento ni con el dispositivo.

Conclusión: La implementación de un programa multidisciplinario de cierre percutáneo de OAI se asoció con un aumento superior a diez veces en la tasa anual de derivación de pacientes, favoreció la incorporación de nuevas indicaciones relacionadas con el alto riesgo hemorrágico y permitió expandir el acceso al procedimiento sin incrementar las complicaciones ni comprometer los resultados clínicos.

0728 - RESULTADOS CLÍNICOS DEL CIERRE PERCUTÁNEO DE LA OREJUELA AURICULAR IZQUIERDA: EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN PROCEDIMIENTO EN CRECIMIENTO

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Arritmias y Electrofisiología

Juan Manuel PÉREZ ASOREY | Pablo LAMELAS | Gustavo Alejandro LEV | Carlos FAVA | Gastón Manuel HEREDIA SERENO | Gerónimo ALONSO | Joaquín PÉREZ ASOREY | Oscar Alfredo MENDIZ

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La fibrilación auricular (FA) se asocia a mayor riesgo de muerte, accidente cerebrovascular (ACV), embolia sistémica e insuficiencia cardíaca (IC). En pacientes con FA no valvular y alto riesgo hemorrágico o contraindicación para anticoagulación oral (ACO), el cierre percutáneo de la orejuela auricular izquierda (OAI) se ha consolidado como una alternativa para la prevención de eventos tromboembólicos.

Objetivos: Evaluar la eficacia, seguridad y evolución clínica del cierre percutáneo de OAI en pacientes con FA en la práctica real.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y transversal que incluyó 90 pacientes evaluados para cierre percutáneo de OAI en nuestra institución entre 06/2011 y 04/2026. El procedimiento se realizó en 81 pacientes (90%); en 9 fue descartado por anatomía desfavorable o trombo en la OAI detectado por ecocardiografía transesofágica. Se realizó seguimiento clínico evaluando muerte, ACV isquémico, embolia sistémica, IC, IAM y eventos relacionados con el procedimiento o dispositivo. Se definió eficacia como ausencia de leak significativo (flujo periprotésico ≤5 mm por ecocardiografía o angiotomografía).

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes con FA (paroxística 42%, persistente 2%, permanente 56%), edad media de 77 ± 9 años y predominio masculino (66%). Fue una población de alto riesgo trombótico y hemorrágico, con CHA_2DS_2-VASc de 4,44 ± 1,4 y HAS-BLED de 3,33 ± 0,95. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (85%), dislipemia (59%), diabetes mellitus tipo 2 (22%), ACV previo (20%), enfermedad coronaria (20%) y enfermedad renal crónica (29%).

La principal indicación fue antecedente de sangrado mayor (58%), de origen digestivo en el 83%. El resto presentaba otras contraindicaciones para ACO, incluyendo anemia severa, cirrosis hepática, trastornos hematológicos o dificultades en el manejo de la anticoagulación. Previo al procedimiento, el 50% recibía ACO (aproximadamente el 60% DOACs), el 41% antiagregación simple y el 9% ningún tratamiento antitrombótico. Al alta, el 51% recibió ACO, el 23% antiagregación simple, el 19% doble antiagregación y el 7% ningún tratamiento. Durante el seguimiento, sólo 15 pacientes continuaron anticoagulados. La variante anatómica más frecuente fue Windsock (90%). El diámetro medio de aurícula izquierda fue 47,6 ± 6,77 mm, el diámetro de ostium 19 ± 4,25 mm y la profundidad 29,3 ± 9,91 mm. El tamaño medio del dispositivo implantado fue 24 ± 6,55 mm. La tasa de éxito del implante fue del 93,1%. La estadía media fue de 1,19 ± 3,7 días y el 69,1% recibió el alta el mismo día. Las complicaciones periprocedimiento fueron infrecuentes, incluyendo un ACV (1,2%) y dos derrames pericárdicos (2,4%; uno con requerimiento de drenaje), sin mortalidad intrahospitalaria. El seguimiento medio fue de 11 ± 23 meses. Los controles por imágenes mostraron un único leak significativo (>5 mm) y leaks menores sin repercusión clínica en el 6,17%. Durante el seguimiento se registraron un ACV isquémico y dos episodios de sangrado mayor. Se registraron 9 muertes (11%), ninguna relacionada con el procedimiento o dispositivo.

Conclusión: En esta cohorte de práctica real, el cierre percutáneo de la OAI se asoció con alta tasa de éxito técnico, baja incidencia de complicaciones periprocedimiento y reducida tasa de eventos tromboembólicos y hemorrágicos durante el seguimiento. Además, redujo significativamente el uso de ACO a largo plazo, consolidándose como una alternativa eficaz y segura en pacientes con FA y alto riesgo hemorrágico.

0729 - EFECTO DEL TRATAMIENTO BETABLOQUEANTE SOBRE LA RESPUESTA HEMODINÁMICA, FUNCIONAL, CONTRÁCTIL Y DIASTÓLICA EN PRUEBAS DE ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS CON EJERCICIO NEGATIVAS PARA ISQUEMIA

Multimagen

Felipe BERTON | Sebastián Oscar CARRIZO | Maria Belén REIS | Alejandra ESCALADA | Enzo Alejandro Emanuel ARAMAYO | Esteban CLOS

EcoNova

Introducción: Los betabloqueantes modifican la respuesta cardiovascular al ejercicio mediante efectos cronotrópicos e inotrópicos negativos, con impacto potencial sobre parámetros hemodinámicos, funcionales y ecocardiográficos durante pruebas de ecocardiografía de estrés. Sin embargo, existe limitada evidencia acerca de su efecto integral sobre variables sistólicas longitudinales y diastólicas en pacientes sin isquemia inducible.

Objetivos: Evaluar el efecto del tratamiento betabloqueante sobre la respuesta hemodinámica, funcional, contráctil y diastólica durante ecocardiografía de estrés con ejercicio negativa para isquemia.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, transversal, analítico, retrospectivo y unicéntrico. Se analizaron variables clínicas, ergométricas, hemodinámicas y ecocardiográficas obtenidas en reposo y esfuerzo. Se compararon los resultados obtenidos entre aquellos pacientes bajo tratamiento betabloqueante y aquellos que no. Las variables categóricas y numéricas son presentadas como medias y frecuencias absolutas/relativas respectivamente con sus medidas de dispersión correspondientes. Las diferencias estadísticas entre variables se evaluarán mediante t de Student o chi cuadrado según corresponda. Se realizó análisis multivariado ajustado por edad, sexo y comorbilidades cardiovasculares. Análisis estadístico mediante SPSS Statistics 20.

Resultado de variables contráctiles

Variable - n	Con BB	Sin BB	P
FEy reposo (%)– 204 - Media (DE)	60 (8,8)	59 (7,3)	0,51
FEy esfuerzo (%) – 192 - Media (DE)	69 (9,6)	68 (7,5)	0,95
Delta FEy (%) – 192 - Media (DE)	8,4 (5,7)	9 (6,2)	0,57
Strain reposo (%) – 126 - Media (DE)	-16 (2,1)	-16 (1,8)	0,15
Strain esfuerzo (%)– 113 - Media (DE)	-18 (2,8)	-19 (2,1)	0,65
Delta Strain (%) – 113 - Media (DE)	-2 (1,3)	-2,5 (1,7)	0,28
Elastancia reposo (mmHg/ml) – 196 - Media (DE)	4,4 (1,9)	4 (2)	0,33
Elastancia esfuerzo (mmHg/ml) – 184 - Media (DE)	8,1 (3,8)	8,4 (4,8)	0,65
Indice Elastancia – 182 - Media (DE)	1,88 (0,6)	2,1 (0,6)	0,27
MAPSE/LVI reposo (%) – 198 - Media (DE)	17,2 (2,7)	17,9 (2,5)	0,11
MAPSE/LVI esfuerzo (%) – 196 - Media (DE)	20,7 (2,9)	22 (3,2)	0,008
Delta MAPSE/LVI (%) – 195 - Media (DE)	3,6 (2,5)	4,2 (2,7)	0,19
VD – Onda S reposo (cm/s) – 122 - Media (DE)	12 (2,2)	12 (2,1)	0,67
VD – Onda S esfuerzo (cm/s) – 118 - Media (DE)	17 (2,8)	19 (2,9)	0,003
Delta Onda S (cm/s) – 216 - Media (DE)	4,9 (2,3)	6,3 (3)	,004
Reserva Contractil FEY n 192 – n(%)	30 (69)	112 (75)	,727
Reserva Contractil SGL n 113 – n(%)	14 (66)	65 (70)	,321
Reserva Contractil IE n 182 – n(%)	75 (54)	14 (32)	,032
Reserva contráctil Total n 233 – n(%)	45 (85)	155 (86)	,825

Resultados: Se incluyeron 233 pacientes, de los cuales 53 (22,7%) recibían betabloqueantes (BB). Los pacientes tratados fueron de mayor edad y presentaron mayor prevalencia de hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia. El grupo con BB presentó menor frecuencia cardíaca en reposo (68±8,9 vs 77±14 lpm; p<0,001) y pico (128±18 vs 152±18 lpm; p<0,001), menor índice cronotrópico (71±17 vs 83±15%; p<0,001), menor capacidad funcional expresada en METS (4,9±1,3 vs 6,2±2; p<0,001) y menor esfuerzo realizado (543±191 vs 686±256 kgm; p<0,001). Asimismo, presentaron menor gasto cardíaco pico (7±2 vs 8,4±2,5 L/min; p=0,002), índice cardíaco pico (3,7±0,9 vs 4,6±1,3 L/min/m²; p<0,001) y menor cardiac power output pico (1,7±0,59 vs 2,08±0,68; p=0,002). En relación con la función contráctil, el grupo con betabloqueantes

mostró menor MAPSE indexado en esfuerzo (20,7±2,9 vs 22±3,2%; p=0,008) y menor incremento de la onda S del ventrículo derecho (4,9±2,3 vs 6,3±3 cm/s; p=0,004), sin diferencias significativas en fracción de eyección o SLG. Desde el punto de vista diastólico, los pacientes tratados presentaron menor velocidad e' lateral tanto en reposo como en esfuerzo y mayores valores de E/e' en ambas etapas (p<0,001). En el análisis multivariado, el uso de BB se asoció con menor frecuencia cardíaca basal y pico, presión arterial pico e índice y reserva cronotrópicas. La edad fue la variable con mayor influencia estadística, atenuando la asociación entre betabloqueo y la mayoría de las variables hemodinámicas y contráctiles.

Conclusión: Los pacientes bajo tratamiento betabloqueante presentan una respuesta cronotrópica y hemodinámica significativamente atenuada durante ecocardiografía de estrés con ejercicio negativa para isquemia, especialmente en variables ergométricas. Sin embargo, tanto la capacidad funcional, las variables hemodinámicas ecocardiográficas y contráctiles no se vieron afectadas de forma significativa. Gran parte de las diferencias observadas se encuentran influenciadas por variables confundidoras, particularmente la edad, el sexo y la hipertensión arterial.

0730 - CONGESTIÓN VENOSA SISTÉMICA EVALUADA POR VEXUS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR: ASOCIACIÓN CON SCORES DE RIESGO Y EVENTOS A CORTO PLAZO

Enfermedad Vascular Pulmonar / Multimagen

Gabriela Giselle NIETO[1] | **Guido VANNONI**[1] | Federico SAVOIA[2] | Guido BROZZONI[2] | Milagros HAHN[2] | Patricia AVELLANA[1] | Juan Alberto GAGLIARDI[1] | Andrés Nicolás ATAMAÑUK[2]

Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich[1]; Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández[2]

Introducción: La congestión venosa sistémica constituye una manifestación frecuente de la disfunción ventricular derecha en pacientes con hipertensión pulmonar (HP). El Venous Excess Ultrasound Score (VExUS) permite una evaluación ecográfica integral de la congestión venosa, aunque su relación con los scores pronósticos validados y con los eventos clínicos en HP permanece escasamente estudiada.

Objetivos: Determinar la prevalencia y el grado de congestión venosa sistémica evaluada mediante VExUS, su relación con los scores COMPERA 2.0 y REVEAL LITE 2, y con la ocurrencia de internación por insuficiencia cardíaca (IC) y/o muerte en pacientes con HP.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo y bicéntrico de pacientes con diagnóstico de HP pre-capilar. Se registraron variables clínicas, biomarcadores, parámetros ecocardiográficos y evaluación de congestión venosa mediante VExUS. Se analizaron congestión clínica, péptidos natriuréticos, scores COMPERA 2.0 y REVEAL LITE 2, y score de VExUS. El punto final combinado fue internación por IC y/o muerte durante el seguimiento a 3 meses. Se emplearon pruebas de Chi cuadrado o Fisher para variables categóricas y correlación de Spearman para variables ordinales y continuas. Se calcularon odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%). Se consideró significativo un valor de p<0,05.

CARACTERISTICAS	n	%
Sexo femenino	49	92.4
HP grupo I	51	96.2
HP grupo IV	2	3.7
Combinadas	3	5.6
Asociado a cardiopatias congenitas	17	32
Hipertensión arterial	8	15
Diabetes	8	15
Anemia	7	13
Fibrilación auricular	4	7.6
Inhibidores de la fosfodiesterasa 5	41	77.4
Antagonistas de los receptores de endotelina	27	50.9
Agonistas de las prostaciclinas	4	7.5
Análogos de las prostaciclinas	5	9.4
Estimulante de la guanilato ciclasa	4	7.5
Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides	20	37.7
Furosemida	21	39.6
Anticoagulación	15	28.3

Resultados: Desde agosto de 2024 hasta enero del 2026 se evaluaron 53 pacientes con una edad media de 50.4+-15 años. Las características de la población se detallan en la tabla 1. El score de VExUS fue de 0 en 26 pacientes (el 49%), 1 en 11 el (21%), 2 en el 13 (25%) y 3 en 3 pacientes (6%). Un 37% (n=19) presentó valores de péptidos natriuréticos elevados. En el score COMPERA 40% (n= 19) fueron clasificados como bajo riesgo, 46% (n= 22) riesgo intermedio bajo, 13% (n= 6) riesgo intermedio alto, y 2% (n= 1) riesgo alto. El score REVEAL clasificó a un 73% (n= 35) de la población como riesgo bajo, un 13% (n= 6) como riesgo intermedio, y un 15% (n= 7) como riesgo alto. Durante el seguimiento a 3 meses, 8 pacientes (15%) registraron el punto final combinado, con 8 internaciones (15%) y 3 muertes (5,6%). El 88% de los pacientes que presentaron el punto final combinado tenía VExUS >=2 (OR 28; IC95% 3,08-257,5; p= 0,00012) y péptidos natriuréticos elevados (OR 18,1; IC95% 2,01-163; p= 0,0013). No hubo relación con la congestión clínica (OR 0,57; IC95% 0,06-5,26; p=1,00). Se

observó una asociación significativa entre el grado de VExUS y la ocurrencia de eventos (p=0,00082). Se evidenció una correlación significativa entre el grado de VExUS y los scores pronósticos de HP: COMPERA (r=0,477; p=0,0006) y con REVEAL (r=0,491; p=0,0004). Los pacientes con COMPERA >= 3 presentaron una mayor probabilidad de VExUS >=2 (OR 21,3; IC95% 2.3-200; p=0,0023), hallazgo similar al observado para REVEAL >=7 (OR 20,0; IC95% 4-99; p<0,0001).

Conclusión: En esta cohorte prospectiva bicéntrica de pacientes con HP, la congestión venosa sistémica evaluada mediante VExUS se asoció de manera significativa con internación por IC y/o muerte a corto plazo. Particularmente, la presencia de VExUS >= 2 identificó a pacientes con mayor riesgo de eventos, mostrando además una correlación significativa con los scores pronósticos validados COMPERA 2.0 y REVEAL Lite 2. Estos hallazgos sugieren que la incorporación de VExUS podría complementar la estratificación de riesgo en HP y justificar estudios de mayor tamaño orientados a validar su valor incremental sobre los modelos pronósticos actuales.

0732 - DIFERENCIAS SEGÚN SEXO EN LA RESPUESTA HEMODINÁMICA, FUNCIONAL, CONTRÁCTIL Y DIASTÓLICA DURANTE ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS CON EJERCICIO NEGATIVA PARA ISQUEMIA

Multimagen

Sebastián Oscar CARRIZO | Felipe BERTON | Maria Belén REIS | Alejandra ESCALADA | Enzo Alejandro Emanuel ARAMAYO | Esteban CLOS

EcoNova

Introducción: La ecocardiografía de estrés con ejercicio permite evaluar de manera integrada la respuesta hemodinámica, funcional y ecocardiográfica al esfuerzo. Diversos estudios demostraron diferencias fisiológicas entre hombres y mujeres en relación con estas respuestas. Existe limitada evidencia sobre estas diferencias en pacientes con pruebas negativas para isquemia, escenario que podría representar un modelo fisiológico útil para caracterizar patrones de adaptación cardiovascular al ejercicio.

Objetivos: Evaluar diferencias según sexo en la respuesta hemodinámica, funcional, contráctil y diastólica durante ecocardiografía de estrés con ejercicio negativa para isquemia.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años sometidos a ecocardiografía de estrés con ejercicio en cicloergómetro negativa para isquemia. Se compararon variables clínicas, ergométrica, hemodinámicas y ecocardiográficas entre hombres y mujeres. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar y las categóricas como frecuencia y porcentaje. Se utilizaron pruebas t de Student y chi cuadrado según correspondiera. Se realizó regresión logística multivariada ajustada por edad, factores de riesgo cardiovasculares, uso de betabloqueantes para evaluar la independencia del sexo sobre la reserva contráctil. Análisis estadístico mediante SPSS Statistics 20.

Resultado de variables contráctiles

Variable - n	Sexo masc	Sexo fem	P
FEy reposo (%)– 204 - Media (DE)	58 (8,5)	60 (6,8)	0,10
FEy esfuerzo (%) – 192 - Media (DE)	69 (9)	68 (7)	0,48
Delta FEy (%) – 192 - Media (DE)	10 (5,5)	7,5 (6,4)	0,002
Strain reposo (%) – 126 - Media (DE)	-16 (1,9)	-16,9 (1,8)	0,005
Strain esfuerzo (%)– 113 - Media (DE)	-18 (2,5)	-19 (2)	0,14
Delta Strain (%) – 113 - Media (DE)	-2,6 (1,7)	-2,2 (1,6)	0,23
Elastancia reposo (mmHg/ml) – 196 - Media (DE)	3,48 (1,6)	4,8 (2,2)	0,000
Elastancia esfuerzo (mmHg/ml) – 184 - Media (DE)	8 (4,4)	8,6 (4,7)	0,35
Indice Elastancia – 182 - Media (DE)	2,3 (0,6)	1,8 (0,5)	0,000
MAPSE/LVI reposo (%) – 198 - Media (DE)	17 (2,5)	18 (2,5)	0,001
MAPSE/LVI esfuerzo (%) – 196 - Media (DE)	20,9 (3,3)	22,6 (2,9)	0,000
Delta MAPSE/LVI (%) – 195 - Media (DE)	3,8 (2,5)	4,2 (2,8)	0,31
VD – Onda S reposo (cm/s) – 122 - Media (DE)	12 (2)	12 (2,2)	0,75
VD – Onda S esfuerzo (cm/s) – 118 - Media (DE)	18,9 (3)	18,2 (2,9)	0,09
Delta Onda S (cm/s) – 216 - Media (DE)			
Reserva Contractil FEY n 192 – n(%)	77 (83)	65 (73)	,01
Reserva Contractil SGL n 113 – n(%)	37 (75)	42 (65)	,20
Reserva Contractil IE n 182 – n(%)	59 (68)	30 (31)	,000
Reserva contráctil Total n 233 – n(%)			

Resultados: Se incluyeron 233 pacientes, 112 hombres (48,1%) y 121 mujeres (51,9%). La edad fue similar entre grupos (56±17 vs 56±15 años; p=0,95), sin diferencias significativas en IMC, hipertensión arterial ni uso de betabloqueantes. Los hombres presentaron mayor prevalencia de dislipidemia (35% vs 23%; p=0,03) y antecedentes cardiovasculares (13% vs 5%; p=0,02).

Conclusión: En pacientes con ecocardiografía de estrés negativa para isquemia, existen diferencias significativas según sexo en la respuesta hemodinámica, funcional y contráctil al ejercicio. Los hombres presentan mayor respuesta presora, mayor capacidad funcional y mayor incremento de FEVI y parámetros de potencia cardíaca durante el esfuerzo, mientras que las mujeres muestran mejores parámetros basales de deformación miocárdica y función longitudinal. Las diferencias observadas en reserva contráctil no fueron independientes del resto de variables clínicas y funcionales tras el ajuste multivariado. Las variables diastólicas mostraron escasas diferencias entre sexos. Estos hallazgos sugieren la existencia de perfiles fisiológicos cardiovasculares sexo-específicos que podrían influir en la interpretación clínica de la ecocardiografía de estrés.

0733 - DIVERGENCIAS EN LA EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN ARGENTINA: ANÁLISIS COMPARATIVO POR SEXO

Corazón y Mujer

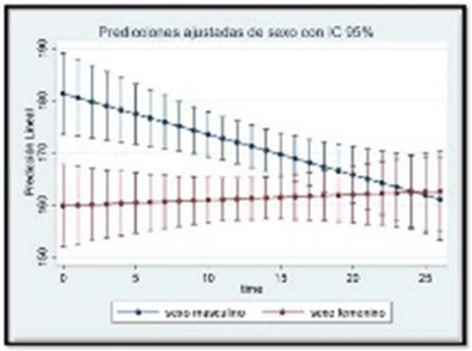
Lucía Raquel KAZELIAN[1] | Roberto Nicolás AGUERO[1] | Alejandra Bibiana Noemí RUBILAR[1] | Andrea N. CORRALES BARBOZA[1] | Paula DEMARCHI[1] | Melina Nancy MANA[1] | Marcelo Víctor BOSCARO[1] | Heraldo D› IMPERIO[2]

Áreas SAC: Área de Corazón y Mujer[1]; *Áreas SAC: Área de Investigación*[2]

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbimortalidad en Argentina y en el mundo. Esto se observa tanto en el sexo masculino como en el femenino. Aunque históricamente las mujeres presentan una mayor expectativa de vida la evidencia reciente señala atenuación de esta brecha. La mayor mortalidad femenina en el infarto agudo de miocardio con ST —vinculada a mayor edad, comorbilidades y presentación atípica— sugiere que factores biológicos y sociales modulan diferencialmente el riesgo cardiovascular por sexo. Sin embargo, existe menor información acerca de si estas diferencias observadas a nivel clínico se reflejan también en las tendencias poblacionales de mortalidad cardiovascular a largo plazo.

Objetivos: Comparar las tendencias temporales de las tasas crudas de mortalidad (TCM) por enfermedades del corazón entre hombres y mujeres en Argentina durante el período 1997–2023.

Materiales y Métodos: Estudio de series temporales con datos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud (Ministerio de Salud, Argentina), desde 1997 hasta 2023, estratificados por sexo. Se extrajo la tasa cruda mortalidad de enfermedades del corazón por cada 100.000 habitantes reportado en el documento estadísticas vitales anuales, que son de dominio público, el denominador de cantidad de habitantes por año fue el publicado por el mismo reporte mencionado. Para el análisis del comportamiento de la evolución de las tasas se utilizó regresión de Poisson con offset poblacional y se realizó un análisis de sensibilidad del comportamiento temporal con regresión lineal múltiple, además se exploró posibles cambios de tendencias con regresión segmentada tipo Joinpoint.



Resultados: Ambos modelos confirmaron tendencias descendentes en las TCM con divergencia significativa entre sexos. La regresión de Poisson —ajustando por tamaño poblacional— mostró una pendiente descendente significativamente mayor en varones confirmando reducción sostenida en varones y trayectoria significativamente más plana en mujeres (interacción tiempo×sexo: p<0,0001). La regresión lineal corroboró el hallazgo observado en el modelo de Poisson (interacción tiempo×sexo: p=0,009). El análisis Joinpoint no evidenció cambios estructurales significativos de pendiente en los puntos evaluados lo que respalda la presencia de una tendencia temporal sostenida durante el período analizado. Gráfico: Tendencia de la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón según sexo en Argentina a lo largo de 27 años (1997–2023) Modelo de Poisson offset poblacional

Conclusión: Las tasas crudas de mortalidad por enfermedades del corazón mostraron diferencias en el comportamiento de la evolución entre ambos sexos durante el periodo 1997-2023. Los hombres presentaron mayor TCM al inicio. A través de los años el sexo masculino presentó una disminución de la TCM mientras que la evolución de las TCM en el sexo femenino no se modificó. Esto demuestra que el avance en los tratamientos incorporados en el país tuvo impacto positivo en las enfermedades del corazón, pero el sexo masculino fue el que concentró ese efecto. Estas diferencias podrían reflejar la interacción de factores biológicos, sociales y asistenciales, incluyendo cambios diferenciales en el acceso o beneficio de las estrategias de prevención y tratamiento cardiovascular. Los hallazgos resaltan la importancia de incorporar una perspectiva de sexo en las políticas de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares.

0738 - INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA RESPUESTA HEMODINÁMICA, FUNCIONAL, CONTRÁCTIL Y DIASTÓLICA DURANTE ECOCARDIOGRAFÍA DE ESTRÉS CON EJERCICIO NEGATIVA PARA ISQUEMIA

Multimagen

Sebastián Oscar CARRIZO | Felipe BERTON | Maria Belén REIS | Alejandra ESCALADA | Enzo Alejandro Emanuel ARAMAYO | Esteban CLOS

EcoNova

Introducción: La respuesta cardiovascular al ejercicio experimenta modificaciones fisiológicas asociadas al envejecimiento que involucran alteraciones cronotrópicas, hemodinámicas, contráctiles y diastólicas. Existe escasa información acerca de cómo estas diferencias se manifiestan durante pruebas de ecocardiografía de estrés con ejercicio negativas para isquemia.

Objetivos: Evaluar las diferencias en la respuesta hemodinámica, funcional, contráctil y diastólica durante pruebas de ecocardiografía de estrés con ejercicio negativas para isquemia según grupos etarios.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal. Los participantes fueron estratificados en tres grupos etarios:18-44 años, 45–64 años y >65 años. Se analizaron variables clínicas, ergométricas, hemodinámicas y ecocardiográficas en reposo y postesfuerzo máximo. Las variables categóricas y numéricas se presentan como medias y frecuencias absolutas/relativas respectivamente, con sus medidas de dispersión correspondientes. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante ANOVA de dos colas. Análisis estadístico mediante SPSS Statistics 20.

Resultado de variables contráctiles

Variable - n	<45 años	45-64 años	>64 años	P
FEy reposo (%)– 204 - Media (DE)	59,8 (7)	59,8 (7,4)	60 (8,6)	,98
FEy esfuerzo (%) – 192 - Media (DE)	68 (7)	69 (7)	67 (9,7)	,43
Delta FEy (%) – 192 - Media (DE)	9,1 (5,6)	9,5 (6,7)	7,8 (5,7)	,26
Strain reposo (%) – 126 - Media (DE)	-17,1 (1,69)	-16,7 (1,69)	-15,6 (2,1)	,002
Strain esfuerzo (%)– 113 - Media (DE)	-19,7 (1,91)	-19 (1,96)	-17,9 (2,8)	,006
Delta Strain (%) – 113 - Media (DE)	-2,69 (1,95)	-2,2 (1,5)	-2,2 (1,6)	,51
Elastancia reposo (mmHg/ml) – 196 - Media (DE)	3,4 (1,6)	4,1 (1,9)	4,8 (2,3)	,001
Elastancia esfuerzo (mmHg/ml) – 184 - Media (DE)	7,3 (3,4)	8,7 (5,1)	8,8 (4,5)	,20
Indice Elastancia – 182 - Media (DE)	2,2 (0,54)	2 (0,61)	1,9 (0,56)	,01
MAPSE/LVI reposo (%) – 198 - Media (DE)	18 (2,9)	17,9 (2,5)	17,1 (2,2)	,045
MAPSE/LVI esfuerzo (%) – 196 - Media (DE)	22,6 (3)	21,9 (3,2)	20,9 (3)	,016
Delta MAPSE/LVI (%) – 195 - Media (DE)	4,4 (3,1)	4 (2,4)	3,7 (2,5)	,37
VD – Onda S reposo (cm/s) – 122 - Media (DE)	12,9 (1,94)	12,5 (2)	12,3 (2,4)	,30
VD – Onda S esfuerzo (cm/s) – 118 - Media (DE)	19,5 (2,8)	18,5 (2,6)	17,8 (3,3)	,004
Delta Onda S (cm/s) – 216 - Media (DE)				
Reserva Contractil FEY n 192 – n(%)	39 (79)	60 (74)	43 (70)	0,81
Reserva Contractil SGL n 113 – n(%)	24 (75)	32 (68)	23 (67)	0,67
Reserva Contractil IE n 182 – n(%)	28 (62)	42 (54)	19 (32)	0,19
Reserva contráctil Total n 233 – n(%)				

Resultados: Se incluyeron un total de 233 pacientes, divididos de 18-44 años (n=61), 45–64 años (n=95) y >65 años (n=77). La prevalencia de hipertensión arterial, dislipidemia, uso de betabloqueantes y antecedentes cardiovasculares aumentó progresivamente con la edad (p<0,01 para todas). Los pacientes >65 años presentaron menor frecuencia cardíaca pico (128±15 vs. 149±15 vs. 164±16 lpm; p<0,001), menor índice cronotrópico (0,76±0,16 vs. 0,83±0,16 vs. 0,81±0,13; p=0,01), menor proporción de reserva cronotrópica adecuada (40% vs. 58% vs. 62%; p=0,015) y menor capacidad funcional expresada en METS (4,7±1,3 vs. 6,0±1,5 vs. 7,4±2,2; p<0,001). Asimismo, se observó una reducción progresiva del gasto cardíaco máximo (6,5±1,9 vs. 8,5±2,4 vs. 9,6±2,3 L/min; p<0,001), del índice cardíaco máximo (3,5±0,9 vs. 4,5±1,2 vs. 5,3±1,1 L/min/m²; p<0,001), de la distancia/minuto en esfuerzo (3507±696 vs. 3872±689 vs. 4087±748 cm×min; p<0,001) y de la potencia cardíaca máxima (1,6±0,5 vs. 2,1±0,7 vs. 2,2±0,6 mmHg·L/min; p<0,001). En el análisis contráctil, los sujetos de mayor edad mostraron valores menos negativos de strain longitudinal global en reposo (-15,6±2,1 vs. -16,7±1,7 vs. -17,1±1,7%; p=0,002) y esfuerzo (-17,9±2,8 vs. -19,0±2,0 vs. -19,7±1,9%; p=0,006), junto con menor MAPSE indexado durante esfuerzo (20,9±3,0 vs. 21,9±3,2 vs. 22,6±3,0%; p=0,016). Desde el punto de vista diastólico, la velocidad e' lateral disminuyó significativamente con la edad tanto en reposo como durante esfuerzo (p<0,001), mientras que la relación E/e' lateral aumentó progresivamente en reposo (9,5±3,2 vs. 7,0±1,8 vs. 5,7±1,4; p<0,001) y esfuerzo (9,3±2,7 vs. 6,9±1,8 vs. 6,3±1,4; p<0,001), sugiriendo un deterioro de la reserva diastólica asociado al envejecimiento.

Conclusión: En pacientes con ecocardiografía de estrés negativa para isquemia, el envejecimiento se asocia con una reducción progresiva de la capacidad funcional, la reserva cronotrópica, el gasto cardíaco y la potencia cardiovascular durante el ejercicio. Asimismo, se observa deterioro de la función longitudinal ventricular y de los parámetros de relajación diastólica, configurando un fenotipo cardiovascular relacionado con la edad aun en ausencia de isquemia inducible.

0739 - ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES >75 VS <75 AÑOS: EFICACIA, SEGURIDAD Y PREDICTORES DE RECURRENCIA TARDÍA EN UNA COHORTE UNICÉNTRICA ARGENTINA

Arritmias y Electrofisiología

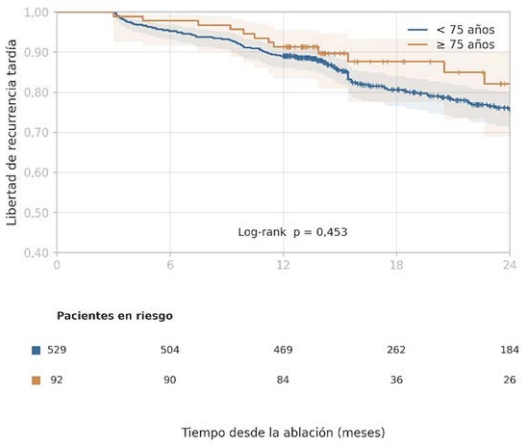
Leandro Luis POZZER | Maximiliano Pablo MASSA | Bianca Maria RICCIARDI | Federico Jorge GANDOLFO | Gastón ALBINA | Rodrigo Daniel GIMENEZ | Lucas PIEDRAFITA VICO | Fernando Adrián SCAZZUSO

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Los datos sobre ablación de FA en el anciano provienen mayormente de cohortes de Europa y EE.UU. y carecen de ajuste por comorbilidades. El meta-análisis de Boehmer (2024) describió en >75 años mayor recurrencia y mayor tasa de complicaciones, sin poder ajustar por comorbilidad ni por tipo de FA.

Objetivos: Evaluamos si la eficacia, la seguridad y el patrón de predictores de recurrencia tardía difieren entre pacientes >75 y <75 años en una cohorte latinoamericana contemporánea.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva unicéntrica, donde se evaluaron 621 pacientes con ablación índice de FA del 2022 al año 2025 y seguimiento >=12 meses (mediana 670 días); cohorte índice de seguridad n=863. Recurrencia tardía: FA/AA >30 segundos tras el día 90. Comparaciones por X^2/Fisher y Mann-Whitney; supervivencia por Kaplan-Meier, log-rank y Cox; tests de interacción predictor×edad sobre la cohorte total. Script reproducible con control cruzado independiente



Resultados: Noventa y dos pacientes (14,8%) tenían >=75 años. Los >=75 presentaron más sexo femenino (39,1% vs 22,5%), HTA, insuficiencia cardíaca, LAVi mayor y CHA2DS2VA >=3 (79,3% vs 18,0%), sin diferencia en FA no paroxística (40,2% vs 35,7%; p=0,41). La recurrencia tardía a 12 meses fue 8,7% en >=75 vs 11,0% en <75 (RR 0,79; IC95% 0,39–1,61), sin diferencia por Kaplan-Meier (log-rank p=0,45) (ver imagen 1). La seguridad fue elevada y sin gradiente etario: complicación mayor 0,8% vs 1,4% (RR 0,60; p=1,00) y mortalidad <=30 días 0%. La recurrencia temprana <90 d (HR 4,35; IC 2,40–7,86) y el LAVi >=42 mL/m² (HR 1,49; IC 1,02–2,18) predijeron recurrencia tardía en <75; ambos se mantuvieron significativos en univariado dentro de los >=75 (HR 5,81 y 2,99; p<0,05). Ningún término de interacción predictor×edad fue significativo.

Conclusión: En esta cohorte, la ablación de FA en >75 años se asoció a eficacia y seguridad comparables a las de pacientes más jóvenes, con un patrón de predictores conservado a través de la edad. La recurrencia numéricamente menor en el anciano, opuesta a la literatura es compatible con selección del paciente añoso apto y debe interpretarse con cautela dada la potencia limitada del subgrupo (eventos por variable <10).

0742 - ATENCION DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE NEUQUEN ANTES DE LA IMPLEMENTACION DE LA RED DE INFARTO

Cardiopatía Isquémica / Educación Médica y Políticas de Salud

Juan Carlos RICOTTO[1] | Rocío Leila RAMOS[1] | Luis Fabricio PLAZA ROLDAN[1] | Manuel Rodrigo MATURANO[2] | Gabriel Estaban RICKEMBERG[2] | Horacio POMÉS IPARRAGUIRRE[3]

Hospital Provincial de Neuquén Dr. Castro Rendón[1]; COMITÉ DE EVALUACIÓN DE BIOTECNOLOGÍAS, SUBSECRETARÍA DE SALUD[2]; Sociedad Argentina de Cardiología[3]

Introducción: El servicio de cardiología del Hospital Provincial Neuquén Dr. Castro Rendón (HPN) ofrece atención de urgencia y angioplastia primaria a pacientes que cursan infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), provenientes tanto de la región Confluencia como del interior de la Provincia del Neuquén, Desde Agosto de 2021, los datos vinculados a dichas prestaciones son registrados sistemáticamente en el módulo de Registro de Infarto Agudo del Miocardio (RIAM) del Sistema Informático Integrado de Salud de Argentina (SISA). El presente trabajo presenta un análisis de los datos provenientes de dicho registro.

Objetivos: Presentar de manera preliminar el registro de pacientes ingresados por IAMCEST en el Hospital Provincial Dr. Castro Rendón de Neuquén en el período previo a la implementación de la Red de Infarto de la Provincia (RED-IAM), entre agosto de 2021 y agosto de 2025.

Materiales y Métodos: Entre el 2 de agosto de 2021 y el 12 de agosto de 2025, se registraron 165 atenciones a pacientes con IAMCEST, de los cuales 135 (81.82%), fueron de género masculino. El rango de edad de los pacientes fue de 31 a 94 años, con una mediana de 56. Un total de 122 (73.94%), provenían de la región Confluencia, y los restantes del interior provincial. Se analizan las características de los pacientes y los tiempos de reperfusión: Tiempo al primer contacto médico (PCM), Primer contacto médico -balón (PCM-B), Tiempo puerta-balón (TPB) y Tiempo Total de Isquemia (TTI).

Resultados: Se analizaron 162 pacientes con registro completo, de los cuales 74% habían sido derivados de Confluencia, 8% de Comarca, 6,8% del Sur, 5,6% de Vaca Muerta y el resto de Norte, Pehuén y Río Negro. Recibieron Angioplastia (ATC) 116/162 pacientes (71,6%). La ATC fue primaria en 78,3% de los casos, diferida 13.9%, de rescate 3,5% y en estrategia fármaco-invasiva 3,5%. Los tiempos de reperfusión fueron los siguientes: PCM (mediana en minutos) varió significativamente según la zona de procedencia del paciente: Zona Norte 77, Comarca 120, Pehuén 124, Sur 82, Confluencia 90 y Río Negro 165. TPB histórico 78,9 min y en el último semestre de 2025 disminuyó un 22% a 61,5 min. El PCMB histórico fue de 165,7 min y aumentó en el último semestre un 9,2% a 182,5 min. Finalmente, el TTI histórico fue de 445 min y aumentó un 29% en el último semestre a 628 min.

Conclusión: 1) Más del 80% de pacientes eran varones jóvenes con edad mediana de 56 años. 2) La mayoría (3/4) provenía de la zona de Confluencia y el resto del interior de la provincia. 3) Se realizó ATC en el 71,6% de pacientes y, de ellos, fue primaria en 78% de los casos. 4) Si bien el tiempo puerta balón se redujo significativamente en el último semestre, el tiempo de consulta fue muy variable de acuerdo al lugar de procedencia del paciente y el tiempo total de isquemia aumento casi un 30% en el último semestre. 5) Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de organizar e implementar una Red de Infarto de articulación público-privada, con protocolos unificados y coordinación centralizada de los procesos de gestión y traslado, con el objeto de mejorar sustancialmente los tiempos de reperfusión y lograr una utilización sistematizada de trombolíticos como parte de una estrategia fármaco-invasiva.

0745 - ¿ES CONFIABLE REALIZAR PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON PROTOCOLO DE SÓLO ESTRÉS EN PACIENTES CORONARIOS CRÓNICOS?

Cardiopatía Isquémica

Gerania Esteffy PINTO SAHONERO | Magali Yazmin GOBBO | Maria Victoria CARVELLI | Alejandro Horacio MERETTA | Osvaldo H. MASOLI

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: Las guías de las diferentes sociedades de cardiología nuclear recomiendan protocolos de adquisición de imagen de perfusión miocárdica (IPM) de solo estrés, únicamente en pacientes de bajo o bajo-intermedio riesgo cardiovascular. En esta población, una IPM normal en estrés, garantiza una tasa de eventos graves menor al 1% por año. Este protocolo, presenta grandes ventajas frente a los protocolos de dos etapas (estrés-reposo), disminuyendo los costos en salud, la exposición a la radiación y el tiempo total del estudio. Sin embargo, actualmente no existe bibliografía que recomiende el uso del protocolo de solo estrés en pacientes con antecedente de cardiopatía isquémica crónica considerados de alto riesgo cardiovascular.

Objetivos: Establecer el período de garantía para eventos graves del estudio de IPM normal con protocolos de solo estrés, en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica crónica. Evaluar la sobrevida de estos pacientes a largo plazo.

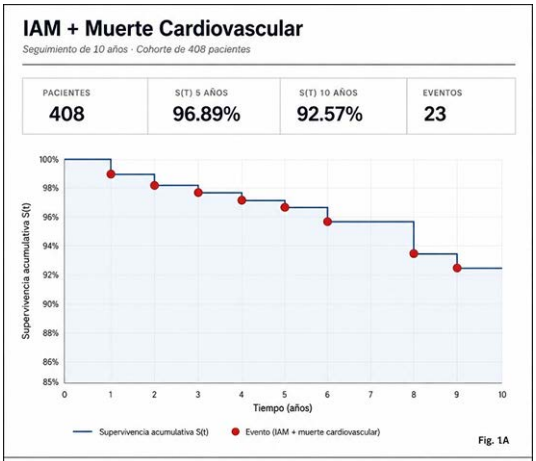
Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma retrospectiva y consecutiva, pacientes comprendidos en el periodo de junio 2016 a junio 2017, con diagnóstico de cardiopatía isquémica crónica mayor a

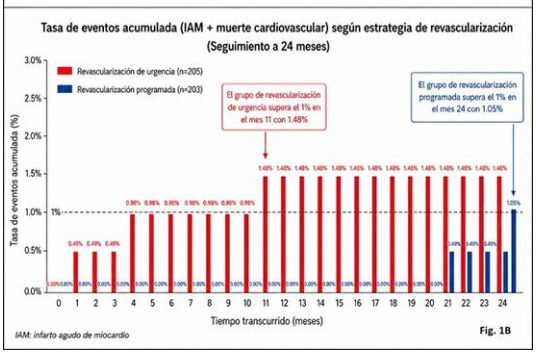
Tabla 1. Características basales de los pacientes

Variables	n= 408
Edad (años) (media ± DE)	66.7 ± 8.6
Masculino (n, %)	339 (83%)
Dislipemia (n, %)	353 (86.5%)
Hipertensión arterial (n, %)	297 (72.8%)
Tabaquismo (n, %)	200 (49%)
Obesidad (n, %)	143 (35%)
Diabetes (n, %)	93 (22.8%)
Ergometría:	
Esfuerzo (n, %)	326 (80%)
Dipiridamol (n, %)	50 (12.3%)
Dipiridamol + esfuerzo (n, %)	32 (7.8%)
FCM alcanzada (%) (media ± DE)	73 ± 14
Kgm/min (mediana, RIC)	600 (450-750)
SPECT:	
Fey (media ± DE)	69.8 ± 7.5
VFD/SC (media ± DE)	37 ± 11.1
VFS/SC (media ± DE)	11.7 ± 6.5

DE: desvío estándar, FCM: frecuencia cardiaca máxima, Kgm/min: kilográmetros por minuto, SPECT: tomografía computarizada de emisión de fotón único, VDF/SC: volumen de fin de diástole por superficie corporal, VFS/SC: volumen de fin de sístole por superficie corporal.

un año de revascularización (por urgencia o programada), a los que se les realizó IPM con CZT-SPECT con protocolo de solo estrés con resultados normales. Se realizó seguimiento a través de la historia clínica electrónica. Se consideró IPM normal a la distribución homogénea del radiotrazador (score suma estrés =0), fracción de eyección conservada (>55%) y ergometría negativa para dolor precordial, equivalentes anginosos, alteraciones del ST-T con comportamiento hemodinámico normal. Se definió como evento grave al combinado de infarto agudo de miocardio y muerte cardiovascular y como evento secundario a la revascularización miocárdica. La tasa de eventos por año se expresa en porcentajes y el análisis del seguimiento se realizó mediante la curva de sobrevida de Kaplan Meier.





Resultados: Se incluyeron 408 pacientes, las características basales se muestran en la Tabla 1. La mediana de seguimiento fue de 7 años (RIC 4 - 8). El período de garantía para eventos graves para el total de los pacientes fue de 18 meses (n=3/408; 0,74%). La tasa acumulada de eventos a largo plazo fue de 7,6%. La sobrevida acumulada fue de 96.89% a los 5 años y de 92.57 % a los 10 años para el evento grave combinado (Fig 1 A) y para el evento secundario se evidencio 86.38 % y 68.91% respectivamente. En un subanálisis se observó, una mayor tendencia de eventos graves durante el primer año en aquellos pacientes con antecedente de cardiopatía isquémica crónica con revascularización por urgencia, en comparación a los revascularizados en forma programada (n=3/205 vs n=0/203; 1.5% vs 0%) (Figura 1 B).

Conclusión: Nuestro estudio demostró que una IPM con protocolo de solo estrés normal en pacientes con cardiopatía isquémica crónica presenta un período de garantía de 18 meses, siendo similar al reportado en pacientes sin enfermedad coronaria conocida con bajo o bajo- intermedio riesgo cardiovascular. El seguimiento a largo plazo de todos los pacientes evidenció un pronóstico favorable, con una baja mortalidad.

0747 - ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE PROGRESIÓN EN LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA ASINTOMÁTICA MEDIANTE NT-PROBNP Y PARÁMETROS ECOCARDIOGRÁFICOS

Valvulopatías

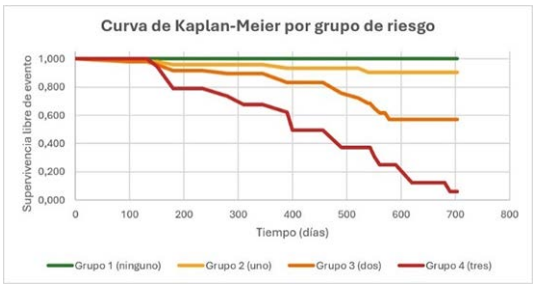
Cintia Soledad LAURENZANO | Daniel Agustín CHIRINO NAVARTA | Maria Lourdes CURI | Alejandra DIAZ CASALE

OSECAC - CENTRO AMBULATORIO JONAS SALK

Introducción: La estenosis aórtica severa asintomática presenta una evolución heterogénea. Mientras algunos pacientes permanecen estables durante años, otros progresan rápidamente hacia la necesidad de reemplazo valvular. La identificación temprana de estos pacientes mediante biomarcadores y parámetros ecocardiográficos constituye un área de creciente interés.

Grupo	Nro de factores de riesgo	N	Eventos	Tasa de eventos
Grupo 1	0	40	0	0,0%
Grupo 2	1	46	4	8,7%
Grupo 3	2	48	16	33,3%
Grupo 4	3	19	16	84,2%

Objetivos: Evaluar el valor pronóstico del NT-proBNP y de parámetros ecocardiográficos basales para predecir la progresión hacia reemplazo valvular en pacientes con estenosis aórtica severa asintomática.



Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo, se incluyeron pacientes con EAo severa y función sistólica conservada, considerados asintomáticos sin indicación inicial de reemplazo valvular (según interrogatorio, examen físico y eventualmente ergometría). Se registraron NT-proBNP (pg/mL) y parámetros ecocardiográficos (relación E/e› (REe), strain longitudinal global (SLG) y presión sistólica de arteria pulmonar (PSAP)) en la evaluación basal. El punto final

primario fue el requerimiento de reemplazo valvular aórtico. Se realizaron curvas ROC con índice de Youden para definir puntos de corte óptimos, análisis de supervivencia mediante regresión de Cox univariada y multivariada, y estratificación en cuatro grupos según el número de factores de riesgo elevados (0, 1, 2 o 3).

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes. 69 ± 8 años, 49% mujeres, con una Fey 64 ± 7 %. Durante una mediana de seguimiento de 560 días (RIC 390 -677), 36 pacientes (23,5%) requirieron reemplazo valvular.

Conclusión: En pacientes con estenosis aórtica severa asintomática, el NT-proBNP mostró la mayor capacidad para identificar progresión hacia reemplazo valvular. La combinación de NT-proBNP, REe y SLG permitió una adecuada estratificación pronóstica, identificando un subgrupo con riesgo marcadamente elevado de eventos durante el seguimiento.

0748 - ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL DERECHO Y MORTALIDAD EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Enfermedad Vascular Pulmonar

Gerardo ACCASTELLO | Federico Jesús OLGIATI | Diego NOVIELLI | German JELUSIC

Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner (HCANK)

Introducción: En tromboembolismo pulmonar (TEP) el acoplamiento ventrículo-arterial derecho refleja la interacción entre la función sistólica del ventrículo derecho y la circulación pulmonar. Puede estimarse mediante la relación entre el desplazamiento sistólico del plano anular tricuspídeo (TAPSE) y la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP). Valores >0,6 indican un adecuado acoplamiento, mientras que valores <0,35 reflejan un deterioro significativo de dicha interacción.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el índice de acoplamiento ventrículo-arterial derecho (TAPSE/PSAP) y la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con tromboembolismo pulmonar agudo. Describir las características demográficas, clínicas, ecocardiográficas y de estratificación de riesgo de los pacientes internados por tromboembolismo pulmonar agudo. Determinar la frecuencia de mortalidad intrahospitalaria y las causas de fallecimiento en esta población. Describir las estrategias terapéuticas empleadas durante la internación, incluyendo anticoagulación, trombólisis sistémica y tratamientos de reperfusión.

Caracteristicas	Valor
Hipertension arterial	34 %
Diabetes Mellitus	13 %
Tabaquismo	43 %
Enf. Tromboembolica	30 %
Obesidad	21 %
Score Wells mediana	7.5
PESI simplificado media	1.3 +/- 1.2
Score REITE mediana	1 (0.25-2.25)
Índice de acoplamiento ventrículoarterial derecho bajo (menor 0.35)	34%
Tratamiento Trombolíticos	39 %

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo, de pacientes que ingresaron a UCO con diagnóstico de TEP desde 2023 hasta febrero 2026. La información se obtuvo a partir de la revisión de historias clínicas y registros institucionales. Las variables continuas serán expresadas como media y desvío estándar, o mediana y rango intercuartilo de acuerdo con las características de su distribución, mientras que las variables categóricas serán expresadas en distribución de frecuencias. Las variables categóricas se analizaron mediante el test de chi cuadrado o test de Fisher, y las variables cuantitativas mediante el test t de Student o test de U de Mann-Whitney, de acuerdo con su distribución. Se consideró con significancia estadística un error tipo I menor que el 5%, (p <0,05).

Resultados: Se analizaron 23 pacientes con diagnóstico confirmado de TEP (13 hombres y 10 mujeres), con una edad media de 57 ± 13.9 años. Las características demográficas y clínicas se detallan en la Tabla 1. Al ingreso, 16 pacientes presentaron un score de Wells de alta probabilidad (mayor/igual6). Según la estratificación de riesgo mediante el score PESI simplificado, la mayoría (n=15) evidenció un riesgo elevado de mortalidad a los 30 días. En cuanto a la evaluación ecocardiográfica inicial, 13 pacientes presentaron compromiso del ventrículo derecho (dilatación, TAPSE menor 16 mm) Respecto al acoplamiento ventriculoarterial derecho, se observó un índice normal (mayor 0.6) en 10 casos, valores entre 0.35 y 0.59 en 5 pacientes, y un índice crítico menor 0.35 en los 8 restantes. El riesgo de sangrado (score RIETE) fue mayoritariamente intermedio (n=21), registrándose solo un caso de riesgo alto (mayor/igual 4). Debido a la estratificación de riesgo inicial y a una evolución clínica desfavorable, 9 pacientes requirieron trombólisis con alteplasa (100 mg en 2 h) y 2 trombectomía mecánica. La mortalidad intrahospitalaria fue del 34,8% (8/23) de los cuales el 50% fue por complicaciones directas y gravedad del TEP. Los pacientes con un índice TAPSE/PSAP menor 0,35 presentaron una mortalidad significativamente mayor respecto de aquellos con valores mayor/igual 0,35 (75% vs. 13,3%; OR 19,5; IC95% 2,19–173,49; p=0,006).

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con tromboembolismo pulmonar agudo internados en una unidad coronaria, la mortalidad intrahospitalaria fue elevada (34,8%), siendo la mitad de los fallecimientos atribuibles directamente a complicaciones relacionadas con el evento tromboembólico. El índice de acoplamiento ventrículo-arterial derecho TAPSE/PSAP demostró una asociación significativa con la mortalidad hospitalaria, observándose un riesgo marcadamente superior en aquellos pacientes con valores <0,35 mm/mmHg.

0751 - MARCAPASOS SIN CABLES EN PACIENTES COMPLEJOS: FACTIBILIDAD TÉCNICA, SEGURIDAD Y RESULTADOS

Arritmias y Electrofisiología

Francisco Daniel GALLEGO HERAS[1] | Gonzalo Javier PEREZ TORELLO[1] | Iris Mariana SANCHEZ[1] | Josue David YAÑEZ ROMERO[2] | Damián AZOCAR[1]

Hospital General de Agudos Dr. C. Durand[1]; Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano[2]

Introducción: Los marcapasos sin cables han surgido como una alternativa a los sistemas de estimulación transvenosos convencionales, reduciendo las complicaciones asociadas a electrodos, accesos venosos y bolsillo quirúrgico. Además, constituyen una opción particularmente atractiva en pacientes con alto riesgo de complicaciones relacionadas con sistemas convencionales, como aquellos con infecciones activas o recurrentes, accesos venosos complejos o antecedentes de complicaciones asociadas a dispositivos. El desarrollo de sistemas con sincronía auriculoventricular mediante sensado mecánico auricular ha ampliado sus indicaciones y posibilidades terapéuticas en pacientes seleccionados.

Objetivos: Describir una serie inicial de casos de implante de marcapasos sin cables enfatizando aspectos técnicos, seguridad y resultados agudos del procedimiento en pacientes complejos y escenarios clínicos diversos.

Tabla 1. Características clínicas y parámetros agudos del procedimiento

Variable	Cohorte (n=9)
Edad, años — mediana (mín–máx)	71 (35–94)
Sexo masculino — n (%)	6 (66,7%)
Implante septal — n (%)	9 (100%)
Enfermedad nodo sinusal — n (%)	3 (33,3%)
Bloqueo auriculoventricular — n (%)	6 (66,7%)
Umbral agudo, V @ 0,24 ms — media	0,55
Onda R aguda, mV — media	9,2
Impedancia aguda, ohms — media ± DE	897 ± 234

Datos expresados como n (%), media ± desvío estándar o mediana (mínimo–máximo), según corresponda. V: voltios; ms: milisegundos.

Materiales y Métodos: Serie de casos observacional retrospectiva de pacientes sometidos a implante de marcapasos sin cables entre junio de 2025 y abril de 2026. Se incluyeron consecutivamente todos los pacientes implantados. En todos los procedimientos se utilizó un sistema de estimulación sin cables Micra AV (Medtronic). Todos los procedimientos se realizaron mediante punción femoral derecha ecoguiada, progresión de guía rígida hacia vena cava superior e introducción del sistema de liberación. Posteriormente se avanzó el dispositivo hacia ventrículo derecho priorizando posicionamiento septal en todos los casos. La posición final fue confirmada fluoroscópicamente y mediante angiografía con contraste. Posteriormente se realizó medición seriada de parámetros eléctricos agudos y |a confirmación de estabilidad mecánica mediante maniobra de tracción (pull and hold) previo a la liberación definitiva. El cierre vascular fue realizado con punto en 8. En casos seleccionados se utilizaron herramientas complementarias de soporte técnico según criterio operatorio. Se analizaron características clínicas, indicación de estimulación, parámetros eléctricos agudos, éxito del procedimiento y complicaciones perioperatorias.

Resultados: Se incluyeron 9 pacientes con mediana de edad de 71 años (rango 35–94); el 66,7% fueron hombres. Las indicaciones de estimulación correspondieron a bloqueo auriculoventricular en 6 pacientes (66,7%) y enfermedad del nodo sinusal en 3 (33,3%). La indicación de una estrategia de estimulación sin cables estuvo motivada por la presencia de escenarios clínicos y anatómicos asociados a un riesgo elevado de complicaciones con sistemas transvenosos convencionales, incluyendo infección sistémica activa, infecciones recurrentes, infección de bolsillo, accesos venosos complejos y múltiples comorbilidades. En la totalidad de los procedimientos se logró posicionamiento septal exitoso (9/9; 100%), sin registrarse complicaciones perioperatorias. Los parámetros eléctricos agudos mostraron valores favorables, con un umbral promedio de 0,55 V a 0,24 ms (mediana 0,38 V; rango 0,25–1,25), amplitud promedio de onda R de 9,2 mV (mediana 8,5 mV; rango 4,7–20) e impedancia promedio de 897 ohms (mediana 910 ohms; rango 540–1250).

Conclusión: En esta serie inicial, el implante de marcapasos sin cables mostró adecuada factibilidad técnica. A pesar de tratarse de una población seleccionada por presentar condiciones clínicas y anatómicas que incrementan el riesgo de complicaciones con sistemas transvenosos convencionales, no se observaron complicaciones perioperatorias. Esto respalda la utilización de marcapasos sin cables como alternativa particularmente atractiva en este tipo de escenarios clínicos complejos.

0752 - EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LAS ETIOLOGÍAS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE CARDÍACO: ANÁLISIS DE TRES DÉCADAS EN UN ÚNICO CENTRO

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Investigación Básica

María Florencia HERMAN CAVARRA | Estefanía Anabel FLEMING | María Florencia GANDÍA | Felipe BOUZAT | Liliana Ethel FAVALORO | Roberto Rene FAVALORO | Elián Facundo GIORDANINO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: El trasplante cardíaco es el tratamiento definitivo de diferentes miocardiopatías (MCP) en estado avanzado. A lo largo de los últimos años se han producido avances en las técnicas diagnósticas y terapéuticas para diferentes etiologías de la insuficiencia cardíaca, lo que ha modificado la distribución de estas en la actualidad. Sin embargo, en nuestro medio los datos son limitados acerca de la evolución de las etiologías en pacientes trasplantados cardiacos (TxC) en diferentes periodos de tiempo.

Objetivos: Caracterizar una población de pacientes TxC e identificar variaciones significativas en las etiologías en diferentes décadas

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo, unicéntrico, de pacientes TxC entre 1993 y 2023. Se excluyeron TxC combinados, pediátricos y retrasplantes y se dividió la población en tres décadas (D1: 1993-2002, D2: 2003-2012, D3: 2013-2022). Las etiologías se categorizaron en 9 grupos principales. Para analizar cambios en la distribución global de las etiologías se utilizó la prueba de X2 de independencia. Las diferencias específicas se determinaron mediante análisis de residuos tipificados corregidos cuando correspondiera. Se consideró significativo un valor de p< 0.05.

Resultados: Se analizaron 526 pacientes TxC distribuidos en tres periodos históricos. Con el pasar de las décadas, hubo una disminución en la proporción de receptores masculinos, con aumento de los tiempos de isquemia fría y TxC en Emergencia (Tabla 1) La distribución etiológica global mostró cambios significativos a lo largo del tiempo (p< 0.001). La miocardiopatía isquémica fue la causa predominante en D1 (n= 111, 69.4%), evidenciando un descenso marcado y sostenido en D2 y D3 (n= 61, 31.6% y n= 55, 31.8%); (p< 0.05). En contraste, la miocardiopatía chagásica presentó un incremento significativo durante D2 (n =21, 10.9%; p< 0.05). El grupo de etiologías misceláneas mostró un aumento notable hacia el último periodo, alcanzando el 14.5% (n = 25; p< 0.05), mientras que la etiología idiopática permaneció estable como la segunda causa más frecuente en las últimas dos décadas (Figura 1).

Tabla 1

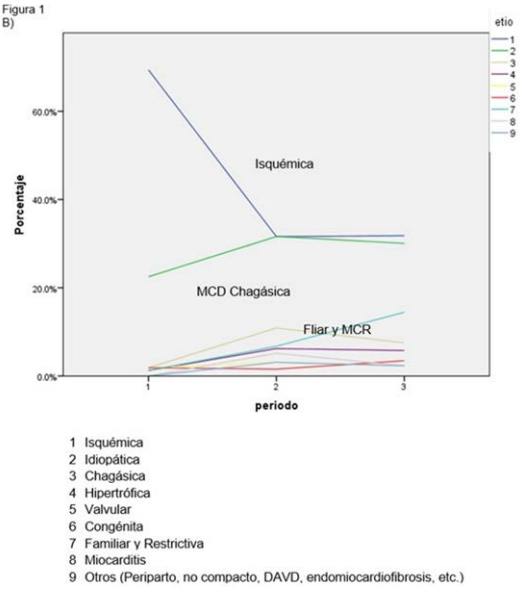
	D1 = 1993-2002 (N=160)	D2 = 2003-2012 (N=193)	D3 = 2013-2022 (N=173)	p
Edad, años,mediana (RIC)	52 (42-59)	54 (43-59)	51 (40-60)	0.58
Sexo masculino, n (%)	128 (80)	149 (77,2)	116 (67,1)	**0.015**
DM, n (%)	19 (11,9)	23 (11,9)	19 (11)	0.95
TBQ, n (%)	58 (36,3)	101 (52,3)	78 (45,1)	**0.01**
Emergencia, n (%)	21 (13,1)	43 (22,3)	75 (43,4)	**< 0.001**
Donante>40a, n (%)	22 (13,8)	25 (13)	26 (15)	0.84
TIF>4hs, n (%)	30 (18,8)	71 (36,8)	68 (39,3)	**< 0.001**

DM=Diabetes, TBQ=Tabaquismo, TIF=Tiempo de isquemia fría.

Figura 1
A)

Etiología	Década 1 (N=160)	Década 2 (N=193)	Década 3 (N=173)
Isquémica, n (%)	111 (69.4%)	61 (31.6%)	55 (31.8%)
Idiopática, n (%)	36 (22.5%)	61 (31.6%)	52 (30.1%)
Chagásica, n (%)	3 (1.9%)	21 (10.9%)	13 (7.5%)
Hipertrófica, n (%)	2 (1.3%)	12 (6.2%)	10 (5.8%)
Valvular, n (%)	3 (1.9%)	6 (3.1%)	4 (2.3%)
Congénita, n (%)	3 (1.9%)	3 (1.6%)	6 (3.5%)
Familiar y Restrictiva, n (%)	0 (0.0%)	10 (5.2%)	4 (2.3%)
Miocarditis, n (%)	0 (0.0%)	6 (3.1%)	4 (2.3%)
Otros, n (%)	2 (1.3%)	13 (6.7%)	25 (14.5%)

Figura 1
B)



1 Isquémica
2 Idiopática
3 Chagásica
4 Hipertrófica
5 Valvular
6 Congénita
7 Familiar y Restrictiva
8 Miocarditis
9 Otros (Periparto, no compacto, DAVD, endomiocardiofibrosis, etc.)

Conclusión: El perfil de los pacientes sometidos a TxC ha mostrado una transición epidemiológica y clínica significativa en las últimas tres décadas, que podría deberse a los avances en el tratamiento de la miocardiopatia isquémica, así como mayor conciencia y detección de entidades previamente poco referidas para TxC como la Miocardiopatia Chagásica, Familiares, restrictivas (MCR) y otras como miocardio no compacto, displasia arritmogénica del ventrículo derecho (DAVD) o periparto. Estos cambios se acompañaron de un escenario quirúrgico y clínico de mayor complejidad, evidenciado por el aumento de los trasplantes en situación de emergencia y mayores tiempos de isquemia.

0753 - HACIA UNA CARDIOLOGÍA DE PRECISIÓN: ANGIOTOMOGRAFÍA CORONARIA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN MUJERES

Corazón y Mujer / Cardiopatía Isquémica

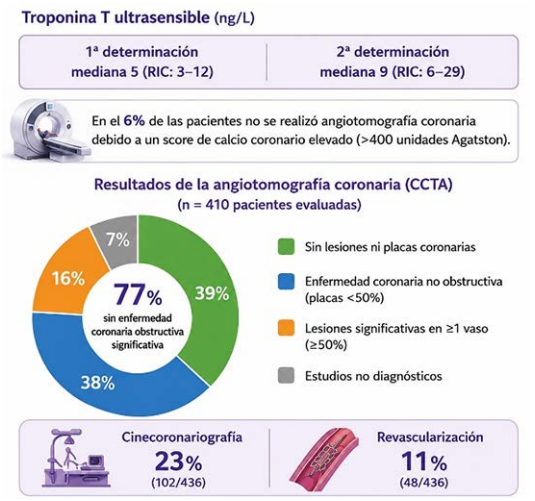
Ian Neil CHAPMAN | Olivia CAPALBO | Paola KUSCHNIR | Agustina SCIANCALEPORE | Mariana CORNELI | Marcos VIRUEL | Marcelo TRIVI | Juan Pablo COSTABEL

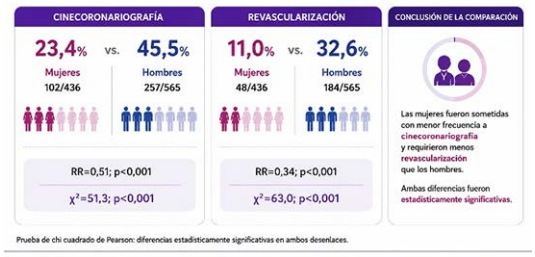
ICBA

Introducción: En mujeres que presentan un síndrome coronario agudo (SCA) sin criterios de alto riesgo, la fisiopatología subyacente suele diferir de la observada en hombres. Las pacientes de sexo femenino presentan con menor frecuencia enfermedad coronaria obstructiva y más habitualmente otros mecanismos de lesión miocárdica, como disección coronaria espontánea, miocardiopatía por estrés (síndrome de Takotsubo) y disfunción microvascular coronaria. En este contexto, la angiotomografía coronaria (CCTA) constituye una herramienta diagnóstica no invasiva de gran utilidad debido a su elevada sensibilidad y alto valor predictivo negativo para descartar enfermedad coronaria obstructiva.

Objetivos: Analizar el papel de la angiotomografía coronaria en mujeres con síndrome coronario agudo de bajo e intermedio riesgo.

Materiales y Métodos: Se evaluaron 436 pacientes mujeres mediante un protocolo asistencial que incorpora el uso de angiotomografía coronaria en el contexto de SCA, dentro de una cohorte total de 1.001 pacientes. Se incluyeron mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST que no presentaban criterios de alto riesgo (inestabilidad hemodinámica, cambios dinámicos del segmento ST o de la onda T, arritmias ventriculares, puntaje GRACE >140, angina refractaria, insuficiencia cardíaca o paro cardiorrespiratorio) y que consultaron al servicio de emergencias. La recolección de datos se realizó entre mayo de 2022 y febrero de 2026.





Resultados: Se incluyeron 436 pacientes, con una edad media de 58 años. Al ingreso, el 21% presentó infarto agudo (IAM) de miocardio sin elevación del ST y el 79% angina inestable, de acuerdo con la cuarta definición universal de infarto agudo de miocardio. La mediana de troponina T ultrasensible fue de 5 ng/L (rango intercuartílico [RIC]: 3–12) en la primera determinación y de 9 ng/L (RIC: 6–29) en la segunda. En el 6% de las pacientes no se realizó angiotomografía coronaria debido a un score de calcio coronario elevado (>400 unidades Agatston). Del total evaluado, el 39% no presentó lesiones ni placas coronarias, mientras que en el 38% se evidenció enfermedad coronaria no obstructiva (placas <50%). El resto presentó lesiones significativas en al menos un vaso (16%) o estudios no diagnósticos (7%). El 23% de las pacientes fue sometido a cinecoronariografía y el 11% requirió revascularización. En comparación con los hombres, las mujeres fueron sometidas con menor frecuencia a cinecoronariografía (23,4% [102/436] vs. 45,5% [257/565]; RR=0,51; p<0,001) y requirieron menos procedimientos de revascularización (11,0% [48/436] vs. 32,6% [184/565]; RR=0,34; p<0,001). La prueba de chi cuadrado de Pearson confirmó que ambas diferencias fueron estadísticamente significativas (x^2=51,3 y x^2=63,0, respectivamente; p<0,001 en ambos casos).

Conclusión: En esta cohorte, el 77% de las mujeres con SCA sin elevación del segmento ST no presentó lesiones coronarias obstructivas significativas en la angiotomografía coronaria. En pacientes de riesgo bajo e intermedio, una estrategia guiada por angiotomografía coronaria se asoció con una marcada reducción en la necesidad de cinecoronariografía y revascularización en comparación con los hombres. Este enfoque podría favorecer una estrategia diagnóstica más personalizada, de precisión y mínimamente invasiva, optimizando el rendimiento diagnóstico y reduciendo los riesgos procedimentales y las complicaciones vasculares.

0758 - ¿PODEMOS PREDECIR EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA?

Valvulopatías / Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Marina SIBOLDI | Camila ALTMARK | María Victoria GONZÁLEZ FERREÑO | Adrián José LESCANO | Octavio MENTA | Claudia Mariana CORTÉS

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: A pesar de los avances en la terapia antimicrobiana, más de la mitad de los pacientes con endocarditis infecciosa (EI) requieren tratamiento quirúrgico (TQ) en la fase aguda. Dado que la indicación quirúrgica oportuna previene el fallo hemodinámico irreversible y la extensión perivalvular de la infección, identificar tempranamente los factores clínicos asociados a esta necesidad mediante modelos predictivos es crucial para optimizar la toma de decisiones del Endocarditis Team.

Variable Analizada	Cohorte Global	No Quirúrgico (n=265)	Quirúrgico (n=337)	Valor de p	Análisis Multivariado
Edad (años), Media ± DE	59.16 ± 16.89	62.92 ± 16.91	56.19 ± 16.30	< 0.001	OR = 0.97 (IC 95%: 0.96-0.98)
Sexo Masculino, % (n)	73.75% (444)	69.43% (184)	77.15% (260)	0.033	OR = 1.57 (IC 95%: 1.04-2.37)
Insuficiencia Cardíaca, % (n)	40.17% (241)	26.14% (69)	51.19% (172)	< 0.001	OR = 3.30 (IC 95%: 2.21-4.92)
Absceso de Anillo, % (n)	14.55% (87)	4.56% (12)	22.39% (75)	< 0.001	OR = 7.81 (IC 95%: 3.87-15.76)
Válvula Protésica, % (n)	41.68% (248)	50.57% (132)	34.83% (116)	0.001	OR = 0.53 (IC 95%: 0.36-0.77)
IRA Previa, % (n)	19.30% (115)	23.28% (61)	16.17% (54)	0.002	OR = 0.46 (IC 95%: 0.28-0.75)

Objetivos: Evaluar las características de los pacientes con EI sometidos a cirugía cardiovascular y determinar las variables asociadas a la necesidad de tratamiento quirúrgico en fase aguda.

Materiales y Métodos: A partir de la base de datos institucional de un centro de alta complejidad, se analizaron los pacientes con diagnóstico definitivo de EI, considerando sus características demográficas, clínicas y hemodinámicas, así como los hallazgos por imágenes y las complicaciones observadas durante la evolución. La indicación quirúrgica principal fue tabulada de forma sistemática. Las variables numéricas fueron descriptas como media y desvío estándar, ó mediana y rango intercuartilo, de acuerdo a si presentaban distribución normal o no respectivamente. Las variables categóricas se expresaron como porcentaje y total. El análisis estadístico fue realizado con el software Stata utilizando test de T chi2, Wilconxon o U-Mann Whitney según correspondiera. Para la construcción del modelo predictivo de tratamiento quirúrgico, se aplicó un modelo de regresión logística multivariada seleccionando variables clínicas, ecocardiográficas y complicaciones evolutivas con significancia estadística ($p < 0.05$) en el análisis univariado, seleccionando el mejor modelo y cumpliendo con los supuestos. La capacidad discriminativa fue determinada con el Área Bajo la Curva ROC (AUC-ROC).

Resultados: Se incluyeron 602 pacientes, de los cuales el 55.98% (n = 337) requirió tratamiento quirúrgico, clasificándose como cirugía de urgencia en el 63.69%. Las indicaciones quirúrgicas principales fueron: insuficiencia cardíaca en el 51.1% y hallazgo de absceso del anillo en el 22.3%. Los hombres requirieron cirugía en mayor proporción (77.15% vs. 69.43%; p = 0.033). En el análisis de regresión logística multivariada, la presencia de absceso de anillo fue el principal predictor independiente de cirugía (OR = 7,81; IC 95%: 3,87-15,76; p < 0,001), seguida de la insuficiencia cardíaca (OR = 3,30; IC 95%: 2,21-4,92; p < 0,001) y el sexo masculino (OR = 1,57; IC 95%: 1,04-2,37; p = 0,032). Por el contrario, actuaron como predictores negativos independientes el incremento de la edad (OR = 0.97; IC 95%: 0.96-0.98; p < 0.001), la afectación de válvula protésica (OR = 0.53; IC 95%: 0.36-0.77; p = 0.001) y la presencia de insuficiencia renal aguda (OR = 0.46; IC 95%: 0.28-0.75; p = 0.002) (ver Tabla 1). El Área Bajo la Curva fue de 0.75 (ver Gráfico 1).

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes con EI, observamos una elevada tasa de intervención quirúrgica (55,9%). En nuestro modelo predictivo, el sexo masculino, la presencia de insuficiencia cardíaca y el compromiso anatómico valvular se asociaron de manera independiente con una mayor probabilidad de intervención quirúrgica, mientras que la insuficiencia renal, la mayor edad y la presencia de válvulas protésicas se asociaron con una menor probabilidad de cirugía. El modelo logístico multivariado propuesto permite perfilar con alto rendimiento estadístico a aquellos pacientes con alta probabilidad de requerir una intervención quirúrgica temprana, ayudando a planificar de manera anticipada estrategias operatorias complejas.

0759 - IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO: EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Antonella Ludmila DOBLER | Natalia VILLEGAS ZAMORA | Jhon Erick FLORES SERRANO | Leslie Annaite RODAS MENDEZ | Esteban ROMEO | Adrián José LESCANO

Centro Gallego de Buenos Aires

Introducción: El implante valvular aórtico percutáneo (TAVI) constituye una estrategia terapéutica consolidada para pacientes con estenosis aórtica severa y riesgo quirúrgico elevado o contraindicación para cirugía convencional. Si

bien se trata de un procedimiento mínimamente invasivo, puede asociarse a complicaciones intraprocedimiento y postprocedimiento con impacto en la morbimortalidad y en los días de internación.

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes sometidos a TAVI en nuestra cohorte, analizar la evolución intrahospitalaria y evaluar la incidencia de complicaciones asociadas al procedimiento.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de cohorte unicéntrica. La recolección de datos se efectuó mediante revisión de historias clínicas digitales y protocolos quirúrgicos del servicio de Hemodinamia. Se analizaron variables demográficas, antecedentes cardiovasculares, enfermedad coronaria concomitante, tipo de acceso vascular, prótesis implantada, complicaciones intrahospitalarias, requerimiento de marcapasos definitivo, días de internación, tratamiento al alta y mortalidad intrahospitalaria y a 30 días.

POBLACIÓN INCLUÍDA	RESULTADO
Pacientes incluidos	133
Período analizado	Septiembre 2022 – abril 2026
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	
Edad media	80,1 ± 5,5 años
Mujeres	54,5%
Hipertensión arterial	90,2%
Diabetes mellitus	26,5%
Enfermedad coronaria concomitante	42,9%
Revascularización previa al TAVI	29,3%
CARACTERÍSTICAS DEL PROCEDIMIENTO	
Acceso femoral bilateral	90,9%
Acceso femoral + radial	8,3%
Prótesis Medtronic Evolut/CoreValve	59,8%
Prótesis Edwards Sapien	38,6%
EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA	
Mediana de internación postprocedimiento	2 días
Tasa de éxito clínico-procedimental	71,4%
COMPLICACIONES	
Trastornos de conducción post-TAVI	31,6%
Requerimiento de marcapasos definitivo	6,0%
Complicaciones hemorrágicas	9%
Hematoma en sitio de punción	6,8%
Pseudoaneurisma	2,3%
Infecciones	3,8%
RIESGO QUIRÚRGICO Y MORTALIDAD	
ArgenSCORE promedio esperado	5,9%
Mortalidad intrahospitalaria observada	4,5%
Relación observado/esperado intrahospitalaria	0,77
Mortalidad global a 30 días	5,3%
Relación observado/esperado a 30 días	0,89
TRATAMIENTO AL ALTA	
Doble antiagregación al alta	40,2%
Aspirina como monoterapia al alta	38,6%

Tabla 1. Características clínicas, procedimentales y evolución de la cohorte sometida a TAVI.

Resultados: Se incluyeron 133 pacientes sometidos a TAVI con internación posterior en Unidad Coronaria entre septiembre de 2022 y abril de 2026. La edad media fue de 80,1 ± 5,5 años y el 54,5% fueron mujeres. La hipertensión arterial se observó en el 90,2% de los pacientes y la diabetes mellitus en el 26,5%. Se identificó enfermedad coronaria concomitante en el 42,9% de la población y el 29,3% había requerido estrategia de revascularización antes del TAVI. El acceso utilizado fue predominantemente femoral, con punción femoral bilateral en el 90,9% de los casos y femoral asociada a radial en el 8,3%. Las prótesis más empleadas fueron Medtronic Evolut/CoreValve en el 59,8% y Edwards Sapien en el 38,6%. La mediana de internación posterior al procedimiento fue de 2 días. La tasa de éxito del implante, definida como ausencia de complicaciones clínicas registradas y considerando como trastorno de conducción relevante el requerimiento de marcapasos definitivo, fue del 71,4%. Los trastornos de conducción posteriores al procedimiento se observaron en el 31,6% de los pacientes, con requerimiento de marcapasos definitivo en el 6,0%. Se registraron complicaciones hemorrágicas en el 9%, hematomas en el sitio de punción en el 6,8%, pseudoaneurisma en el 2,3% e infecciones en el 3,8% de los casos. El ArgenSCORE promedio esperado de la cohorte fue de 5,9%. La mortalidad intrahospitalaria observada fue del 4,5%, con una relación observado/esperado de 0,77. La mortalidad global a 30 días fue del 5,3%, con una relación observado/esperado de 0,89. Al alta, los esquemas antitrombóticos más utilizados fueron doble antiagregación con aspirina y clopidogrel en el 40,2%, y aspirina como monoterapia en el 38,6%.

Conclusión: En esta experiencia institucional, el procedimiento se realizó en una población añosa, con elevada carga de comorbilidades cardiovasculares y enfermedad coronaria concomitante frecuente. La mortalidad observada fue acorde al riesgo basal estimado por ArgenSCORE, con una tasa de éxito clínico-procedimental del 71,4%, internación postprocedimiento breve y bajo requerimiento de marcapasos definitivo. Las complicaciones observadas permiten identificar áreas de optimización en la selección, el manejo y el seguimiento de estos pacientes.

0761 - ¿PODEMOS PREDECIR EL RIESGO EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA? NUESTRA EXPERIENCIA

Valvulopatías / Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Camila ALTMARK | Marina SIBOLDI | María Victoria GONZÁLEZ FERREÑO | Adrián José LESCANO | Federico TARET | Claudia CORTÉS

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) sigue siendo una patología con una elevada tasa de morbimortalidad a pesar de los avances terapéuticos y quirúrgicos. Identificar precozmente a los pacientes con mayor riesgo de muerte es crucial para el manejo clínico.

Objetivos: Determinar los factores demográficos, comorbilidades y complicaciones intrahospitalarias que predicen de manera independiente la mortalidad hospitalaria en pacientes con EI.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo con diagnostico definido de EI. Se analizaron variables clínicas, de laboratorio y la presencia de complicaciones. Las variables se expresaron como porcentaje (%) o datos numéricos, medias y medianas, con desvío estándar (DS) o rango intercuartilo según la distribución. Se utilizaron test de T o chi 2 según correspondiera. Se estimó la fuerza de asociación a través de los Odds Ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

Variable Analizada	Cohorte Global (N=535)	Sobrevivientes (n=412)	Fallecidos (n=123)	Valor de p	Fuerza de Asociación
Edad (años), Media ± DE	59.2 ± 16.8	57.9 ± 16.5	61.6 ± 17.2	0.034	-
Sexo Femenino, % (n)	26.73% (143)	21.84% (90)	43.09% (53)	< 0.001	OR = 2.71 (IC 95%: 1.77-4.15)
Diabetes, % (n)	15.70% (84)	13.59% (56)	22.76% (28)	0.015	OR = 1.87 (IC 95%: 1.13-3.11)
Insuf. Renal Crónica, % (n)	8.41% (45)	6.55% (27)	14.63% (18)	0.006	OR = 2.44 (IC 95%: 1.30-4.61)
Insuf. Cardiaca (ICC), % (n)	41.68% (223)	36.89% (152)	58.54% (72)	< 0.001	OR = 2.32 (IC 95%: 1.54-3.48)
Absceso de Anillo, % (n)	15.70% (84)	12.38% (51)	26.83% (33)	0.001	OR = 2.61 (IC 95%: 1.59-4.28)
Insuf. Renal Aguda (IRA), % (n)	19.25% (103)	13.83% (57)	37.40% (46)	< 0.001	OR = 3.74 (IC 95%: 2.36-5.93)
Sepsis, % (n)	12.52% (67)	5.83% (24)	34.96% (43)	< 0.001	OR = 8.73 (IC 95%: 5.01-15.21)

Resultados: Se incluyeron 606 pacientes con edad media de 59.2 ± 16.8 años, con mayor prevalencia masculina (73.88%) y una tasa de mortalidad intrahospitalaria del 22.99% (123). Los pacientes fallecidos presentaron una edad mayor (61.6 vs. 57.9 años; p = 0.034), y sexo femenino (OR = 2.71; IC 95%: 1.77 – 4.15; p < 0.001). Entre las comorbilidades previas, la diabetes (OR = 1.87; IC 95%: 1.13 – 3.11; p = 0.015), y la insuficiencia renal crónica (IRC) presentaron asociación con la mortalidad (OR = 2.44; IC 95%: 1.30 – 4.61; p = 0.005). En cuanto a las complicaciones desarrolladas la insuficiencia cardíaca congestiva (OR = 2.32; IC 95%: 1.54 – 3.48; p < 0.001), el absceso de anillo (OR = 2.61; IC 95%: 1.59 – 4.28; p = 0.001), el deterioro de la función renal aguda (OR = 3.74; IC 95%: 2.36 – 5.93; p < 0.001) y la sepsis (OR = 8.73; IC 95%: 5.01 – 15.21; p < 0.001). Se realizó tratamiento quirúrgico en el 55.78% de los casos y la mortalidad en este grupo fue de 15%.

Conclusión: En nuestra cohorte de EI, observamos una elevada mortalidad intrahospitalaria y diversas variables pueden influir en el riesgo, como demográficas (como edad o sexo); clínicas, (enfermedad renal crónica, insuficiencia renal aguda, sepsis o anemia) e imagenológicas (absceso del anillo). Esta información nos obliga a un diagnóstico más precoz y optimizar el tiempo de la intervención quirúrgica.

0769 - CARACTERÍSTICAS DEL PERFIL MICROBIOLÓGICO EN LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA. ¿TODO ES IGUAL?

Valvulopatías / Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

María Victoria GONZÁLEZ FERREÑO | Camila ALTMARK | Marina SIBOLDI | Adrián José LESCANO | Federico TARET | Claudia CORTÉS

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La identificación del agente etiológico en la endocarditis infecciosa (EI) es un pilar fundamental para guiar la terapia antibiótica dirigida. Sin embargo, la endocarditis con cultivos negativos (EICN) representa un desafío diagnóstico y terapéutico persistente en la práctica clínica.

Objetivos: Describir el perfil microbiológico global de una cohorte de pacientes con EI y analizar las implicancias clínicas y los eventos evolutivos.

Características de la Cohorte	Frecuencia Absoluta (n)	Porcentaje Relativo (%)
Perfil Microbiológico Global (N=600)	—	—
Streptococcus viridans y otros estreptococos	190	31.67%
Staphylococcus aureus	117	19.50%
Enterococos	74	12.33%
Estafilococos coagulasa negativos	67	11.17%
Otras etiologías / Bacilos / Hongos	60	10.00%
Cultivos Negativos (EICN)	92	15.33%
Análisis de Eventos según Cultivo	Cultivo Positivo	Cultivo Negativo
Prevalencia en Válvula Protésica	15.72%	18.55%
Requerimiento de Tratamiento Quirúrgico	55.43%	58.70%
Mortalidad Intrahospitalaria	22.62%	25.61%

Materiales y Métodos: Se analizaron los datos microbiológicos categorizados de pacientes con diagnóstico definitivo de EI, extraídos de la base de datos institucional. Se evaluó la distribución de los patógenos y se compararon las características de los pacientes con cultivos negativos frente a aquellos con aislamiento positivo. Las variables se expresaron como porcentaje o en caso de los datos numéricos, medias y medianas, con desvío estándar (DS) y rango intercuartilo (RIC) según la distribución. Se utilizaron test de T o test de chi cuadrado según correspondiera.

Resultados: Se incluyeron 600 pacientes con EI, el germen más frecuentemente aislado fue el Streptococcus viridans y otros estreptococos con el 31.67% (n = 190), seguido por el Staphylococcus aureus con el 19.50% (n = 117) y los enterococos con el 12.33% (n = 74). Los estafilococos coagulasa negativos representaron el 11.17% (n = 67). Por otra parte, la tasa global de cultivos negativos fue del 15.33% (n = 92). Los cultivos negativos fueron significativamente más prevalentes en pacientes con válvula protésica en comparación con válvula nativa (18.55% vs. 12.79%; p = 0.004). En el análisis de eventos intrahospitalarios, el subgrupo de pacientes con cultivos negativos presentó una tasa de mortalidad del 25.61%

(n = 21), mostrando una tendencia clínica superior a la general (22.62%) sin alcanzar significancia estadística. Se observó una tendencia similar en el requerimiento de tratamiento quirúrgico, de acuerdo a la presencia o ausencia de rescate en cultivos (ver Tabla 1).

Conclusión: En nuestra cohorte de EI, observamos que los estreptococos y los estafilococos son los patógenos predominantes y la tasa de endocarditis con cultivos negativos constituye un desafío clínico prevalente. La EICN se asocia a una alta complejidad quirúrgica y a una elevada mortalidad hospitalaria, lo que subraya la necesidad de optimizar las técnicas de diagnóstico molecular y mantener un alto índice de sospecha clínica.

0777 - CUANDO LOS SCORES FALLAN: LIMITACIONES DE MODELOS KHORANA Y ONCOTEV EN LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE DESARROLLAN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Cardioncología

Julio Cesar BORQUEZ[1] | Ignacio Manuel CIGALINI[1] | Maria Candela VIVAS[2]

HOSPITAL PRIVADO DE ROSARIO[1]; HOSPITAL PRIVADO DE ROSARIO[2]

Introducción: La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) constituye una de las principales causas de morbimortalidad en pacientes con cáncer. Diversos score de estratificación, como Khorana y OncoTEV, fueron desarrollados para identificar pacientes ambulatorios con mayor riesgo.

Objetivos: Evaluar los scores Khorana y OncoTEV en pacientes que desarrollaron tromboembolismo pulmonar (TEP), caracterizando variables clínicas, oncológicas y factores protrombóticos presentes en aquellos clasificados como de bajo riesgo, con el fin de identificar potenciales factores trombogénicos no contemplados por dichos modelos predictivos.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se analizaron 334 con TEP atendidos en nuestro centro entre diciembre de 2016 a junio de 2023, 143 pacientes eran oncológicos. Se calcularon los scores Khorana y OncoTEV retrospectivamente utilizando los datos clínicos disponibles al momento del evento. Se evaluaron las diferentes variables en las categorías de bajo riesgo (continuas «media-desvío estándar», categóricas «absoluta y porcentaje».

Resultados: De los 143 pacientes, el 53% mujeres n76, edad promedio 65.6 años +/- 17.1. Según el tipo de tumor primario en Khorana, se evidencio: Muy alto riesgo (gástrico 1% n2 y páncreas 8% n11), alto riesgo (pulmón 22% n31, linfoma 4% n6, ginecológico 8% n11, vejiga 1% n2) y otros (60% n80 en su gran mayoría cáncer de mama, colorrectal, renal, próstata y mieloma múltiple). El Score de Khorana en nuestra población fue: 15% n22 riesgo alto, 60% n86 intermedio y 25% n35 riesgo bajo. Score OncoTEV: 17% n25 riesgo alto, 39% n56 intermedio y 43% n62 riesgo bajo. Subanálisis de los grupos de bajo riesgo: Score de Khorana: 69% (n24) tenían cáncer activo y 31% (n11) en remisión. El 51% (n18) recibieron quimioterapia (QMT) y 29% (n10) cirugía. El 29% (n10) metástasis, sin compromiso vascular o linfático y 17% (n6) tenían antecedentes de ETV. El 26% (n9) hospitalización reciente, 46% (n16) reposo transitorio, 3% (n1) viaje prolongado, 3% (n1) síndrome procoagulante. El 34% (n12) cursaban infección. Un 51% (n18) tenían trombosis venosa (TVP) concomitante. Score de OncoTEV: 74% (n46) cáncer activo y 26% (n16) en remisión. 48% (n30) QMT y 35% (n22) cirugía. Sin enfermedad metastásica, compromiso vascular/linfático o antecedentes de ETV. 35% (n22) presentaron hospitalización reciente, 56% (n35) reposo transitorio, 3% (n2) viaje prolongado, 5%(n3) síndrome procoagulante, 5% (n3) terapia hormonal de reemplazo y 2% (n1) enfermedad autoinmune. 48% (n30) infección activa. 39% (n24) TVP concomitante. QMT más utilizados fueron: carboplatino y oxaplatino, pemetrexed, antimetabolitos, gemcitabina, capecitabina, bevacizumab, lenalidomida y doxorrubicina.

Conclusión: Tuvimos un alto porcentaje de pacientes categorizados como bajo riesgo. Tumores de mama, colorrectal, renal, próstata y mieloma múltiple podrían tener una mayor prevalencia poblacional. Algunas QMT, hospitalizaciones recientes, reposo prolongado, infecciones y la TVP concomitante están excluidos de los scores, podrían estar relacionadas a mayor prevalencia, lo que sugiere que los scores actuales presentan limitaciones en la identificación de determinados perfiles con mayor riesgo.

0782 - ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES ELEVADOS DE LIPOPROTEÍNA(A) Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES SOMETIDOS A REPARACIÓN ENDOVASCULAR DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (EVAR)

Medicina Vascular

Sebastian Oscar GHIBAUDO | José Maximiliano VILLAGRA | Mariano Andrés CASTELLI | Melina LIMA | Fernando BELCASTRO | Franco Javier NAZAR

ICBA

Introducción: La lipoproteína(a) [Lp(a)] es un factor de riesgo cardiovascular determinado principalmente por la genética y asociado a enfermedad aterosclerótica, estenosis valvular aórtica y eventos cardiovasculares mayores. Sin embargo, su papel en pacientes con aneurisma de aorta abdominal (AAA) permanece poco definido.

Objetivos: Evaluar la asociación entre niveles elevados de Lp(a) (>120 mg/dL), las características clínicas basales de pacientes como así también el diámetro máximo del aneurisma en sometidos a reparación endovascular de aneurisma de aorta abdominal (EVAR).

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes consecutivos sometidos a EVAR. Se incluyeron 119 pacientes con determinación de Lp(a). Los pacientes fueron divididos en dos grupos: • Riesgo alto: Lp(a) >120 mg/dL. • Riesgo no alto: Lp(a) <120 mg/dL. Se registraron variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar y fueron comparadas mediante prueba t de Student o U de Mann-Whitney según correspondiera. Las variables categóricas se expresaron como frecuencia y porcentaje y fueron comparadas mediante test exacto de Fisher. Se consideró significativo un valor de p <0,05.

Tabla 1. Características basales según riesgo

Variable	Riesgo menor (n=103)	Riesgo alto (n=17)
Edad. años	75,9 ± 7,6	74,2 ± 7,7
Sexo femenino	14 (13,6%)	3 (17,6%)
HTA	87 (84,5%)	12 (70,6%)
Dislipemia	79 (76,7%)	11 (64,7%)
Tabaquismo	77 (74,8%)	12 (70,6%)
CAD	32 (31,1%)	8 (47,1%)
CABG previo	8 (7,8%)	3 (17,6%)
IRC	7 (6,8%)	1 (5,9%)
Diabetes mellitus	18 (17,5%)	1 (5,9%)
ACO	13 (12,6%)	4 (23,5%)
EPOC	10 (9,7%)	1 (5,9%)
CRP elevada	4 (3,9%)	1 (5,9%)

Resultados: Se analizaron 119 pacientes con una edad media de 75,7 ± 7,6 años. Las características basales de la cohorte fueron: • Sexo femenino: 17 pacientes (14,3%) • Hipertensión arterial: 98 pacientes (82,4%) • Dislipemia: 89 pacientes (74,8%) • Tabaquismo: 88 pacientes (73,9%) • Enfermedad coronaria: 40 pacientes (33,6%) • Cirugía de revascularización coronaria previa: 11 pacientes (9,2%) • Insuficiencia renal crónica: 8 pacientes (6,7%) • Diabetes mellitus: 19 pacientes (16,0%) • Anticoagulación oral: 17 pacientes (14,3%) • EPOC: 11 pacientes (9,2%) Diecisiete pacientes (14,2%) presentaron niveles de Lp(a) >120 mg/dL. No se observaron diferencias significativas entre los grupos para ninguna de las variables analizadas. Asimismo, el diámetro máximo del aneurisma fue similar entre los pacientes con Lp(a) >120 mg/dL y aquellos con valores < 120 mg/dL. Diámetro máximo AAA: • t de Student: p = 0,695 • U de Mann-Whitney: p = 0,717 Discusión: En esta cohorte de pacientes sometidos a EVAR, los niveles elevados de Lp(a) no se asociaron con una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular tradicionales ni con un mayor diámetro aneurismático. Aunque se observaron tendencias hacia una mayor frecuencia de enfermedad coronaria, cirugía de revascularización coronaria previa y uso de anticoagulación oral en el grupo con Lp(a) elevada, estas diferencias no alcanzaron significación estadística. La ausencia de asociación podría estar influenciada por el limitado número de pacientes con niveles elevados de Lp(a), lo que reduce la potencia estadística para detectar diferencias moderadas.

Conclusión: 1. El 14,2% de los pacientes sometidos a EVAR presentaron niveles de Lp(a) >120 mg/dL. 2. Los niveles elevados de Lp(a) no se asociaron significativamente con edad, sexo, hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo, diabetes, enfermedad coronaria, insuficiencia renal crónica, EPOC o uso de anticoagulación oral. 3. No se observaron diferencias en el diámetro máximo del aneurisma entre pacientes con Lp(a) elevada y aquellos con niveles menores. 4. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para determinar el impacto de la Lp(a) sobre la evolución clínica y los resultados a largo plazo en pacientes con aneurisma de aorta abdominal.

0783 - EVALUACIÓN DE LA CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR ENTRE INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y CARDIOLOGÍA CLÍNICA EN LA LECTURA DEL ELECTROCARDIOGRAMA

Medicina Digital E Inteligencia Artificial / Arritmias y Electrofisiología

Estefanía Elizabeth LÓPEZ CASTILLO | Silvana OSORIO | Paola MOYON | Melissa GARECA | Alex Leonel PINDUISACA TUQUINGA | Maria Alejandra URBANO GUERRA | Jorge Luis LOOR BRUQUE | Camilo Ariel PULMARI

CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD CARDIOVASCULAR PTE. JUAN DOMINGO PERÓN

Introducción: El análisis del electrocardiograma mediante inteligencia artificial (IA) representa un cambio de paradigma en la cardiología moderna. Los métodos tradicionales de lectura están limitados por la variabilidad humana y la incapacidad de detectar anomalías intermitentes fuera del registro. En contraste, el aprendizaje profundo, mediante redes neuronales convolucionales, permite procesar señales en bruto y extraer patrones complejos imperceptibles para el ojo humano.

Objetivos: -Evaluar la concordancia diagnóstica e interobservador entre un algoritmo de IA disponible de manera gratuita y el criterio de médicos residentes avanzados de cardiología en la lectura de parámetros electrocardiográficos -Determinar si la concordancia entre los dos métodos es lo suficientemente confiable para usar la lectura de electrocardiograma con plataforma de IA gratuita como método de primer abordaje en las consultas médicas

Análisis de concordancia y asociación entre el criterio médico y la Inteligencia Artificial en parámetros electrocardiográficos.

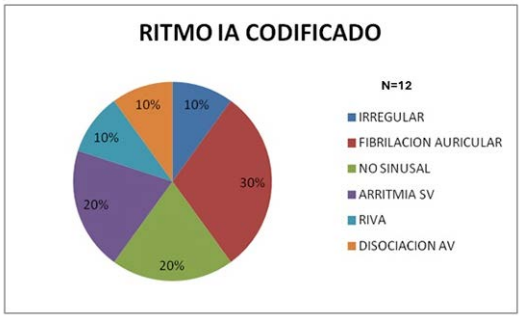
Parámetro Evaluado	Clasificación Médico (Acorde para la edad)	Clasificación IA (Acorde para la edad)	Chi-cuadrado (X2)	p-valor	Índice Kappa (κ)	Significación aproximada	Grado de Acuerdo
Frecuencia Cardiaca	87% (n=1607607)	93% (n=1703)	14.47	<0.001	0,089	<0,001	Leve
Eje Eléctrico	58% (n=1068)	85% (n=1564)	0,026	0,872	0,003	0,872	Leve
Onda P	98% (n=1803)	99% (n=1820)	0,104	0,747	-0,07	0,747	Pobre
Segmento PR	96% (n=1758)	98% (n=1799)	0,746	0,388	-0,020	0,388	Pobre
Complejo QRS	79% (n=1454)	97% (n=1779)	0,787	0,375	-0,013	0,375	Pobre
Intervalo QTc	34% (n=623)	88% (n=1617)	0,105	0,746	0,004	0,746	Leve

Tabla cruzada para evaluación de interpretación de Ritmo por médico e Inteligencia Artificial

		RITMO IA		
		SINUSAL	NO SINUSAL	Total
RITMO MEDICO	SINUSAL	1819	12	1831
Total		1819	12	1831

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, de corte transversal, analítico, unicéntrico, para lo cual se utiliza como muestra 1831 electrocardiogramas tomados en edad pediátrica, entre 1 a 15 años, en el periodo comprendido entre 9 de enero al 27 de febrero del 2026. Los rangos de normalidad y puntos de corte fisiológicos para la frecuencia cardíaca y los intervalos electrocardiográficos (P, PR, QRS, QTc) se definieron según los criterios internacionales de Park modificados y estandarizados para la práctica clínica por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria Para el análisis estadístico las variables cualitativas se expresaron cómo porcentajes y se aplicó la prueba de CHI2 o Fisher según correspondiera. Las variables continuas como promedios o medianas se analizaron mediante test paramétricos y no paramétricos según el tipo de distribución. Para análisis de concordancia se utilizó coeficiente de Kappa de Cohen, con el cual la fuerza de concordancia se clasifica en: escaso (<0.00), leve (0.00-0.20), aceptable (0.21-0.40), moderada (0.41-0.60), sustancial (0.61-0.80) y casi perfecta (0.81-1.00). El software empleado fue SPSS31.

Arritmias detectadas por la lectura de electrocardiograma en Inteligencia Artificial



Resultados: Se evaluó un total de 1,831 registros electrocardiográficos (N = 1831), de los cuales el 49.1% (n = 899) fueron de sexo masculino, con una mediana de edad de 10 (8-12) años. Sí bien no se encontraron diferencias significativas en la mayoría de los parámetros del electrocardiograma evaluados, se observó que los niveles de concordancia en su mayoría fueron pobres; (Tabla 1) a su vez la inteligencia artificial informó falsos positivos en parámetros determinantes cómo el ritmo. (Tabla 2 y Gráfico 1)

Conclusión: En nuestro estudio observamos que, a pesar de la ausencia de diferencias significativas a nivel global, no existió una concordancia real entre la inteligencia artificial y la lectura médica de los parámetros electrocardiográficos. En este contexto, aún es necesario que la interpretación de un electrocardiograma sea validada por personal médico capacitado, con el objetivo de garantizar la seguridad diagnóstica del paciente.

0785 - "VALOR PREDICTIVO DE LOS PARÁMETROS DE DISFUNCIÓN DIASTÓLICA PREQUIRÚRGICA PARA EL DESARROLLO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA"

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Multimagen

Lucas Ramón AGUILAR | Maicol Emiliano FERREIRA | Nerina GIMENEZ | Georgina BOJORQUE | Lourdes Florencia BENITEZ | Agustina TOME SCHABEHORN

INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE CORRIENTES JUANA FRANCISCA CABRAL

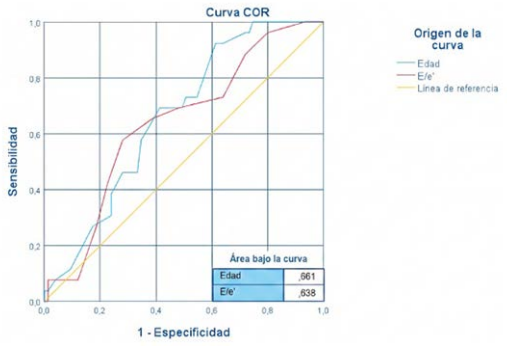
Introducción: La fibrilación auricular postoperatoria (FAPO) es la complicación más frecuente tras la cirugía de revascularización miocárdica, con una incidencia del 25-48%, y se asocia con mayor morbimortalidad, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y prolongación de la internación. La disfunción diastólica del ventrículo izquierdo ha sido identificada como un predictor independiente de FAPO, debido al aumento de las presiones de llenado y la remodelación auricular que favorecen la aparición de arritmias. La evaluación ecocardiográfica mediante parámetros como velocidad de onda A, E/A, E/e› y volumen auricular izquierdo indexado permite identificar pacientes con mayor riesgo y podría contribuir a implementar estrategias preventivas dirigidas.

Objetivos: Objetivo principal • Comparar qué parámetro de la disfunción diastólica prequirúrgica (E/e', volumen AI, relación E/A y velocidad de onda A) se asocia más fuertemente con el desarrollo de fibrilación auricular en el postoperatorio de cirugía de revascularización miocárdica. Objetivos secundarios • Evaluar que variable clínica se asocia más fuertemente con el desarrollo de FAPO de cirugía de revascularización miocárdica • Establecer puntos de corte que maximicen sensibilidad y especificidad para la predicción de FAPO.

Variable	OR	IC95%	p
Edad	1,089	1,019–1,164	0,012
E/e'	1,133	1,008–1,273	0,036
Sexo masculino	0,449	0,115–1,761	0,251
HTA	2,029	0,492–8,367	0,328

Materiales y Métodos: Diseño del estudio: Estudio observacional, analítico, retrospectivo tipo cohorte. Población y recolección de datos: todos los pacientes sometidos a cirugía cardíaca electiva en el período definido (enero 2023 – diciembre 2025). Variables principales: Relación E/e›, Volumen de la AI indexado (ml/m²), Relación E/A, Velocidad de onda A (cm/s). Variable de resultado: Aparición de FA postoperatoria dentro de los primeros 7 días o durante la internación. Criterios de inclusión: • Pacientes mayores de 18 años. • Programados para cirugía cardíaca electiva (solo bypass coronario) exitoso con y sin CEC, en seguimiento por 7 días o hasta el alta hospitalaria. Criterios de exclusión: • Historia previa de fibrilación auricular o aleteo auricular. • Valvulopatía moderada-severa que altere la evaluación diastólica.

Resultados: Se incluyeron 101 pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica electiva en centro de cardiología de alta complejidad. La edad media de la población fue de 65,1 ± 8,3 años, con predominio del sexo masculino (78,2%). La incidencia de FAPO fue del 25,7%. En el análisis comparativo, los pacientes que desarrollaron FAPO mostraron valores más elevados de la relación E/e' (13,0 ± 4,4 vs 11,3 ± 4,3; p=0,035), pero no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el IVAI, relación E/A, velocidad de onda A, FEVI entre ambos grupos. En cuanto a variables clínicas, los que desarrollaron FAPO tenían la edad significativamente mayor (68,7 ± 5,8 vs 63,9 ± 8,7 años; p=0,002). En el modelo de regresión logística multivariado tanto la relación E/e' como la edad se asociaron independientemente con el desarrollo de FAPO. Por cada incremento de una unidad en E/e', el riesgo de FAPO aumentó un 13,3% (p=0,036), mientras que por cada año de edad el riesgo aumentó un 8,9% (p=0,012). En el análisis de AUC, la edad mostró un AUC de 0,661 y la relación E/e' un AUC de 0,638 para la predicción de FAPO.



Conclusión: Dentro de las variables ecocardiográficas de disfunción diastólica, la relación E/e› prequirúrgica se asocia independientemente con el desarrollo de FAPO tras cirugía de revascularización miocárdica, y de la misma forma la edad avanzada La capacidad predictiva moderada del modelo (AUC 0,638-0,661) sugiere que la predicción de FAPO requiere integración de múltiples variables clínicas y ecocardiográficas.

0786 - COMPROMISO CARDIOVASCULAR, TRATAMIENTO MÉDICO Y ACCESO A CARDIODESFIBRILADOR EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA: REGISTRO CONAREC XXII

Enfermedad de Chagas / Educación Médica y Políticas de Salud

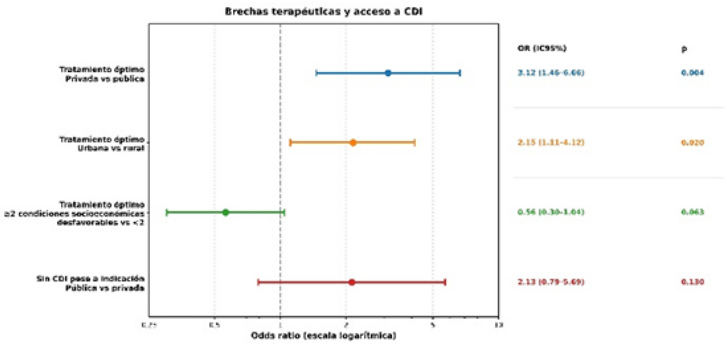
Maria Luz ARRI[1] | Lucas Nicolás CAMPANA LANCMAN[2] | Leandro Luis POZZER[3] | Andrés BANEGAS[4] | Facundo Javier BALSANO[5] | Cristhian Emmanuel SCATULARO[6] | Ezequiel José ZAIDEL[7] | Jorge THIERER[8]

SANATORIO SANTA FE[1]; Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich[2]; ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires[3]; HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU EN BARCELONA[4]; Hospital General de Agudos Dr. C. Durand[5]; Sanatorio Trinidad Palermo[6]; Universidad de Buenos Aires[7]; CEMIC[8]

Introducción: La enfermedad de Chagas-Mazza continúa siendo una causa relevante de miocardiopatía no isquémica en América Latina. Sin embargo, existe información contemporánea limitada sobre el perfil cardiovascular, el tratamiento médico y el acceso a dispositivos en pacientes hospitalizados con esta enfermedad en Argentina.

Objetivos: Describir el perfil clínico-epidemiológico, el compromiso cardiovascular, el tratamiento médico y el acceso a dispositivos en pacientes hospitalizados con serología positiva para Trypanosoma cruzi en Argentina.

Materiales y Métodos: Registro nacional, observacional, multicéntrico y transversal, que incluyó pacientes hospitalizados con serología positiva para Trypanosoma cruzi en instituciones con atención cardiológica de Argentina entre enero y diciembre de 2024. Se recolectaron variables clínicas, socioeconómicas, cardiovasculares y terapéuticas mediante una encuesta electrónica estandarizada.



Resultados: Se incluyeron 474 pacientes provenientes de 52 centros distribuidos en 17 provincias. La edad media fue de 66 ± 12,9 años y el 58,4% eran hombres. El motivo de internación más frecuente fue la insuficiencia cardíaca descompensada (31,8%), seguida por arritmias (23,8%). La disfunción sistólica severa del ventrículo izquierdo estuvo presente en el 31,2% de los pacientes. Entre aquellos con disfunción ventricular moderada o severa (n=200), solo el 27,5% recibía tratamiento médico óptimo; entre los pacientes con insuficiencia cardíaca, el 38,7% recibía SGLT2. La optimización terapéutica fue mayor en instituciones privadas que en hospitales públicos (47,4% vs 22,8%; p=0,004) y menor en pacientes residentes en zona rural respecto de zona urbana (20,4% vs 35,1%; p=0,020). Se observó además una tendencia a menor tratamiento óptimo en pacientes con ≥2 condiciones socioeconómicas desfavorables (30,6% vs 43,9%; p=0,063). El 11,6% era portador de cardiodesfibrilador implantable; entre 95 pacientes con indicación clínica registrada, 72 no tenían el dispositivo implantado. Esta brecha fue mayor en instituciones públicas que privadas, aunque sin alcanzar significación estadística (81,0% vs 66,7%; p=0,13). Visualización de OR y sus IC95% en Figura 1.

Conclusión: Los pacientes hospitalizados con enfermedad de Chagas-Mazza en Argentina presentan una elevada carga de compromiso cardiovascular, con alta frecuencia de insuficiencia cardíaca, arritmias y disfunción ventricular. Se identificaron brechas relevantes en la implementación de terapias farmacológicas recomendadas y en el acceso a cardiodesfibrilador, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad asistencial. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias orientadas a la optimización terapéutica, la estratificación de riesgo y el acceso equitativo a tratamientos cardiovasculares en esta población.

0790 - EL EJE MICROBIOTA–DOPAMINA RENAL–PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS COMO MEDIADOR CENTRAL EN EL DAÑO CARDIO-RENO-METABÓLICO INDUCIDO POR FRUCTOSA

Investigación Básica / Hipertensión Arterial

Natalia Lucía RUKAVINA MIKUSIC[1] | Nicolás Martín KOUYOUMDZIAN[2] | Paula Denise PRINCE[3] | Marisa MORIONDO[3] | Christian HÖCHT[4] | Adriana DONOSO[5] | Hyun Jin LEE[6] | Marcelo Roberto CHOI[1]

UBA. FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA. CÁTEDRA DE ANATOMÍA E HISTOLOGÍA. IATIMET[1]; UBA. FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA. CÁTEDRA DE ANATOMÍA E HISTOLOGÍA.[2]; INSTITUTO ALBERTO C. TAQUINI DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA TRASLACIONAL (IATIMET)[3]; UBA. FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA. CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA[4]; UBA. FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA. CÁTEDRA DE ANATOMÍA E HISTOLOGÍA.[5]; UBA. FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA. CÁTEDRA DE ANATOMÍA E HISTOLOGÍA.[6]

Introducción: La interacción entre microbiota intestinal, dopamina (DA) renal y péptidos natriuréticos podría constituir un mecanismo relevante en el contexto del daño cardio-reno-metabólico inducido por sobrecarga de fructosa (SF) en la dieta; sin embargo, la evidencia disponible es limitada.

Objetivos: Evaluar los efectos de la SF sobre la presión arterial (PA), parámetros metabólicos, función tubular renal, sistemas natriuréticos [DA urinaria, péptido natriurético auricular (ANP) y péptido natriurético tipo B (BNP) plasmáticos], endotoxemia, histoarquitectura. Investigar si la modulación de la microbiota con antibióticos (ATB) previene dichas alteraciones.

Materiales y Métodos: Ratas Sprague-Dawley macho (n=6/grupo) recibieron durante 8 semanas: dieta AIN-93 (Control, C), AIN-93 + fructosa 30% p/p (SF), C+ATB (ampicilina 1 g/L + neomicina 0,5 g/L) o SF+ATB. La PA sistólica (PAS) se midió por pletismografía (basal, semana 4 y semana 8). Al sacrificio se determinaron parámetros metabólicos (glucemia, colesterol total, c-HDL, triglicéridos), función renal (diuresis, clearance de creatinina [ClCr], excreción fraccional de sodio [FENa] y excreción urinaria de sodio [UNaE]), lipopolisacárido (LPS), ANP y BNP plasmáticos (ELISA), DA urinaria (HPLC), histología intestinal y renal y expresión de ZO-1 y FFAR-2 en colon (Western Blot). Análisis estadístico: ANOVA de una vía o Mann-Whitney U (InfoStat).

Parámetro	C	SF	C+ATB	SF+ATB
PAS (mmHg)	111± 2	144± 2*	104± 4	123± 3#
Triglicéridos (mg/dL)	48 ± 7	85 ± 6*	46 ± 6	42 ± 3#
Colesterol total (mg/dL)	91 ± 8	89 ± 8	71 ± 5	76 ± 3
c-HDL (mg/dL)	54 ± 2	44 ± 2*	55 ± 3	66 ± 3#
TG/c-HDL	0.87 ± 0.10	1.96 ± 0.17*	0.85 ± 0.13	0.66 ± 0.09#
Glucemia (mg/dL)	129 ± 3	150 ± 5*	130 ± 2	119 ± 5#
Indice TyG	7.97 ± 0.15	8.75 ± 0.06*	7.95 ± 0.13	7.80 ± 0.09#
Diuresis (mL/24h/kg)	32 ± 2	37± 3	29 ± 2	30 ± 3
ClCr (mL/min/kg)	4.85 ± 4.62	4.12 ± 0.87	3.78 ± 0.77	4.40 ± 1.03
FENa (%)	0.07 ± 0.01	0.03 ± 0.00*	0.06 ± 0.01	0.07 ± 0.01#
UnaE (mEq/24h/kg)	1.69 ± 0.34	0.40 ± 0.06*	2.00 ± 0.45	1.86 ± 0.31#
LPS plasmático (ng/mL)	0.09 ± 0.04	9.47 ± 0.36*	0.82 ± 0.01	0.92 ± 0.05#
DA urinaria (ng/mL/kg)	2801 ± 535	382 ± 102*	2334 ± 637	2636 ± 461#
ANP plasmático (ng/mL)	0.72 ± 0.08	0.23 ± 0.04*	0.60 ± 0.09	0.67 ± 0.09#
BNP plasmático (pg/mL)	0.97 ± 0.12	0.38 ± 0.08*	0.80 ± 0.08	0.88 ± 0.17#

Resultados: La SF incrementó significativamente la PAS, la glucemia, los triglicéridos y el LPS plasmático, y redujo el c-HDL a las 8 semanas respecto al grupo control (Tabla). A nivel renal, se observó disfunción tubular con reducción de FENa y UNaE, sin modificaciones en la diuresis ni el ClCr. En cuanto a los sistemas natriuréticos, la SF redujo significativamente la DA urinaria y los niveles plasmáticos de ANP y BNP (Tabla). El análisis intestinal evidenció infiltración inflamatoria en mucosa y submucosa colónica, degeneración epitelial y daño estructural de vellosidades y criptas en yeyuno e íleon, junto con reducción de la expresión de ZO-1 y FFAR-2 en colon, indicativa de compromiso de la barrera epitelial y de la señalización mediada por ácidos grasos de cadena corta (AGCC) (Tabla). El tratamiento con ATB previno el fenotipo cardio-reno-metabólico inducido por SF, normalizando la PAS, el perfil metabólico y la función tubular renal. Paralelamente, preservó la integridad histológica intestinal y la expresión de ZO-1 y FFAR-2, previno la endotoxemia y restauró los niveles de DA urinaria, ANP y BNP a valores comparables a los controles, sin diferencias entre los grupos C y C+ATB (Tabla).

Conclusión: La SF induce un fenotipo cardio-reno-metabólico caracterizado por hipertensión arterial, dislipemia aterogénica, resistencia a la insulina y disfunción tubular renal, en asociación con supresión del eje DA renal–ANP/BNP mediada por disbiosis intestinal y endotoxemia. La prevención de estos hallazgos mediante modulación de la microbiota con ATB posiciona al eje microbiota–DA renal–péptidos natriuréticos como mecanismo fisiopatológico central y blanco terapéutico potencial en el daño cardio – reno – metabólico de origen dietario.

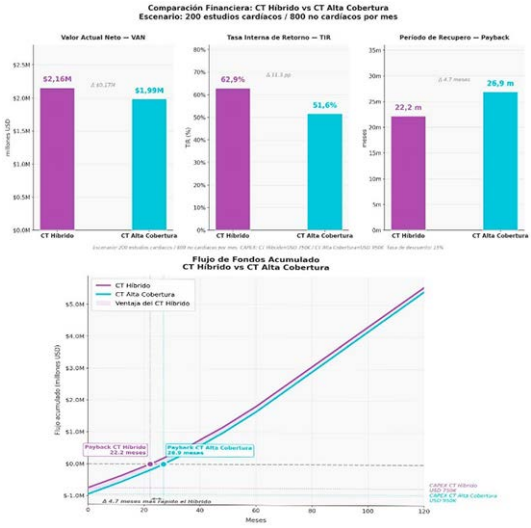
0791 - TOMOGRAFÍA COMPUTADA HÍBRIDA: EXCELENCIA EN IMAGEN CARDÍACA CON UTILIZACIÓN EFICIENTE DEL CAPITAL

Tomografía/resonancia Magnética Cardiovascular

Carlos Maria CAPUÑAY CALVOSA | **Patricia Marina CARRASCOSA**

DIAGNÓSTICO MAIPÚ

Introducción: La angiografía coronaria por tomografía computada (ATCC) se ha consolidado como una herramienta fundamental para la evaluación no invasiva de la enfermedad coronaria. La evolución tecnológica ha permitido el desarrollo de plataformas capaces de adquirir el corazón completo en una única rotación, mejorando la calidad diagnóstica, reduciendo artefactos por movimiento y ampliando las aplicaciones clínicas de la imagen cardiovascular avanzada. Sin embargo, el acceso a estas prestaciones suele asociarse a inversiones de capital elevadas, lo que representa una limitación para numerosos centros que buscan diferenciarse en cardiología. Dado que la mayor parte de los estudios realizados por un tomógrafo corresponden a aplicaciones no cardíacas, surge el interrogante acerca de si es posible alcanzar prestaciones cardíacas avanzadas mediante configuraciones tecnológicas más eficientes. Recientemente se han desarrollado plataformas híbridas que concentran la cobertura amplia exclusivamente en el campo de visión cardíaco, manteniendo una configuración convencional para el resto de las aplicaciones clínicas. Este enfoque podría permitir obtener prestaciones equivalentes para imagen cardíaca avanzada con una menor inversión inicial.



Objetivos: Evaluar el impacto económico de una tomografía computada híbrida (TCH) y compararlo con el de una TC de cobertura amplia (TCAC), determinando su potencial como alternativa para programas cardiovasculares.

Materiales y Métodos: Se desarrolló un modelo de flujo de fondos descontados a 10 años comparando una TCH con una TCAC. Se consideró un volumen de 1.000 estudios mensuales (200 cardíacos y 800 no cardíacos), con incremento progresivo de utilización desde 50% hasta 100% a partir del sexto año. Los supuestos incluyeron facturación de USD 300 por estudio cardíaco y USD 90 por estudio no cardíaco, costos de personal, mantenimiento, contraste, honorarios médicos, depreciación e impuestos. La inversión inicial fue de USD 750.000 para la TCH y USD 950.000 para la TC de cobertura amplia. Se calcularon Valor Actual Neto (VAN), Tasa Interna de Retorno (TIR) y período de recupero de la inversión (payback), utilizando una tasa de descuento del 15%.

Indicadores Financieros Comparativos

Escenario: 200 estudios cardíacos / 800 no cardíacos por mes · Tasa de descuento: 15%

Indicador	CT Híbrido	CT Alta Cobertura	Diferencia a favor del Híbrido
CAPEX (inversión inicial)	USD 750.000	USD 950.000	- USD 200.000 menos
Valor Actual Neto (VAN)	USD 2.155.497	USD 1.985.609	+ USD 169.888
Tasa Interna de Retorno (TIR)	62,9%	51,6%	+ 11,3 puntos porcentuales
Payback (período de recupero)	22,2 meses	26,9 meses	4,7 meses más rápido

Resultados: Ambas alternativas mostraron resultados económicos favorables. La TCH alcanzó un VAN de USD 2.155.497, una TIR de 62,9% y un payback de 22,2 meses. La TCAC obtuvo un VAN de USD 1.985.609, una TIR de 51,6% y un payback de 26,9 meses. La TCH requirió una inversión inicial 21% menor (USD 200.000 menos), presentó un VAN superior, una TIR 11,3 puntos porcentuales mayor y una recuperación de la inversión 4,7 meses más rápida. Bajo el supuesto de capacidad equivalente para adquisición cardíaca completa en una sola rotación, la menor inversión permitió mejorar todos los indicadores económicos analizados

Conclusión: La TCH constituye una alternativa para centros que buscan desarrollar programas cardiovasculares con capacidad de adquisición cardíaca completa en una sola rotación. En el escenario analizado, permitió obtener mejores indicadores económicos con una inversión inicial significativamente menor. Estos hallazgos sugieren que la excelencia tecnológica en tomografía cardíaca puede alcanzarse mediante estrategias de inversión más eficientes, favoreciendo la diferenciación clínica y la sostenibilidad económica.

0793 - FENOTIPO "SUPER-FONTAN" EN UNA COHORTE PEDIÁTRICA: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto

Carla PASINATO | Carlos Alberto VAZQUEZ | Federico DANTONIO | Sandra LARA | Rodrigo Javier ORIBE | Diana Mariela MOURATIAN | Maria Victoria LAFUENTE

Hospital de Pediatría SAMIC Dr. J Garrahan

Introducción: La prueba de ejercicio cardiopulmonar (CPET) constituye una herramienta central en el seguimiento de pacientes con circulación Fontan, con el consumo de oxígeno (VO_2) pico como predictor independiente de morbimortalidad. En los últimos años se ha identificado un subgrupo con capacidad funcional normal o supranormal, denominado «Super-Fontan", cuyas características fisiopatológicas permanecen poco comprendidas, especialmente en poblaciones pediátricas.

Objetivos: Determinar la prevalencia del fenotipo Súper-Fontan en una cohorte pediátrica con circulación Fontan y describir las variables clínicas, funcionales, anatómicas y hemodinámicas asociadas a dicho fenotipo.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal. Se incluyeron 50 pacientes con circulación Fontan seguidos en un hospital pediátrico de alta complejidad que contaban con test de ejercicio cardiopulmonar (CPET) completa, entre 2020-2025. Se definió fenotipo Súper-Fontan como consumo de oxígeno (VO_2) pico ≥80% del predicho para edad y sexo. Se realizó el análisis estadístico comparando variables demográficas, anatómicas, funcionales, hemodinámicas y de actividad física entre los grupos Súper-Fontan (SF) y No Super-Fontan (NSF).

Resultados: Se analizaron 50 pacientes con circulación Fontan. 15 pacientes (30%) cumplieron criterios de fenotipo SF. La práctica regular de actividad física fue significativamente más frecuente en el grupo SF (53,3% vs. 17,1%; p=0,015). La función ventricular conservada también fue más prevalente en SF (86,7% vs. 45,7%; p=0,011), sin registrarse ningún caso de disfunción moderada o severa en este grupo. La ausencia de complicaciones clínicas fue significativamente mayor en SF (80% vs. 40%; p=0,014). No se observaron diferencias significativas en la morfología ventricular dominante (VI sistémico: 53% SF vs. 48% NSF; p=1,00), en variables hemodinámicas invasivas (presión del sistema Fontan: 14,6±2,1 vs. 13,5±2,7 mmHg; p=0,29), en la edad al completar el Fontan (4,4±2,4 vs. 5,1±3,0 años; p=0,35) ni en el IMC o la eficiencia ventilatoria (VE/VCO_2: 38,9±9,7 vs. 41,3±8,1; p=0,40).

Conclusión: En esta cohorte pediátrica, uno de cada tres pacientes con circulación Fontan presenta fenotipo Super-Fontan, con una prevalencia que parece superior a la reportada en series de adolescentes y adultos. El fenotipo se asoció a factores funcionales y potencialmente modificables —actividad física habitual y preservación de la función ventricular— más que a variables anatómicas o hemodinámicas. La ausencia de diferencias según morfología ventricular dominante sugiere que, en edades pediátricas, el deterioro diferencial del ventrículo derecho sistémico aún no habría impactado plenamente en la capacidad funcional. Estos hallazgos refuerzan el rol de la actividad física supervisada como estrategia de intervención en el seguimiento de esta población.

0796 - IMPACTO DEL ICOSAPENTO DE ETILO SOBRE EL METABOLISMO LIPOPROTEICO Y LA FUNCIONALIDAD DE LAS HDL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR E HIPERTRIGLICERIDEMIA

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

María Florencia PEREZ ASOREY[1] | Pablo Daniel CUTINE[1] | Lorenzo Martín LOBO[1] | Miranda Garay VALENTINA[2] | Belén DAVICO[2] | Leonardo GOMEZ ROSSO[2] | Fernando BRITES[1] | Gustavo GIUNTA[1]

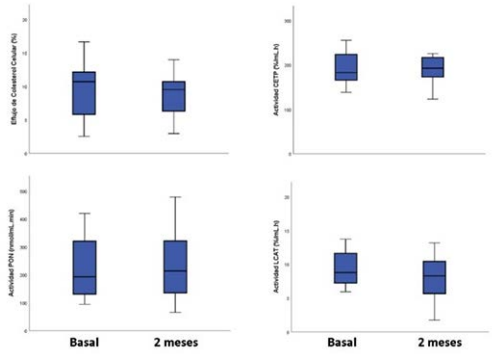
FUNDACIÓN FAVALORO[1]; HOSPITAL CLINICAS[2]

Introducción: El icosapento de etilo (IPE) reduce eventos cardiovasculares en pacientes con hipertrigliceridemia (HTG), aunque los mecanismos subyacentes no están completamente dilucidados. Se postula que parte de su beneficio podría mediarse a través de modificaciones en la funcionalidad antiaterogénica de las HDL.

Objetivos: Evaluar el efecto del tratamiento con IPE (4 g/día) sobre el metabolismo lipoproteico y la funcionalidad de las HDL en pacientes con ECV establecida e HTG.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo longitudinal antes y después. Entre julio 2024 y enero 2025 se incluyeron 20 pacientes con enfermedad cardiovascular establecida y triglicéridos >150 mg/dL bajo tratamiento hipolipemiante estable. Los pacientes incorporados recibieron un tratamiento de 4g/día de IPE durante 2 meses. Se evaluaron parámetros del perfil lipídico y marcadores de funcionalidad de HDL: eflujo celular de colesterol, actividades de lecicitin colesterol acil transferasa (LCAT), proteína transformadora de esteres de colesterol (CETP), Actividad de paraoxonasa (PON-1) y Fosfolipasa A2 ligada a lipoproteínas (Lp-PLA2) en condiciones basales y a los 60 días de tratamiento.

Figura 1.- Funcionalidad de HDL



Resultados: La edad promedio fue 63 ± 10 años; 20% fueron mujeres. El peso promedio fue 85.7 ± 10.1Kg y el IMC 30.3 ± 3.5, 90% presentaban hipertensión arterial y 35% diabetes mellitus tipo II. Los pac tenían antecedentes mayormente de enfermedad coronaria (90%), seguido por 15% enfermedad vascular periférica y 5% accidente cerebro vascular. El tratamiento con IPE produjo una reducción significativa de los triglicéridos, sin cambios en colesterol total, LDL, HDL, apolipoproteínas ni Lp(a) (tabla 1). En cuanto a la evaluación de la funcionalidad de las HDL, no se observaron diferencias post-tratamiento en ninguno de los tres pasos del transporte inverso de colesterol: 1) Eflujo celular de colesterol, 2) Actividad de LCAT, 3) actividad de CETP. Tampoco se registraron cambios en la actividad antioxidante de las HDL (figura 1). De la misma manera, no se presentaron modificaciones en enzimas y proteínas asociadas a lipoproteínas como el marcador de inflamación vascular Lp-PLA2 o las actividades PON y ARE de la enzima antioxidante PON 1.

Conclusión: En pacientes con ECV e HTG, el tratamiento con IPE durante 60 días redujo los niveles de triglicéridos sin modificar la funcionalidad antiaterogénica de las HDL ni los marcadores de inflamación vascular lipoproteica evaluados. Estos resultados sugieren que el beneficio cardiovascular del IPE observado en estudios previos no estaría mediado a través de cambios cualitativos en el metabolismo de las HDL.

0803 - TAPSE COMO PREDICTOR DE CONGESTIÓN HEMODINÁMICA INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON IAMCEST NO INFERIOR: RELACIÓN CON LAS PRESIONES DE LLENADO VENTRICULARES IZQUIERDAS

Multimagen / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Agustina TOME SCHABEHORN | Lourdes Florencia BENITEZ | Nerina GIMENEZ | Georgina BOJORQUE | Maicol Emiliano FERREIRA | Lucas Ramón AGUILAR

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: La interacción ventricular cumple un rol central en la evolución hemodinámica del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. La disfunción del ventrículo izquierdo y el aumento de las presiones de llenado pueden repercutir sobre la circulación pulmonar y condicionar la función ventricular derecha.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el TAPSE y la presencia de congestión hemodinámica intrahospitalaria en pacientes con IAMCEST no inferior, y analizar su relación con las presiones de llenado ventricular izquierdas estimadas mediante E/e'.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico y transversal realizado en pacientes consecutivos internados por IAMCEST no inferior entre 2023 y 2024. Se incluyeron pacientes con ecocardiograma Doppler realizado dentro de las primeras 48–72 horas del evento. Se excluyeron pacientes con infarto inferior o compromiso del ventrículo derecho, fibrilación auricular, hipertensión pulmonar conocida, valvulopatías significativas y mala ventana ecocardiográfica. Se definió disfunción ventricular derecha como TAPSE menor a 17 mm y presión de llenado ventricular izquierda elevada como E/e> mayor a15. El desenlace clínico principal fue la presencia de congestión hemodinámica intrahospitalaria, definida como Killip- Kimball máximo B, C o D.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes, con edad media de 57,6 ± 12,5 años; el 78,3% fueron

hombres. El 55,0% presentaba hipertensión arterial, el 21,7% diabetes mellitus y el 33,3% tabaquismo activo. La fracción de eyección ventricular izquierda media fue 53,1 ± 9,6%. La prevalencia de E/e' mayor o igual a15 fue del 15,5% y la de menor a TAPSE 17 mm del 23,3%. Durante la internación, el 31,7% de los pacientes presentó congestión hemodinámica, definida por Killip-Kimball máximo B-C-D. No se observó asociación estadísticamente significativa entre E/e' mayor a 15 y TAPSE menor a 17 mm. La proporción de TAPSE reducido fue mayor en pacientes con E/e' elevado, aunque sin alcanzar significación estadística: 33,3% en E/e' mayor o igual a 15 versus 20,4% en E/e' menor a 15; OR 1,95; IC95% 0,47–8,78; p=0,404. En cambio, el TAPSE reducido se asoció significativamente con congestión hemodinámica intrahospitalaria. Los pacientes con TAPSE menor a 17 mm presentaron mayor incidencia de Killip-Kimball máximo B-C-D en comparación con aquellos con TAPSE mayor o igual a 17 mm: 57,1% versus 23,9%; OR 4,24; IC95% 1,19–13,66; p=0,046. Analizado como variable continua, cada disminución de 1 mm en el TAPSE se asoció con un incremento del 20% en la probabilidad de presentar congestión hemodinámica intrahospitalaria: OR 1,20; IC95% 1,03–1,39; p=0,018. La curva ROC del TAPSE para predecir congestión hemodinámica mostró una capacidad discriminativa moderada, con un área bajo la curva de 0,69; IC95% 0,54–0,83. El punto de corte óptimo fue TAPSE menor 15 mm, con sensibilidad de 42,1% y especificidad de 90,2%, lo que sugiere mayor utilidad para identificar pacientes con alta probabilidad de evolución hemodinámica desfavorable.

Conclusión: Un TAPSE reducido se asoció significativamente con mayor congestión hemodinámica intrahospitalaria, definida por Killip-Kimball máximo B- C-D. Estos hallazgos sugieren que el TAPSE podría comportarse más como un marcador precoz de vulnerabilidad hemodinámica y congestión clínica durante la internación que como un indicador indirecto aislado de presiones de llenado elevadas.

0805 - EVALUACIÓN DE ARGENSCORE, EUROSCORE II Y STS-PROM COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER: EXPERIENCIA UNICÉNTRICA EN CÓRDOBA

Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Janet ROBLES | Lucio David FLORES | Julian GOMEZ ARNERI | Marcos Fernando DE LA VEGA | Lucas Sebastian GERBAUDO | Claudio Antonio GERBAUDO | Romina Belén MONDATI PEREYRA | Silvia Alejandra VERGOTTINI

Sanatorio del Salvador

Introducción: La estratificación del riesgo preprocedimiento constituye un componente fundamental en la evaluación de pacientes con estenosis aórtica severa candidatos a implante valvular aórtico transcatéter (TAVI). Sin embargo, los scores de riesgo quirúrgico más utilizados en la práctica clínica fueron desarrollados y validados en poblaciones sometidas a cirugía cardíaca convencional, por lo que su capacidad predictiva en pacientes tratados mediante abordaje transcatéter podría ser limitada.

Objetivos: Evaluar la capacidad predictiva de ArgenSCORE, European System for Cardiac Operative Risk Evaluation II (EuroSCORE II) y Society of Thoracic Surgeons Predicted Risk of Mortality (STS-PROM) para mortalidad intrahospitalaria en pacientes sometidos a TAVI. Como objetivos secundarios, describir las características clínicas, ecocardiográficas y procedimentales de la población estudiada, y evaluar la asociación entre dichos scores de riesgo y la ocurrencia de complicaciones intrahospitalarias.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, analítico y de cohorte unicéntrica, con seguimiento intrahospitalario. Se incluyeron pacientes adultos consecutivos sometidos a TAVI por estenosis aórtica severa entre octubre de 2024 y abril de 2026. Se excluyeron los procedimientos realizados en contexto de shock cardiogénico, rescate o emergencia, así como los casos con información insuficiente para el cálculo de los scores evaluados o sin datos de mortalidad intrahospitalaria. Los tres scores se analizaron como variables continuas, expresadas como porcentaje de mortalidad estimada. La capacidad discriminativa para predecir mortalidad intrahospitalaria y complicaciones se evaluó mediante curvas de características operativas del receptor (ROC), estimándose el área bajo la curva (AUC).

Tabla 1. Estadísticas de score de riesgo según mortalidad.

Score	Mortalidad	n	Media	D.E.	Mínimo	Máximo	Mediana	p-valor
EURO SCORE	No	88	6,82	5,30	1,35	27,70	5,43	0,859
	Si	4	12,09	13,73	2,38	21,80	12,09	
ARGEN SCORE	No	88	4,86	5,93	0,37	44,50	3,20	0,795
	Si	4	4,34	5,03	0,78	7,90	4,34	
STS SCORE	No	87	5,98	3,64	1,00	19,90	5,68	0,638
	Si	4	7,71	5,79	3,61	11,80	7,71	

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes (edad media 79,5 ± 6,5 años; 51,1% mujeres). La hipertensión arterial (90%), la enfermedad coronaria (53,3%) y la insuficiencia cardíaca (36,7%) fueron los antecedentes más frecuentes. Los valores

medios de los scores de riesgo fueron 5,54 ± 3,26% para EuroSCORE II, 4,93 ± 5,65% para ArgenSCORE y 5,69 ± 2,43% para STS-PROM. La válvula más utilizada fue Evolut (85,6%), con predominio del acceso transfemoral (97,8%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 4,4%. No hubo diferencia significativa en los scores según mortalidad (Tabla 1). En el análisis ROC para mortalidad intrahospitalaria, STS-PROM (Figura 1A) presentó el mayor AUC numérico (0,685), seguido por EuroSCORE II (Figura 1B) y ArgenSCORE (Figura 1C). Las complicaciones mayores intrahospitalarias, definidas como la ocurrencia de shock cardiogénico, sangrado mayor (BARC >=3) o insuficiencia cardíaca, se presentaron en 18 pacientes (20,0%). En el análisis de capacidad predictiva para este desenlace, ArgenSCORE mostró el mejor desempeño discriminativo (AUC=0,651), seguido por EuroSCORE II (AUC=0,540) y STS-PROM (AUC=0,507), evidenciando un rendimiento limitado de los tres modelos para identificar pacientes con mayor riesgo de complicaciones mayores tras el procedimiento.

Conclusión: En pacientes sometidos a TAVI, STS-PROM mostró el mejor desempeño para mortalidad intrahospitalaria y ArgenSCORE para complicaciones mayores; sin embargo, los tres presentaron un rendimiento global limitado, lo que sugiere que los scores de riesgo desarrollados para cirugía cardíaca poseen una utilidad limitada en pacientes tratados con abordaje transcateter.

0807 - TAQUICARDIA VENTRICULAR Y MORTALIDAD EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS A LO LARGO DEL ESPECTRO DE FUNCIÓN VENTRICULAR

Enfermedad de Chagas

Maria Victoria CARVELLI | Mario Bruno PRINCIPATO | Hyun Sok YOO | Florencia Lucía MUSCHIETTI | **Adan SUAREZ** | Melina Emilse COY DORMAN | Manuel LAGO | Justo CARBAJALES

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

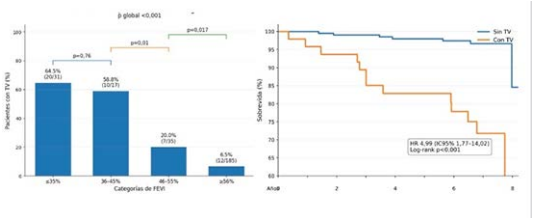
Introducción: La enfermedad de Chagas continúa siendo una importante causa de morbimortalidad en América Latina y en regiones no endémicas debido a los fenómenos migratorios. La mortalidad en esta población se encuentra estrechamente vinculada al desarrollo de compromiso cardíaco, siendo las arritmias ventriculares y la muerte súbita mecanismos frecuentes de eventos fatales. Aunque la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) es uno de los principales parámetros utilizados para la estratificación de riesgo, el compromiso arrítmico podría no depender exclusivamente del deterioro de la función ventricular. La prevalencia y el impacto pronóstico de la taquicardia ventricular (TV) en pacientes con FEVI preservada o levemente reducida permanecen insuficientemente caracterizados.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de TV a lo largo del espectro de FEVI y analizar su impacto pronóstico en pacientes con enfermedad de Chagas.

Variable	TV (n=49)	Sin TV (n=219)	p
Edad, años (media ± DE)	66 ± 12	63 ± 13	0,18
Sexo masculino n (%)	27 (55%)	82 (37%)	0,03
HTA n (%)	16 (33%)	52 (24%)	0,21
Diabetes n (%)	6 (12%)	17 (8%)	0,34
Dislipemia n (%)	3 (6%)	12 (5%)	0,79
Tabaquismo n (%)	8 (16%)	20 (9%)	0,16

FEVI	n	TV (%)
≤35%	31	64.5
36–45%	17	58.8
46–55%	35	20.0
≥56%	185	6.5

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó pacientes con serología positiva para enfermedad de Chagas sometidos a monitoreo Holter de 24 horas y evaluación ecocardiográfica de la FEVI. La TV fue definida como la presencia de tres o más latidos ventriculares consecutivos registrados durante el Holter. Los pacientes fueron categorizados según FEVI en cuatro grupos: <35%, 36–45%, 46–55% y >56%. El seguimiento se efectuó mediante la revisión de la historia clínica unificada del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y contacto telefónico con los pacientes o sus allegados. Se recolectaron datos de mortalidad. Las variables categóricas se compararon mediante prueba de chi-cuadrado o test exacto de Fisher, según correspondiera. La sobrevida se analizó mediante curvas de Kaplan-Meier y modelos de regresión de Cox.



Resultados: Se incluyeron 268 pacientes. Las características clínicas basales se muestran en Tabla 1. La distribución según FEVI fue: <35% (n=31), 36–45% (n=17), 46–55% (n=35) y >56% (n=185). La prevalencia de TV mostró una asociación significativa con el deterioro de la FEVI, siendo del 64,5%, 58,8%, 20,0% y 6,5% para cada categoría, respectivamente (p<0,001). No se observaron diferencias entre los grupos con FEVI <35% y 36–45% (p=0,76), mientras que la prevalencia de TV fue significativamente mayor en los pacientes con FEVI 36–45% respecto de aquellos con FEVI 46–55% (58,8% vs 20,0%; p=0,01). (Tabla 1) Resulta particularmente relevante que 19 pacientes presentaron TV

pese a tener una FEVI superior al 45%, incluyendo 12 pacientes con FEVI conservada. Durante un seguimiento mediano de 6,8 años (RIC 5,9–7,3), se registraron 20 muertes. Los pacientes con TV presentaron una menor sobrevida en comparación con aquellos sin TV. En el análisis multivariado ajustado por edad, sexo, FEVI y clase funcional, la presencia de TV se asoció de manera independiente con mortalidad total (HR 4,99; IC95% 1,77–14,02; p=0,002). (Figura 2)

Conclusión: En pacientes con enfermedad de Chagas, la TV se asocia fuertemente con peor sobrevida y puede presentarse incluso en ausencia de deterioro severo de la FEVI. La elevada prevalencia de TV observada en pacientes con FEVI entre 46% y 55% sugiere la existencia de una zona gris arrítmica que no sería adecuadamente identificada mediante estrategias de estratificación basadas exclusivamente en la FEVI. Estos hallazgos respaldan la necesidad de una evaluación más profunda del riesgo eléctrico en la enfermedad de Chagas y plantean interrogantes sobre la capacidad del seguimiento convencional basado únicamente en Holter aislado de 24 horas para detectar la verdadera carga arrítmica de esta población.

0809 - IMPLEMENTACIÓN DE INHIBIDORES SGLT2 DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO UNIVERSITARIO

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Educación Médica y Políticas de Salud

Juan Augusto CARPANI | Mariano Gastón BERGIER | Juan Maria IROULART | Santiago DECOTTO | Ezequiel Maximiliano LILLO | Fernando Damián GARAGOLI | Emiliano ROSSI | Cesar BELZITI

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) han demostrado reducir hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca y mejorar los resultados clínicos a lo largo de todo el espectro de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI). Sin embargo, la implementación de estas terapias en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca aguda (ICA) continúa siendo subóptima en la práctica clínica habitual.

Objetivos: Evaluar la utilización de iSGLT2 al ingreso y al alta hospitalaria en pacientes internados por ICA y analizar las diferencias de prescripción según la FEVI.

Materiales y Métodos: Análisis transversal de una cohorte prospectiva que incluyó pacientes mayores de 18 años internados con diagnóstico de ICA en un hospital universitario de Buenos Aires entre diciembre de 2022 y febrero de 2025. Se registraron características clínicas, antecedentes, tratamiento farmacológico al ingreso y al alta hospitalaria. Se evaluó la utilización de iSGLT2 en la cohorte global y según FEVI <50% y >50%.

Resultados: Se incluyeron 200 pacientes consecutivos, con una mediana de edad de 81,7 años (RIC 76,3-86,0); 53% eran hombres. El 53% correspondió a descompensación de insuficiencia cardíaca crónica y el 47% a episodios de novo. La mediana de internación fue de 5 días (RIC 3-7). Al ingreso hospitalario, 41 pacientes (20,5%) recibían tratamiento con iSGLT2. Al alta, esta proporción aumentó a 92 pacientes (46,2%), representando un incremento absoluto de 25,7 puntos porcentuales. La FEVI estuvo disponible en 175 pacientes (87,5%). De ellos, 91 (52%) presentaban FEVI <50% y 84 (48%) FEVI >50%. En el grupo con FEVI <50%, la utilización de iSGLT2 aumentó de 30% (27/91) al ingreso a 65% (59/91) al alta. En contraste, en los pacientes con FEVI >50%, la prescripción aumentó de 10% (8/84) a 27% (23/84), respectivamente. A pesar de la optimización observada durante la hospitalización, menos de la mitad de la cohorte total recibió iSGLT2 al alta.

Tabla 1. Características basales de la cohorte.

Variable	Total (n=200)
Edad, años, mediana (RIC)	81,7 (76,3-86,0)
Sexo masculino	106 (53%)
Hipertensión arterial	170 (85%)
Diabetes mellitus	56 (28%)
Enfermedad coronaria	65 (32,5%)
Fibrilación auricular	89 (44,5%)
Insuficiencia renal crónica	86 (43%)
IC previa	103 (51,5%)
ICA de novo	94 (47%)
FEVI, %, media ± DE	44,5 ± 13,8
FEVI <50%	91 (52%)
FEVI ≥50%	84 (48%)
iSGLT2 al ingreso	41 (20,5%)

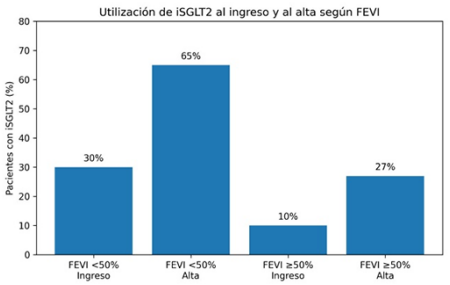


Figura 1. Utilización de inhibidores SGLT2 al ingreso y al alta hospitalaria según fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI). Se observó un incremento de la prescripción durante la internación tanto en pacientes con FEVI <50% (30% a 65%) como en aquellos con FEVI ≥50% (10% a 27%), aunque persistió una menor utilización en este último grupo al alta.

Conclusión: La hospitalización por ICA representó una oportunidad para optimizar la implementación de iSGLT2 en la práctica clínica real, con un aumento sustancial de su utilización durante la internación. Sin embargo, las tasas de prescripción al alta continuaron siendo inferiores a las esperadas según la evidencia contemporánea, a pesar del beneficio demostrado de esta estrategia independientemente de la FEVI. Futuros estudios deberían evaluar si barreras relacionadas con el costo, la cobertura médica o el acceso al tratamiento contribuyen a la persistencia de esta brecha terapéutica.

0811 - TERMODILUCION VERSUS FICK INDIRECTO EN HIPERTENSION PULMONAR: ¿DOS MÉTODOS EQUIVALENTES?

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Investigación Básica

Andrés Paul VINUEZA MOREANO | Andrés Enrique DINI | Lilian Carolina CHICAIZA LOPEZ | Cristiano STÜRMER RAMOS | Nicolás Matías D›AMELIO | Manuel LAGO

Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es una condición hemodinámica y fisiopatológica definida por una presión media de la arteria pulmonar (PAPm) >20 mmHg medida mediante cateterismo cardíaco derecho en reposo. Los métodos más empleados para determinar el gasto cardíaco son la termodilución y el método indirecto de Fick, técnicas ampliamente utilizadas en la práctica clínica habitual. Aunque históricamente ambos métodos han sido considerados intercambiables, estudios recientes han evidenciado discrepancias clínicamente significativas entre ellos teniendo diferencias que pueden modificar la clasificación hemodinámica y el pronóstico de los pacientes.

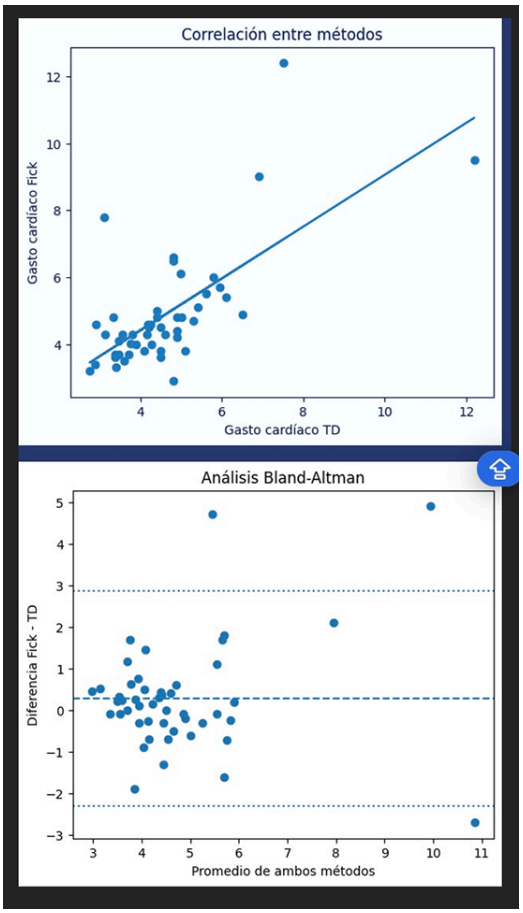
Objetivos: El objetivo principal fue evaluar la correlación y concordancia entre el gasto cardíaco (GC) medido por termodilución (TD) y por método de Fick indirecto, así como el impacto de estas diferencias sobre variables hemodinámicas derivadas.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de corte transversal de las historias clínicas electrónicas de todos los pacientes adultos mayores de 18 años independientemente del sexo y etnia que se sometieron a un cateterismo cardiaco derecho dentro del programa de diagnóstico y seguimiento del grupo de hipertensión pulmonar de un hospital público de la ciudad de Buenos Aires Argentina.

Resultados: Los resultados demostraron que el gasto cardíaco obtenido por termodilución y por Fick indirecto presentó una correlación significativa, indicando que ambos métodos siguen una tendencia fisiológica similar. Sin embargo, el análisis de concordancia mostró una dispersión considerable entre las mediciones individuales. El análisis de Bland-Altman evidenció límites de concordancia amplios y un error porcentual aproximado del 55%, valor muy superior al umbral de aceptabilidad establecido para considerar equivalentes ambos métodos.

Conclusión: El gasto cardíaco medido por termodilución y por Fick indirecto mostró una correlación significativa, el análisis de concordancia evidenció que ambos métodos no son intercambiables en esta cohorte de pacientes con hipertensión pulmonar. Las diferencias observadas tienen potencial relevancia clínica debido a su impacto sobre variables derivadas fundamentales para el diagnóstico, seguimiento y toma de decisiones terapéuticas.

VARIABLE	DATOS
NUMERO DE PACIENTES	49
SEXO	43 (87,8%) vs 6 (12,2%)*
Edad (años)	65,0 (55,0–77,5)
Talla (cm)	158,3 ± 8,7
Superficie corporal (m²)	1,68 (1,54–1,86)
FEVI (%)	63,6 ± 6,0
TAPSE (mm)	21,5 ± 4,2
PSAP (mmHg)	40,5 (34,8–65,0)



0812 - PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL COMPROMISO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Investigación Básica

Melina Emilse COY DORMAN | Paola SETTEPASSI | Analía Gladys PAOLUCCI | Maria Victoria CARVELLI | Michael SALAMÉ | Rocío Del Cielo VILLA FERNÁNDEZ | Mario Bruno PRINCIPATO | Justo CARBAJALES

HOSPITAL DE AGUDOS JOSE MARIA RAMOS MEJIA

Introducción: Las enfermedades neuromusculares constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades hereditarias caracterizadas por el compromiso progresivo del músculo esquelético y, en numerosos casos, afectación cardiovascular. Esta puede manifestarse mediante disfunción ventricular, trastornos de conducción, arritmias y fibrosis miocárdica, contribuyendo significativamente a la morbimortalidad. En nuestro medio existe escasa información acerca de la prevalencia y las características del compromiso cardíaco en esta población.

Objetivos: Determinar la prevalencia y las características del compromiso cardiovascular en pacientes con enfermedades neuromusculares y describir la distribución según subtipo de enfermedad neuromuscular.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional y descriptivo, en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico y/o genético de enfermedad neuromuscular evaluados en un consultorio especializado de cardiopatías hereditarias. Todos fueron sometidos a evaluación cardiovascular sistemática mediante anamnesis, electrocardiograma, ecocardiograma Doppler, monitoreo Holter de 24 horas y resonancia magnética cardíaca cuando estuvo disponible. Se excluyeron pacientes con cardiopatías adquiridas de otra etiología.

Variable	n=32
Sexo femenino, n (%)	17 (53,1)
Edad al momento de la evaluación, media (rango)	30 (18-60)
Edad al diagnóstico de la enfermedad neuromuscular, media (rango)	14 (2-50)
Antecedentes familiares de enfermedad neuromuscular, n (%)	15 (46,8)
Distribución	
Distrofia miotónica de Steinert, n (%)	10 (31,2)
Distrofia muscular de Duchenne, n (%)	9 (28,1)
Ataxia de Friedreich, n (%)	2 (6,3)
Laminopatías, n (%)	2 (6,3)
Distrofia muscular de Emery-Dreifuss, n (%)	1 (3,1)
Miopatía de Ullrich, n (%)	2 (6,3)
Otras miopatías/en estudio, n (%)	4 (12,5)
Estudios complementarios	**Valor**
Ecocardiograma disponible, n (%)	28 (87,5)
FEVI reducida, n (%)	7 (25,0)
FEVI conservada, n (%)	21 (75,0)
Resonancia magnética cardíaca realizada, n (%)	15 (46,8)
Realce tardío con gadolinio, n (%)	2 (13,3% de las RMC)
Dispositivos	**n=4**
Marcapasos definitivo, n (%)	3 (9,4)
Cardiodesfibrilador implantable, n (%)	1 (3,1)

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes, 53% mujeres con una edad media de 30 años (de 18 a 60 años). El diagnóstico de la enfermedad neuromuscular fue realizado a una media de edad de 14 años (de 2 a 50 años). Los subtipos más frecuentes fueron la distrofia miotónica de Steinert (31,2%) y la distrofia muscular de Duchenne (28%), seguidos por ataxia de Friedreich (6,25%), laminopatías (6,25%), distrofia de Emery-Dreifuss (3,125%), miopatía de Ulrich (6,25%) y otras miopatías en estudio (12,5%). El 46,8% presentó antecedentes familiares de la enfermedad. (tabla 1) El 25% de los pacientes evidenció deterioro de la función sistólica ventricular izquierda por ecocardiografía. Entre aquellos con fracción de eyección ventricular izquierda reducida, dos presentaban distrofia muscular de Duchenne, uno distrofia miotónica de Steinert, uno ataxia de Friedreich y uno distrofia muscular progresiva. La disfunción ventricular se manifestó alrededor de los 24 años en la mayoría de los casos, excepto en el paciente con distrofia miotónica de Steinert, en quien se evidenció cerca de los 50 años. (Tabla 2). La resonancia magnética cardíaca se realizó en el 46,8% de la cohorte, observándose realce tardío con gadolinio en el 13% de los estudios efectuados. Tres pacientes requirieron implante de marcapasos y solo uno cardiodesfibrilador implantable, como prevención primaria. No se documentaron arritmias ventriculares o supraventriculares severas en los registros Holter ni síntomas cardiovasculares relevantes al momento de la evaluación.

Enfermedad	FEVI media (%)	Rango (%)	Edad de aparición de compromiso CV
Steinert	56,5	42-67	53 años
Duchenne	53	28-68	24 años (24-26)
Friedreich	50	34-66	24 años (23-25)
Laminopatías	65,5	61-70	-
Emery-Dreifuss	58	-	-
Ullrich	57	-	-
Otras	57	43-68	51,5 años (50-53)

Conclusión: El compromiso cardiovascular fue frecuente en esta cohorte de pacientes con enfermedades neuromusculares, observándose alteraciones estructurales y funcionales incluso en ausencia de síntomas cardiovasculares. Estos hallazgos destacan la necesidad de implementar programas de seguimiento cardiovascular protocolizado y detección precoz, con el objetivo de optimizar el tratamiento y reducir el riesgo de insuficiencia cardíaca, arritmias y muerte súbita.

0815 - DE LA ARQUITECTURA GENÉTICA A LOS MECANISMOS MOLECULARES EN MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Investigación Básica / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Carlos David BRUQUE[1] | Ana Leticia FERNANDES GOMES[1] | Belén Fiamma FIGUEREDO[1] | Camila Ximena PEÑALVA[1] | Marisol DELEA INFANTE[1] | Guillermo JAIMOVICH[2] | Paula BUONFIGLIO[3] | Luis Enrique GOMEZ[3]

NODO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD UCTHP-CONICET HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EL CALAFATE SAMIC.[1]; SANATORIO LAS LOMAS DE SAN ISIDRO[2]; Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández[3]

Introducción: La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la cardiopatía hereditaria más frecuente y una de las principales causas de muerte súbita en jóvenes. Las variantes en genes sarcoméricos, principalmente MYBPC3 y MYH7, representan la principal causa molecular de la enfermedad. Sin embargo, su arquitectura genética sigue siendo poco conocida en poblaciones latinoamericanas y el creciente número de variantes identificadas dificulta su interpretación biológica y clínica. La integración de cohortes, estrategias diagnósticas dirigidas y análisis estructurales resulta clave para comprender sus mecanismos moleculares.

Objetivos: Caracterizar la arquitectura genética de una cohorte argentina de pacientes con MCH; desarrollar una estrategia diagnóstica dirigida basada en amplicones para MYBPC3 y MYH7; y evaluar el impacto molecular y estructural de variantes del principal gen candidato en MCH mediante enfoques bioinformáticos y de modelado proteico.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en una cohorte de 128 individuos (98 probandos con MCH y 30 familiares). El ADN fue analizado mediante secuenciación de nueva generación y las variantes clasificadas según criterios ACMG/AMP y guías específicas para MCH. Con base en la distribución genética observada, se diseñó una estrategia diagnóstica por amplicones enfocada en los genes sarcoméricos más frecuentemente afectados (MYBPC3, MYH7 y TNNI3). Dado que MYBPC3 fue el gen más afectado, se construyó una base curada de 603 variantes patogénicas y probablemente patogénicas reportadas en 106 publicaciones (1995–2017), normalizadas según HGVS y ACMG. Las variantes missense fueron evaluadas mediante análisis de dominios, modelado estructural y estimación de estabilidad proteica con FoldX, aportando evidencia Gen-Estructura-Función para su interpretación.

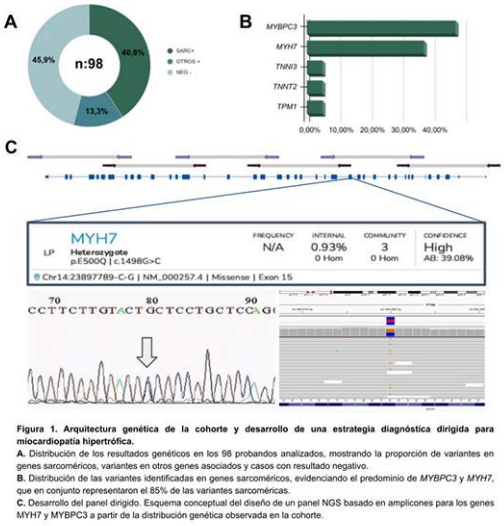


Figura 1. Arquitectura genética de la cohorte y desarrollo de una estrategia diagnóstica dirigida para miocardiopatía hipertrófica.
A. Distribución de los resultados genéticos en los 98 probandos analizados, mostrando la proporción de variantes en genes sarcoméricos, variantes en otros genes asociados y casos con resultado negativo.
B. Distribución de las variantes identificadas en genes sarcoméricos, evidenciando el predominio de *MYBPC3* y *MYH7*, que en conjunto representaron el 85% de las variantes sarcoméricas.
C. Desarrollo del panel dirigido. Esquema conceptual del diseño de un panel NGS basado en amplicones para los genes MYH7 y MYBPC3 a partir de la distribución genética observada en la cohorte.

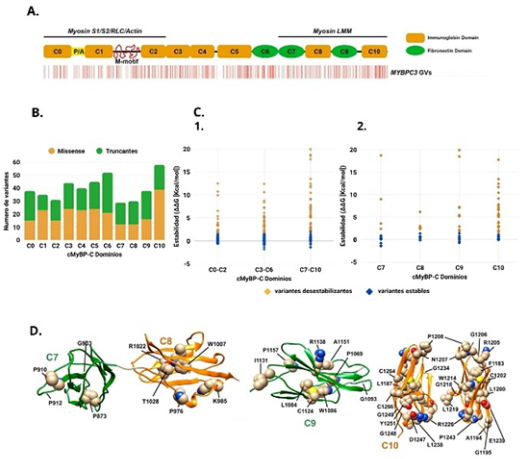


Figura 2. Análisis de variantes genéticas (VG) patogénicas (P) y probablemente patogénicas (LP) de *MYBPC3*.
A. Distribución de las variantes genéticas de *MYBPC3* en relación con las regiones y dominios de la proteína cMyBP-C (proteína C de unión a miosina cardiaca). Las variantes genéticas de *MYBPC3* se encuentran distribuidas homogéneamente a lo largo del gen; sin embargo, se observa una agrupación significativa en el dominio C10;
B. Distribución de las variantes genéticas missense (naranja) y truncantes (verde) de *MYBPC3* en relación con las regiones y dominios de la proteína cMyBP-C;
C. Análisis de estabilidad de las variantes missense en los dominios de cMyBP-C. La estabilidad fue calculada in silico mediante FoldX. Solo las variantes con valores de ΔΔG ≥ |1,6| kcal/mol (línea roja) se consideran capaces de afectar significativamente la estabilidad proteica (azul), observándose una mayor concentración de estas variantes en los dominios C7–C10, particularmente en C10;
D. Representación tipo cartoon de los residuos involucrados en cambios de estabilidad proteica en los dominios C7, C8, C9 y C10.

Resultados: El 40,8% de los probandos presentó variantes en genes sarcoméricos, mientras que el 13,3% presentó variantes en otros genes asociados y el 45,9% no mostró hallazgos moleculares relevantes. MYBPC3 (47,5%) y MYH7 (37,5%) concentraron el 85% de las variantes sarcoméricas identificadas; el 15% restante correspondió a TNNI3, TNNT2 y TPM1. Estos resultados definieron una arquitectura genética dominada por genes sarcoméricos y fundamentaron el desarrollo de una estrategia diagnóstica dirigida basada en amplicones para MYBPC3, MYH7 y TNNI3. El análisis integrado de 603 variantes de MYBPC3, recopiladas de 106 publicaciones, mostró que estas se distribuyen a lo largo de todos los dominios de la proteína cMyBP-C, con una mayor concentración en regiones funcionalmente relevantes, especialmente en el dominio C10. Las variantes truncantes fueron las más frecuentes. El análisis estructural de las variantes missense reveló que muchas se localizan en regiones críticas para la función proteica; varias presentaron valores de DeltaDeltaG relacionados con desestabilización proteína, mientras que otras alteraron la carga electrostatica de superficie o potencialmente afectaron interacciones proteína-proteína. En conjunto, estos hallazgos sugieren que variantes ubicadas en distintos dominios de cMyBP-C comprometen la estabilidad y función, contribuyendo a la disfunción sarcomérica característica de la MCH.

Conclusión: La MCH en esta cohorte argentina estuvo dominada por variantes en MYBPC3 y MYH7, permitiendo el desarrollo de estrategias diagnósticas dirigidas. Los análisis integrados sugieren que distintas variantes de MYBPC3 convergen en mecanismos comunes que alteran la función de cMyBP-C, contribuyendo a una mejor interpretación de variantes en medicina de precisión.

0818 - ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE LIPOPROTEÍNA(A) Y CARGA Y VULNERABILIDAD DE PLACA CAROTÍDEA: SUBANÁLISIS UNICÉNTRICO DEL REGISTRO GAELPA

Medicina Vascular

Juan Bautista SOUMOULOU[1] | Daniela Silvana BUSTOS[1] | Pablo DETTORI[1] | Rafael Alejandro FLACK[1] | Juan Pablo REZZONICO[1] | Ezequiel Hernán FORTE[2] | Augusto María LAVALLE COBO[3] | Pablo CORRAL[4]

Los Pilares - Diagnóstico y Tratamiento[1]; CENDIC - Centro Diagnóstico Cardiovascular Concordia[2]; SANATORIO OTAMENDI[3]; Facultad de medicina-UFASTA[4]

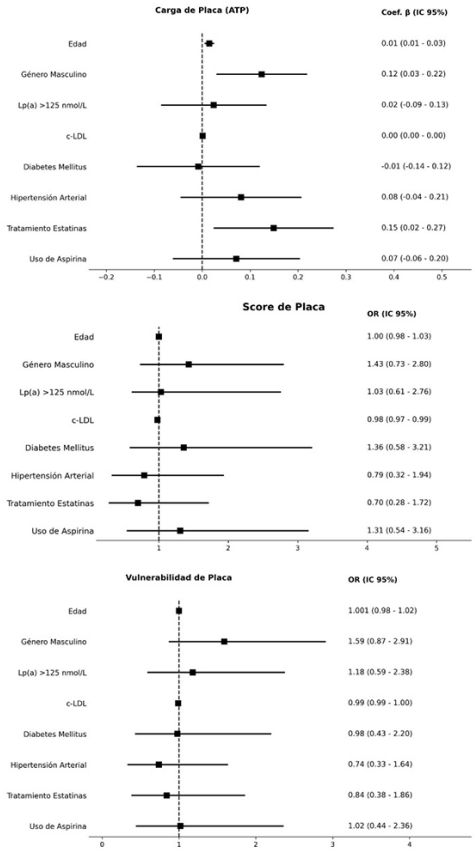
Introducción: La lipoproteína (a) [Lp(a)] es un factor de riesgo cardiovascular causal, independiente y genéticamente determinado. Si bien su rol protrombótico y proaterogénico está establecido, la magnitud de su asociación con el desarrollo y la severidad de la ateroesclerosis subclínica a nivel carotídeo en nuestra región requiere mayor caracterización.

Objetivos: Evaluar la asociación entre los niveles elevados de Lp(a) y la presencia, extensión y severidad de la ateromatosis carotídea subclínica, determinada por eco-Doppler vascular, en una cohorte de un centro participante en el registro GAELPa.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de pacientes adultos pertenecientes al registro GAELPa. Se incluyeron sujetos con ateromatosis carotídea confirmada que contaban con determinación de Lp(a) e imágenes de eco-Doppler vascular disponibles para su reevaluación. La población se estratificó según el nivel de Lp(a) en >125 nmol/L o <125 nmol/L. Mediante análisis ecográfico se evaluó la carga aterosclerótica (número de placas, segmentos afectados, score de placa, área total y área índice de placa) y la vulnerabilidad de placa (escalas Gray-Weale-Nicolaides [GWN] y Plaque-RADS). Se estableció un score de placa mayor 3 como alta carga de placa y una clasificación de vulnerabilidad compuesta (presente ante un GWN < 2 o un Plaque-RADS >3). Las variables continuas y ordinales se expresaron como mediana e intervalo intercuartílico (ICQ) o media ± desviación estándar (DE) según su distribución, y las categóricas como porcentajes. Para el análisis multivariado se utilizaron modelos de regresión logística y regresión lineal según correspondía, ajustados por factores de riesgo tradicionales. Se consideró significativo un valor de p < 0.05.

Tabla 1. Características Clínicas Basales

Variable	Lp(a) < 125 nmol/L (n = 121)	Lp(a) > 125 nmol/L (n = 48)	Valor p
Edad, años (media ± DS)	60,8 ± 9,68	60,0 ± 10,52	0,63
Género Masculino, n (%)	66 (54,5)	23 (47,9)	0,49
Hipertensión Arterial, n (%)	98 (80,9)	35 (72,9)	0,29
Diabetes Mellitus, n (%)	12 (9,9)	11 (22,9)	0,04
Tabaquismo, n (%)	53 (43,8)	21 (43,8)	1,00
Obesidad, n (%)	34 (28,1)	19 (39,6)	0,19
IMC, kg/m² (media ± DS)	28,4 ± 5,39	28,7 ± 5,21	0,72
TAS, mmHg (media ± DS)	127,2 ± 12,37	126,9 ± 13,41	0,88
TAD, mmHg (media ± DS)	78,1 ± 7,8	77,1 ± 8,2	0,45
Colesterol Total, mg/dL (media ± DS)	169,6 ± 51,3	169,0 ± 43,9	0,94
c-HDL, mg/dL (media ± DS)	50,0 ± 13,9	52,0 ± 12,0	0,31
c-LDL, mg/dL (media ± DS)	99,4 ± 46,8	96,3 ± 40,0	0,68
Triglicéridos, mg/dL (media ± DS)	118,6 ± 75,6	116,1 ± 99,5	0,86
Lp(a), nmol/L (mediana, IQR)	18 (8 - 50)	224 (189 - 295)	<0,01
Tratamiento Hipolipemiante, n (%)	94 (77,6)	44 (91,6)	0,04
• Estatinas, n (%)	88 (72,7)	43 (89,6)	0,02
• Ezetimibe, n (%)	44 (36,3)	23 (47,9)	0,86
• Ácido Bempedoico, n (%)	6 (4,9)	0 (0)	0,18
• Inclisirán, n (%)	1 (0,8)	0 (0)	1,00
Uso de Aspirina, n (%)	19 (15,7)	11 (22,9)	0,27



Resultados: Se incluyeron 169 pacientes: 121 (71,6%) con Lp(a) < 125 nmol/L y 48 (28,4%) con Lp(a) > 125 nmol/L. El grupo con Lp(a) elevada presentó mayor prevalencia de diabetes (22,9% vs. 9,9%; p=0,04) y mayor uso de estatinas (89,6% vs. 72,7%; p=0,02). No se observaron diferencias en el número de placas (2.13 ± 1.32 vs 2.31 ± 1.34; p=0.33), los segmentos afectados (1.73 ± 0.96 vs 1.91 ± 1.15; p=0.45), el score de placa (2.11 ± 1.57 vs 2.31 ± 1.57; p=0.52), área total de placa (ATP) (35,7 vs. 32,4 mm²; p=0,46), ni en la vulnerabilidad compuesta (52,0% vs. 50,4%; p=0,86). En el análisis multivariado ajustado por factores de riesgo tradicionales, la Lp(a) > 125 nmol/L no se asoció de forma independiente con mayor ATP (Coeficiente ß 385; 0.024; p=0,66), score de placa > 3 (OR 1,03; IC 95% 0,61-2,76;

p=0,49) ni vulnerabilidad (OR 1,18; IC 95% 0,59-2,38; p=0,63). En contraste, el ATP se asoció significativamente con la edad (p=0,003) y el género masculino (p=0,01).

Conclusión: En este subanálisis unicéntrico, niveles elevados de Lp(a) (> 125 nmol/L) no se asociaron de forma independiente con mayor carga o vulnerabilidad de placa carotídea subclínica. La mayor intensidad de tratamiento con estatinas observada en el grupo con Lp(a) elevada podría representar un abordaje más agresivo de tratamiento modulando estos resultados. Se requiere la extensión a la cohorte multicéntrica para validar estos hallazgos preliminares.

0819 - UTILIDAD DEL ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO PARA PREDECIR NECESIDAD DE ESTIMULACIÓN PERMANENTE EN PACIENTES POST-TAVI

Arritmias y Electrofisiología / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Yolanda ROCHE RODRIGUEZ | Carlos FAVA | Mariel ALVAREZ CORREA | Pablo LAMELAS | Guillermo CARNERO | Mauricio MYSUTA | Oscar Alfredo MENDIZ | José Luis GONZÁLEZ

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: Las alteraciones de la conducción luego del implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) representan una de las complicaciones más frecuentes del procedimiento y constituyen una limitación para implementar estrategias de alta temprana. Aunque muchos trastornos de conducción son transitorios, un subgrupo de ptes presenta riesgo de desarrollar bloqueo auriculoventricular (AV) avanzado y requerir implante de marcapasos definitivo (MCP). El score D-PACE fue propuesto como herramienta de estratificación para identificar ptes con bajo riesgo de estimulación post-TAVI candidatos a alta precoz.

Objetivos: Evaluar el uso del estudio electrofisiológico (EEF) para predecir la necesidad de MCP en ptes post-TAVI con riesgo intermedio o alto según score D-PACE.

Materiales y Métodos: Análisis prospectivo, observacional entre enero de 2024 y enero de 2026. Se incluyeron los ptes que se sometieron a implante de TAVI con prótesis percutáneas autoexpandibles. Los ptes que presentaron trastornos de conducción posteriores al procedimiento fueron estratificados mediante score D-PACE; y los clasificados como riesgo intermedio o alto fueron sometidos a EEF 24 -48 hs posteriores al implante. El EEF incluyó evaluación del intervalo HV, presencia de bloqueo supra o infra-Hisiano y punto de Wenckebach. Se consideró EEF alterado la presencia de intervalo HV >60 ms, punto wencheback >500 y/o evidencia de bloqueo infra-Hisiano. El punto final primario fue la necesidad deMCP durante el seguimiento.

VARIABLE	RESULTADO
Pacientes sometidos a EEF	61
EEF alterado	14 (23%)
EEF normal	47 (77%)
Pacientes con EEF alterado derivados a MP	14 (100%)
Estimulación ventricular durante seguimiento (>1 mes)	7/14 (50%)
Sin estimulación ventricular durante seguimiento	6/14 (43%)
Perdidos en seguimiento	1/14 (7.1%)
Eventos tardíos en EEF normal	2/47 (4.3%)
BAVC tardío	1 (2.1%)
Bradicardia sinusal severa	1 (2.1%)
Valor de p (EEF alterado vs normal)	p < 0,0001

Categoría D-PACE	N	EEF alterado n (%)	Estimulación ventricular n (%)	EEF normal n (%)	MP tardío con EEF normal n (%)	p
Riesgo Moderado	28	5 (17,9%)	2/5 (40,0%)	23 (82,1%)	0/23 (0%)	0,02
Riesgo Alto	33	9 (27,3%)	5/9 (55,6%)*	24 (72,7%)	2/24 (8,3%)	0,004
Total	61	14 (23,0%)	7/14 (50,0%)	47 (77,0%)	2/47 (4,3%)	

Resultados: De un total de 876 ptes sometidos a TAVI, 137 (15,6%) presentaron trastornos de conducción posteriores al procedimiento: Bloqueo auriculoventricular completo (BAVC) post-TAVI requirió marcapaso 76 ptes (8,7%) y 61 ptes (7,0%) se le realizó e EEF. Presentaron EEF alterado 14 (23,0%) y 47 (77,0%) normal. Los 14 ptes con EEF alterado fueron derivados a implante de marcapasos definitivo. Durante un seguimiento superior a un mes, 7 pacientes (50%) presentaron algún porcentaje de estimulación ventricular, mientras que 6 (42,9%) no requirieron estimulación ventricular y 1 pte se perdió durante el seguimiento. Por el contrario, entre los ptes con EEF normal, sólo 2 de 47 (4,3%) presentaron eventos posteriores que motivaron implante de MCP: un pte reingresó por bloqueo AV completo y otro desarrolló bradicardia sinusal severa (p<0,0001). En el análisis por subgrupos según el score D-PACE. Tenían riesgo moderado 28 ptes y 33 riesgo alto. En el grupo de riesgo moderado, 5 ptes (17,9%) presentaron EEF alterado y fueron sometidos a implante de MCP; de ellos, 2 (40%) evidenciaron estimulación ventricular durante el seguimiento. Los 23 ptes (82.14%) restantes presentaron EEF normal y ninguno requirió implante de MCP posterior (p=0,02). En el grupo de riesgo alto, 9 ptes (27,3%) presentaron EEF alterado y fueron derivados a implante de MCP, mostraron estimulación ventricular durante el seguimiento 5 ptes (55,6%), un pte se perdió en el seguimiento. Entre los 24 pacientes con EEF normal, sólo 2 (8,3%) presentaron eventos posteriores que motivaron implante de MCP, mientras que los 22 ptes (91.7%) restantes permanecieron libres de eventos (p=0,004). El EEF mostró una sensibilidad del 87.5%, especificidad del 88.5%, valor predictivo positivo del 53.8% y valor predictivo negativo del 97.9% para predecir la necesidad de implante de MCP definitivo.

Conclusión: En esta cohorte de ptes post-TAVI estratificados mediante score D-PACE, el EEF mostró buena capacidad diagnóstica para identificar ptes con bajo riesgo de bloqueo AV, sugiriendo que esta estrategia podría contribuir a una conducta conservadora y facilitar estrategias de alta precoz en ptes seleccionados.

0822 - AFECTACION HEPATICA EN CUV ESTADIO FONTAN-KREUTZER POR ELASTOGRAFIA

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto

Vanesa Jorgelina CORONA | Marcelo Sebastián CABRERA | Hector Ricardo MAISULS | Alejandro Román PEIRONE

Hospital de Niños de Córdoba

Introducción: La afección hepática en ptes con CUV en Estadio Fontan-Kreutzer es muy frecuente, sin embargo, desconocemos cual es el mejor método diagnóstico precoz y de seguimiento para dicha patología. El estudio de la rigidez hepática mediante Elastografia hepática ARFI (Acoustic Radiation Force Impulse) se ha propuesto para valorar dicha afección hepática.

Objetivos: Objetivos: Describir los cambios hepáticos en población joven con CUV en estadio Fontan-Kreutzer mediante Elastografía Hepática.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal realizado en el periodo de julio 2024 a mayo de 2026 sobre la población de pacientes en seguimiento por el servicio cardiología en un centro de referencia de Córdoba. Se seleccionaron pacientes clasificados como CUV en estadio Fontan –Kreutzer de acuerdo a la clasificación anatómica de cardiopatías congénitas del adulto, con Elastografia hepática utilizando la escala Metavir de Fibrosis hepatica (2.5-7 kPa: fibrosis ausente o benigna; 7-9.5 kPa: fibrosis mediana; 9.5-12.5 kPa: fibrosis severa y mayor a 12.5 KPa: cirrosis) y se obtuvieron los datos relevantes para establecer el estadio de afectación hepática de los mismos.

Resultados: Resultados: Se obtuvieron registros completos de un total de 32 pacientes con CUV en Estadio Fontan-Kreutzer. De ellos, 9 ptes tenían Elastografia Hepatica, 66 % correspondieron al sexo femenino, presentaron un promedio de edad de 19.6 años, el promedio de ARFI fue de 11.75 kPa, el 66% no tuvieron indicios de hepatopatia y el 33% restante si mostraron enfermedad hepática crónica avanzada.

Conclusión: Conclusión: La Ecografía Hepática mostro ser un estudio efectivo para el diagnóstico precoz y seguimiento de la afectación hepática en los ptes con CUV en estadio Fontan-Kreutzer. Nos mostró la alta incidencia de la afectación hepática avanzada de estos ptes, pudiendo informar cambios hepáticos leves a edades tempranas, con la posibilidad de tratar a tiempo las variables a corregir en la circulación Fontan -Kreutzer durante su evolución.

0827 - PREVALENCIA, CONCIENCIA Y CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL EN UNA CAMPAÑA DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR REALIZADA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Hipertensión Arterial / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Omar Enrique MAIN CRUZ | Helena Edith FISCHER | Joel Emir VALLEDOR | Daniel Marcelo NUÑEZ | Daniela LOBIANCO | Javier COYLE | Bárbara LUX | Verónica Inés VOLBERG

Hospital de Clínicas José de San Martín

Introducción: La HTA es el principal factor de riesgo cardiovascular modificable de la primera causa de muerte evitable en Argentina. El Registro Nacional de Hipertensión Arterial (RENATA 2, 2016) estimó una prevalencia del 36,3% en adultos, con tasas de conciencia (57%), tratamiento (52%) y control (31,8%) aún insuficientes. El Consenso de HTA de la Sociedad Argentina de Cardiología/SAHA 2025 establece como prioridades la detección oportunista, el control estricto (TA <140/90 mmHg, y <130/80 en alto riesgo) y la evaluación sistemática de daño orgánico subclínico mediante protocolo vascular. Las jornadas comunitarias de prevención cardiovascular representan una estrategia efectiva para alcanzar poblaciones con acceso limitado al sistema de salud.

Tabla 1. Prevalencia, conciencia y control de la presión arterial: comparación con RENATA 2 y Consenso HTA Argentina 2025 (n=422)

Variable	Este estudio (n=422)	RENATA 2	Consenso HTA Arg. 2025
Sexo femenino	65.2% (N=105)	46.3%	Mayor riesgo posmenopausia
Edad media (años)	63,8 años	43,5 +/- 17	Evaluación a partir de 18 años
TAS media (mmHg)	137,6 ± 22,2	127.4 ± 19.2	Óptima < 120/80 mmHg
TAD media (mmHg)	85,1 ± 12,7	79.3 ± 12	Normal < 80 mmHg
Normotensos	25,6% (n=108)	63.7%	—
HTA total (conocida + nueva)	74,4% (n=314)	36.3%	35% en ≥18 años
HTA conocida (conciencia de la enfermedad)	38,2% (n=161)		Detección oportunista recomendada
HTA conocida, tratada y en metas	18% (n= 29)	43.6%	Meta: ≥50% tratados controlados
HTA conocida, tratada y fuera de metas	64.6% (n=104)		Ajuste terapéutico mandatorio
HTA conocida y no tratada	17.4% (n=28)	5.7%	Inicio inmediato de tratamiento

Objetivos: Evaluar la prevalencia, conciencia y control de la presión arterial en participantes de campaña de prevención cardiovascular (n=422), describir su perfil de riesgo cardiovascular global y comparar los resultados con el RENATA 2 y las recomendaciones del Consenso SAC/SAHA 2025.

Tabla 2. Factores de riesgo cardiovascular y marcadores de daño orgánico subclínico (n=422)

Factor de Riesgo / Marcador	Este estudio (n=422)	RENATA 2	Consenso HTA Arg. 2025
Obesidad (IMC ≥30 kg/m²)	41,9% (n=177)		Pérdida peso ↓5-10 mmHg TA
Sobrepeso (IMC 25–29,9 kg/m²)	35,3% (n=149)		Riesgo intermedio
IMC medio (kg/m²)	29,2 ± 5,6		FRCV mayor; impacta en HTA
Sedentarismo	50,2% (n=212)	56.4%	Ejercicio aeróbico: ↓4/3 mmHg
Tabaquismo activo	13,0% (n=55)	26.9%	FRCV independiente; cese obligatorio
Dislipemia	43,1% (n=182)	17.1%	Suma riesgo CV global; estatinas si indicadas
Diabetes mellitus	11,6% (n=49)	6%	Meta TA <130/80 mmHg en diabéticos
Ateromatosis subclínica	60,0% (n=253)		Reclasifica a riesgo alto; modifica tto.
ECG patológico	23,5% (n=99)		Daño órgano blanco cardíaco
Riesgo CV alto/muy alto (Score OPS + PADI)	52,8% (n=223)		Intervención intensiva; tto. combinado
Uso de estatinas	23,9% (n=101)		Indicadas en riesgo alto + LDL elevado

Materiales y Métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo. Se incluyeron 422 participantes adultos (≥18 años) que concurrieron voluntariamente a una campaña prevención cardiovascular. Se registraron variables sociodemográficas, presión arterial, medidas antropométricas, electrocardiograma de 12 derivaciones y ecografía vascular bilateral de carótidas y femorales. El riesgo cardiovascular global se estratificó mediante score OPS/PAHO y se reestadificó incorporando hallazgos del Doppler vascular. Se definió HTA como TA >140/90 mmHg o antecedente conocido; la conciencia de la enfermedad como autorreporte previo de diagnóstico; Las categorías de HTA se clasificaron en: normotensos (menor a 130/80), HTA conocida no tratada, HTA conocida tratada en metas (menor a 130/80 mmHg) y HTA conocida tratada fuera de metas.

Resultados: Se evaluaron 422 participantes (70.9% mujeres; edad media 58 años). Solo el 25,6% resultó normotenso. La prevalencia de HTA total (conocida de la enfermedad + nueva detección) alcanzó el 74,4%. La conciencia de la enfermedad fue del 38,2%: notablemente inferior al 57% de RENATA 2. El 25,8% presentó HTA no conocida (detección en la campaña). De los hipertensos conocidos y tratados, apenas el 18% estaba en metas tensionales, frente al 43.6% de RENATA 2. En el 60% de los pacientes se evidenció ateromatosis subclínica y el 52,8% fue reclasificado a riesgo alto/muy alto tras la incorporación del Doppler vascular. Los resultados detallados se presentan en las tablas 1 y 2.

Conclusión: Esta campaña revela una brecha crítica en el manejo de la HTA: incorporar la tensión arterial limítrofe como umbral cambia significativamente la prevalencia respecto al RENATA 2 (74,4% vs 36,3%), y control dramáticamente inferior (18% vs 46.3%). La alta prevalencia de ateromatosis subclínica (60%) y de riesgo cardiovascular alto/muy alto (52,8%), junto con la elevada carga de factores modificables (obesidad 41,9%, sedentarismo 50,2%), configuran un perfil de riesgo severo y sub tratado. En concordancia con el Consenso SAC/SAHA 2025, estos hallazgos sustentan la implementación urgente de programas estructurados de detección precoz, educación en salud y seguimiento a largo plazo, priorizando el tratamiento combinado y las estrategias de reducción de riesgo cardiovascular global en esta población vulnerable.

0830-TRANSTIRETINA SÉRICA EN AMILOIDOSIS CARDÍACA: ¿PRECURSOR AMILOIDOGÉNICO O BIOMARCADOR DEL ESTADO INFLAMATORIO-CATABÓLICO?

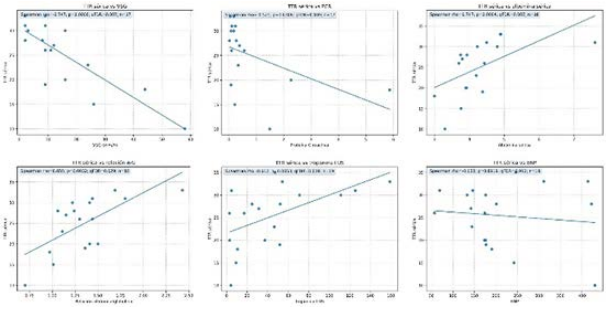
Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Luciano Gastón COLELLA PAGELLA[1] | Ignacio GANDINO[1] | Alcides GUILLARDOT[1] | Natalia LABARTA[1] | María Florencia DEL BUSTIO[1] | Luis Enrique GOMEZ[1] | Juan Pablo COSTABEL[2] | Andrés Nicolás ATAMAÑUK[1]

Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández[1]; ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires[2]

Introducción: La amiloidosis cardíaca por transtiretina (ATTR) es una miocardiopatía infiltrativa caracterizada por el depósito extracelular de fibrillas derivadas de la transtiretina (TTR). Además de su participación en la fisiopatología de la enfermedad, la TTR circulante se comporta como un reactante negativo de fase aguda, pudiendo disminuir en distintos contextos asociados a inflamación sistémica. Sin embargo, el significado clínico de los niveles séricos de TTR en pacientes con ATTR permanece insuficientemente caracterizado.

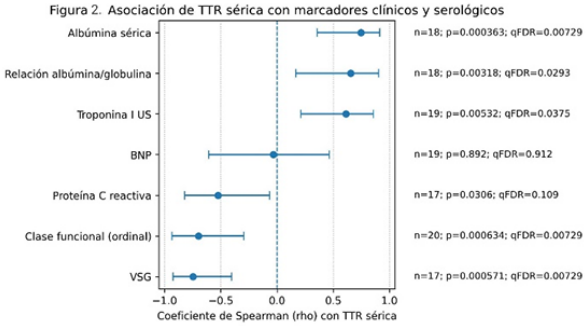
Objetivos: Evaluar la asociación entre los niveles séricos de TTR y variables clínicas, inflamatorias y bioquímicas en pacientes (P) con amiloidosis cardíaca por transtiretina.



Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, analítico. Realizado en un hospital público entre octubre de 2024 y octubre de 2025. Se incluyeron P > 18 años con diagnóstico confirmado de ATTR. Se excluyeron aquellos en tratamiento específico para ATTR, fallas renal o hepática significativas, infección activa, enfermedades inflamatoria

o neoplásica activas, desnutrición, estados hipercatabólicos, pérdidas proteicas, hipertiroidismo no controlado y aquellos sin consentimiento de su participación. Se analizó la asociación entre TTR sérica y variables clínicas, bioquímicas e inflamatorias, incluyendo VSG, PCR, albúmina, relación albúmina/globulina, BNP, TnI y CF. Se consideró valor bajo de TTR < 20 mg/dl. Las asociaciones se evaluaron mediante correlación de Spearman y pruebas comparativas. Las variables continuas se expresaron como media ± DE o mediana [RIC], según distribución. La clase funcional fue analizada como variable ordinal. Se consideró significativo p < 0,05.

Figura 2. Asociación de TTR sérica con marcadores clínicos y serológicos



Resultados: Se evaluaron 37 P consecutivos, 20 con criterios de inclusión. Edad 79,4±6 años, 80% hombres. La concentración media de TTR sérica fue de 25,9±6,9mg/dl. El 30% presentó valores inferiores a 20 mg/dl. La TTR mostró correlación positiva con la albúmina sérica (rho = 0,747; p = 0,0006), la relación albúmina/globulina (rho = 0,655; p = 0,003), y la TnI (rho = 0,612; p = 0,005). Asimismo, se observó una correlación negativa con la VSG (rho =-0,747; p = 0,00057), la PCR (rho = -0,597; p = 0,0006) y la clase funcional (rho = -0,697; p = 0,00063). No se observó asociación significativa entre TTR y BNP (rho = -0,033; p = 0,89). Al comparar los pacientes según los niveles de TTR, aquellos con TTR < 20 mg/dl, presentaron peor clase funcional (mediana CF III versus CF I-II; p = 0,008), mayores valores de VSG (26 [16-44] versus 9 [2,75-11,25] mm/h; p = 0,017) y menores concentraciones de albúmina sérica (3,83 [3,42-3,92] vs 4,33 [3,90-4,82] g/dl; p = 0,041).

Conclusión: Este estudio piloto prospectivo evidencia que en pacientes con ATTR, los niveles bajos de TTR sérica se asocian estrechamente con una mayor actividad inflamatoria, hipoalbuminemia y un marcado deterioro de la clase funcional. Estos hallazgos sugieren la existencia de un eje inflamatorio-catabólico sistémico subyacente que trasciende el compromiso miocárdico puramente infiltrativo, proponiendo a la TTR no solo como precursor amiloidogénico, sino como un biomarcador dinámico de severidad clínica y estado metabólico. Si bien la naturaleza observacional de este estudio no permite definir los mecanismos íntimos ni evaluar la estabilidad conformacional de la proteína, estos resultados abren una nueva perspectiva fisiopatológica en el paradigma clásico de la enfermedad que requiere ser evaluada en futuras investigaciones longitudinales.

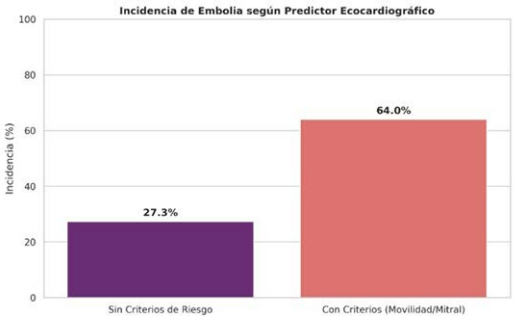
0831 - PREDICTORES ECOCARDIOGRÁFICOS DE RIESGO EMBÓLICO EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA IZQUIERDA: CARACTERIZACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA Y PROPUESTA DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

Multimagen / Valvulopatías

Celeste Antonella ACEVEDO | Cecilia CABRAL | Juan Enrique CIMA | Natalia Elizabeth FIRMAPAZ | Macarena GRAZIOSETTI | Cristela Itatí MACIN | **Tomas Alejandro PRESTER** | Cindi Acsa TIMOFIEJUK

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: La endocarditis infecciosa izquierda presenta una elevada morbimortalidad, en gran medida relacionada con las complicaciones embólicas sistémicas, especialmente aquellas que afectan al sistema nervioso central. Si bien el tamaño de la vegetación ha sido tradicionalmente considerado el principal marcador ecocardiográfico de riesgo embólico, otros factores como su movilidad y localización valvular podrían aportar información pronóstica adicional. En particular, el compromiso mitral y las vegetaciones móviles podrían favorecer la fragmentación y embolización. Por ello, resulta de interés evaluar modelos ecocardiográficos que integren múltiples características de la vegetación para mejorar la identificación de pacientes con mayor riesgo embólico.



Objetivos: Evaluar la asociación entre características ecocardiográficas, tamaño localización y movilidad de las vegetaciones valvulares con la ocurrencia de embolias isquémicas sistémicas en pacientes con endocarditis infecciosa izquierda.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico que incluyó pacientes mayores de 18 años en

el Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral" con diagnóstico de endocarditis infecciosa izquierda de válvula nativa según criterios de Duke modificados 2023. Se excluyeron los casos de endocarditis derecha, protésica, asociada a dispositivos intracavitarios, endocarditis probable y aquellas entidades que pudieran simular vegetaciones (trombo intracavitario, mixoma, fibroelastoma o calcificación valvular degenerativa). Se analizaron las características ecocardiográficas de las vegetaciones, particularmente su tamaño, movilidad y localización valvular (aórtica o mitral). El evento principal fue la ocurrencia de embolia sistémica documentada clínica o imagenológicamente. Para el análisis estadístico se utilizaron la prueba U de Mann-Whitney para comparar tamaños de vegetación y pruebas de chi-cuadrado, razón de verosimilitud y Fisher para evaluar la asociación entre el predictor combinado de vegetación móvil y/o localización mitral y la presencia de embolia.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa izquierda y presencia de vegetaciones valvulares evidenciadas por ecocardiografía. La embolia sistémica se presentó en el 52,8% de los pacientes. El territorio más afectado fue el sistema nervioso central, comprometido el 84,2% de los pacientes con embolia. En cuanto a la localización, la vegetación aórtica se observó en el 63,9% y la mitral en el 47,2%. Con relación a la movilidad, el 63,9% presentó vegetaciones con alta movilidad y el 36,1% con baja movilidad. Respecto del tamaño, no se observó asociación significativa con embolia sistémica, tanto en vegetaciones aórticas (p = 0,644) como mitrales (p = 0,531). La localización analizada de forma aislada no fue significativa. Con relación a la movilidad aislada tampoco mostró asociación significativa. Finalmente, el predictor combinado de localización mitral y alta movilidad estuvo presente en el 69,4% de los pacientes y se asoció significativamente con mayor frecuencia de embolia sistémica: 64,0% frente a 27,3% en pacientes sin el predictor (p = 0,042).

Conclusión: En pacientes con endocarditis infecciosa izquierda, los predictores ecocardiográficos de embolia sistémica que resultaron estadísticamente significativos fueron el combinado de vegatacion móvil y localización mitral.

0832 - EXPERIENCIA INICIAL DE ABLACIÓN POR CAMPO PULSADO PARA FIBRILACIÓN AURICULAR EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

Arritmias y Electrofisiología

Rocío Belén BENITO | Guillermo Alejandro CARNERO | Mauricio MYSUTA | Mariel ALVAREZ CORREA | Julio Alejandro FLORES | Arturo BOZZA | Martina WAHNSCHAFFE | José Luis GONZÁLEZ

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: El aislamiento de venas pulmonares (AVP) para la fibrilación auricular (FA), se realizaba mediante energías térmicas (radiofrecuencia o crio ablación). Actualmente, la ablación por campo pulsado (PFA) surge como modalidad innovadora que utiliza campos eléctricos de alta intensidad para inducir la electroporación irreversible de los cardiomiocitos, permitiendo una ablación efectiva con selectividad tisular y preservando, en teoría, la integridad de tejidos adyacentes.

Objetivos: Evaluar eficiencia, seguridad y eficacia aguda de la PFA para el AVP en pacientes con FA en nuestra experiencia inicial.

Materiales y Métodos: Registro prospectivo, observacional, unicéntrico. Se incluyeron pacientes ≥18 años con FA no valvular, paroxística y persistente, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) ≥30%, aurícula izquierda (AI) normal a moderadamente dilatada, primer abordaje o re-ablación. Se registraron datos demográficos y variables del procedimiento en una base de datos. Protocolo: Bajo anestesia general y guía con ecografía intracardíaca, se realizó una única punción transeptal. Se administró heparina sódica para mantener un tiempo de coagulación activado entre 350-400 segundos. -Sistema FARAPULSETM (Boston Scientific): vaina FARADRIVETM 13F y catéter de ablación FARAWAVE™ (pentaspline 20 electrodos, 12F, over-the-wire), 8 aplicaciones por cada vena pulmonar: 4 en flor y 4 en cesta. -Sistema VARIPULSETM (Johnson & Johnson): reconstrucción anatómica de AI mediante SoundFAM o mapa de voltaje con catéter multipolar OCTARAYTM u OPTRELLTM (según disponibilidad), una vaina deflectable bidireccional VIZIGOTM 8.5F y catéter de ablación VARIPULSETM (circular, loop variable 10 electrodos, 8F), 4 ablaciones por vena. Se realizó cierre femoral con punto en ocho y alta en el día. Seguimiento: Control clínico y electrocardiograma a las 48 horas; ecocardiograma y Holter de 48 horas al mes, 3 y 6 meses. Las complicaciones se evaluaron a lo largo de este tiempo.

Resultados: octubre 2025 a mayo 2026 = 50 pacientes sometidos a PFA: 32 (64%) con VARIPULSETM y 18 (36%) con FARAPULSETM. Edad promedio 65 ± 9 años, 64% hombres. 70% con FA paroxística, CHADS VA promedio 2. FEVI promedio 58±7%, AI volumen indexado promedio 39±5 ml/m² y área promedio 23±5 cm2. Taquimiopatía en

8%, 2% presentaba un dispositivo implantado previo. El 48% fue evaluado mediante Angiotomografía o Resonancia Magnética antes del procedimiento, 75% con 4 venas pulmonares. El 94% recibía anticoagulantes orales directos, 76% betabloqueantes, 38% amiodarona y 30% fármacos antiarrítmicos clase IC. Tiempo de procedimiento promedio 82±18 minutos, tiempo promedio en AI 27±6 minutos. En el 58% se utilizó radioscopia (tiempo promedio 2.3±3 minutos), el 42% restante fluorless. AVP en el 100% de los casos. Con VARIPULSETM aplicaciones adicionales en pared posterior/box en 5 pacientes (10%) y en vena cava superior en 2 (4%); con FARAPULSETM 1 istmo cavotricuspídeo (2%). Dentro de los 30 días post ablación 1 paciente (2%) presentó accidente isquémico transitorio. En el seguimiento a 3 y 6 meses, el 96% de los pacientes permaneció libre de recurrencia.

Conclusión: La PFA es una estrategia eficiente y segura para el tratamiento de la FA en nuestro medio, logrando el AVP con mínima o nula radioscopia. La consistencia en seguridad y eficacia aguda consolida a la electroporación como una alternativa robusta y competitiva frente a las energías térmicas.

0836 - SCORE DE INFLAMACIÓN RESIDUAL Y ACOPLAMIENTO INFLAMACIÓN–VASCULAR: ANÁLISIS EXPLORATORIO DEL ESTUDIO OMECARDIO

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Sebastian Eduardo OBREGON[1] | Rocío MARTINEZ VIVOT[2] | Ezequiel HUGUET[3] | Cristian BELTRAMO[4] | Laura MONTECHIESI[4] | Leopoldo MARCON[4] | Alfredo Federico LOZADA[1] | Carol KOTLIAR[3]

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL[1]; Instituto de Investigaciones Biomédicas (UCA-CONICET), Fac de Medicina. Univ. Católica Argentina[2]; SANTA MARÍA DE LA SALUD, Y LAB. INVESTIGACIÓN CLÍNICA, CONICET-BIOMED,UCA[3]; Santa Maria de la Salud[4]

Introducción: A pesar del tratamiento farmacológico estándar de la hipertensión arterial y la dislipidemia, muchos pacientes persisten con inflamación residual de bajo grado y alteraciones vasculares subclínicas. La determinación de perfiles de riesgo asociados a inflación es muchas veces teórica y se necesitan estandarizar biomarcadores de fácil acceso y seguimiento para la práctica cotidiana. En este contexto se evaluó en la población de participantes del estudio OMECARDIO si la integración de biomarcadores inflamatorios simples y disponibles podría contribuir a caracterizar fenotipos inflamatorio-vasculares residuales con potencial relevancia en prevención cardiovascular.

Objetivos: Evaluar el impacto de la suplementación con ácidos grasos omega-3 sobre un índice integrado de inflamación residual y explorar su asociación con cambios vasculares y hemodinámicos en pacientes cardiometabólicos.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis exploratorio del estudio OMECARDIO, ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo (autorizado por ANMAT-Clin.trial.gov) en el que se incluyeron adultos con hipertensión arterial y dislipidemia bajo tratamiento estable, randomizados a recibir omega-3 altamente purificado (2 g/día EPA+DHA) o placebo durante 12 semanas. Para caracterizar inflamación residual se construyó el Composite Residual Inflammation Score (CRIS o RIS) o Score de Inflamación Residual, integrando proteína C reactiva ultrasensible (PCR-us) y relación neutrófilo/linfocito (RNL) mediante estandarización robusta por z-scores. Los efectos longitudinales fueron evaluados mediante modelos lineales mixtos con intercepto aleatorio por sujeto. Las asociaciones entre cambios inflamatorios y variables vasculares/hemodinámicas se evaluaron mediante correlaciones de Spearman entre deltas (post–pre).

Resultados: Se incluyeron 100 participantes (57 años; 45% mujeres). PCR-us y RNL mostraron correlación moderada y significativa ($p = 0,34$; $p < 0,001$). El análisis longitudinal demostró una interacción significativa grupo × tiempo para RIS ($p = 0,003$), evidenciando una reducción diferencial del score inflamatorio en el grupo omega-3 respecto al placebo. Los cambios en RIS se asociaron significativamente con cambios en la velocidad de onda de pulso carotídeo-femoral estimada (delta cfPWV; $p = 0,44$; $p = 0,005$), sugiriendo un acoplamiento dinámico entre modulación inflamatoria y mejoría de la rigidez arterial, y PASc.

Conclusión: En pacientes cardiometabólicos bajo tratamiento farmacológico estándar persiste un fenotipo inflamatorio residual detectable mediante biomarcadores clínicamente accesibles. La suplementación con omega-3 se asoció con una reducción significativa del RIS y con mejorías vasculares paralelas, particularmente en rigidez arterial. Estos hallazgos sugieren la existencia de un acoplamiento dinámico entre inflamación residual y salud vascular, y respaldan la utilidad de biomarcadores simples para colaborar en la detección y seguimiento del riesgo residual más allá del tratamiento convencional y las metas estandarizadas.

0837 - TAQUICARDIOMIOPATÍA INDUCIDA POR EXTRASÍSTOLES VENTRICULARES CUANDO LA ABLACIÓN POR CATÉTER MEJORA LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR

Arritmias y Electrofisiología

Rocío Belén BENITO | Mauricio MYSUTA | Guillermo Alejandro CARNERO | Mariel ALVAREZ CORREA | Arturo BOZZA | Martina Belén WAHNSCHAFFE | Victoria RIZZO CISMONDO | José Luis GONZÁLEZ

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: Las extrasístoles ventriculares (EV) son una entidad benigna en ausencia de cardiopatía estructural. Hoy las guías de práctica clínica internacionales sugieren que una carga de EV superior al 10-15% en Holter de 24 horas constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de taquicardiomiopatía (TCM), posicionando a la ablación por catéter como terapia de primera línea.

Objetivos: Evaluar éxito agudo, eficacia y seguridad de la ablación por catéter de EV en pacientes (pts) con TCM.

Materiales y Métodos: Registro prospectivo, observacional, unicéntrico. Se incluyeron pts ≥18 años con alta densidad arrítmica de EV y TCM. Métodos diagnósticos ambulatorios: Electrocardiograma, Holter de 24 horas, Ecocardiograma Doppler y Resonancia Magnética Cardíaca en todos los pts. Se registran datos demográficos y variables del procedimiento de cada paciente sometido a ablación de EV en una ficha interna, son procesados en una base de datos y analizados. Alta densidad arrítmica: Carga de EV en Holter ≥10-15%. TCM: Deterioro de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) ≥10% respecto al basal en Ecocardiograma Doppler o Resonancia Magnética Cardíaca. Protocolo de ablación Mediante guía ecográfica vascular se realizan accesos femorales, se introducen catéter cuadripolar deflectable para registro del seno coronario, catéteres multipolares HD GRIDTM o PENTARAYTM para mapeo, catéteres irrigados externos TactiCathTM (Abbott) o Thermocool SmartTouchR SF (Johnson & Johnson) para mapeo y ablación, en algunos casos sonda de ecografía intracardiaca, a criterio del operador. Reconstrucción tridimensional con sistema de mapeo NAVX En-SITE (Abbott) o CARTO 3 (Johnson & Johnson). En todos los casos se esperaba precocidad ≥20 ms en sitio de interés para considerarlo significativo. Análisis estadístico Las variables categóricas se expresan como números y porcentajes, las continuas como medias y desviación estándar.

Edad promedio	48 +/- 17
Hombres	15 (75%)
HTA	4 (20%)
DBT II	1 (5%)
Betabloqueantes	5 (25%)
Antiarritmicos IC	5 (25%)
Ablación previa	6 (30%)
Sintomas	10 (50%)
TVNS	4 (20%)
Porcentaje promedio de EV por Holter	26 +/- 11
Porcentaje promedio de FEVI	40 +/- 5
Tiempo promedio procedimiento	136 +/- 58
Tiempo promedio radioscopia	13 +/- 18
Uso de catéter multipolar	5 (25%)
Uso del ICE	11 (55%)
Precocidad promedio	28 +/- 9
Exito agudo	18 (90%)
Recurrencia	3 (15%)
FEVI promedio post ablación	55 +/- 4

Resultados: junio 2018 a mayo 2025 = 424 ablaciones de EV en diferentes regiones anatómicas. El 4.7% (n=20) desarrolló TCM, éstos fueron los pts analizados. Edad promedio 48±17 años, sexo masculino 75%. 50% de los pts se encontraba sintomático y 20% presentó taquicardia ventricular no sostenida. Al momento del procedimiento 25% recibía betabloqueantes y 25% fármacos antiarrítmicos clase IC. El 30% ya presentaba una ablación previa. La carga arrítmica promedio mediante Holter de 24 horas fue del 26±11%. La valoración promedio de FEVI de 40±5%. Tiempo promedio de procedimiento 136±58 minutos y de radioscopia 13±18 minutos. En 25% de los casos para mapeo se empleó un catéter multipolar, en el porcentaje restante se mapeó con el mismo catéter de ablación. Precocidad promedio en el sitio de interés 28±9 ms. Ecografía intracardíaca en 55%. Localización anatómica: 30% tracto de salida del ventrículo derecho, 30% tracto de salida del ventrículo izquierdo, 15% summit, 10% pared libre del ventrículo derecho, 5% músculo papilar izquierdo, 5% válvula mitral y 5% gran vena cardiaca del seno coronario. Éxito agudo de la ablación en el 90% (n=18), registrándose mejoría de la disfunción ventricular por ecocardiograma en todos, FEVI promedio de 55±4%. Durante el seguimiento (1, 3, 6, 9 y 12 meses), recurrencia 15%.

Conclusión: La ablación por catéter de EV en pts con TCM demostró una elevada tasa de éxito agudo, asociada a marcada y significativa recuperación de la FEVI en seguimiento. Hallazgos que reafirman la ablación como estrategia terapéutica eficaz y segura para revertir la disfunción ventricular izquierda inducida por alta carga arrítmica.

0841 - IMPACTO DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA EN LA EFICACIA DE LA SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DEL ANCIANO

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Investigación Básica

Maria Agostina VERRI | Juan Manuel SILVA VILLALBA | Ezequiel MINISINI | Juan Pablo MESA BELLUCCI | Hernán LEWICKI | Juan Pablo GUZMÁN | Lucrecia SECCO | Francisco TOSCANO

Hospital Churruca - Visca

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) avanzada en pacientes muy añosos frecuentemente involucra al ventrículo derecho (VD), generando hipertensión venosa renal y profunda resistencia diurética. En este escenario terminal, revertir la congestión sistémica y evitar la toxicidad farmacológica es un reto humano y médico formidable. La infusión de solución salina hipertónica (SSH) combinada con diuréticos de asa ha demostrado utilidad clínica, pero existe escasa evidencia sobre si la disfunción sistólica derecha preexistente limita la capacidad de esta terapia para forzar la diuresis y corregir la hiponatremia dilucional.

Objetivos: Analizar si el grado de disfunción del VD determina la magnitud de la respuesta clínico-bioquímica tras la administración de SSH y furosemida intravenosa en pacientes gerontes hospitalizados por descompensación aguda.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico sobre 15 episodios de descompensación grave. La función del VD se estratificó mediante la excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo (TAPSE). Se definieron dos cohortes comparativas: disfunción derecha evidente (TAPSE <17 mm) versus función conservada o levemente deprimida (TAPSE =17 mm). Se contrastó la variación de la natremia y la clase funcional (CF) al ingreso y egreso utilizando la prueba de Student para muestras independientes y pareadas, reportando la incertidumbre mediante intervalos de confianza del 95%.

TABLA 1. Características basales según función ventricular derecha

Variable	TAPSE <17 mm (n = 5)	TAPSE ≥17 mm (n = 10)	p
Edad (años), media ± DE	84,6 ± 9,6	82,1 ± 11,5	0,68
Sexo masculino, n (%)	3 (60%)	6 (60%)	1,00
Fibrilación auricular, n (%)	4 (80%)	7 (70%)	0,62
Hipertensión arterial, n (%)	4 (80%)	8 (80%)	1,00
Enfermedad renal crónica (ERC ≥ estadio 3), n (%)	4 (80%)	7 (70%)	0,62
FEVI (%), media ± DE	52,2 ± 12,1	54,7 ± 11,3	0,72
TAPSE (mm), media ± DE	11,2 ± 3,1	21,8 ± 3,7	<0,001
PSAP (mmHg), media ± DE	54,6 ± 12,8	48,1 ± 11,5	0,29
Natremia al ingreso (mEq/l), media ± DE	124,8 ± 3,9	125,6 ± 4,1	0,74
Clase funcional (NYHA) al ingreso, CF IV, n (%)	5 (100%)	10 (100%)	1,00

DE: desvío estándar; ERC: enfermedad renal crónica; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; PSAP: presión sistólica de arteria pulmonar; TAPSE: excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo; CF: clase funcional (NYHA).

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes con una edad media de 83,0 ± 10,9 años. El 33,3% (n=5) presentó disfunción severa del VD con un TAPSE medio de 11,2 mm, mientras que el 66,6% (n=10) evidenció un TAPSE ≥17 mm (media de 21,8 mm). Al ingreso, ambas cohortes presentaban cuadros de extrema gravedad clínica, con predominio absoluto de CF IV e hiponatremia severa. Posterior a la intervención con furosemida y SSH, la recuperación del gradiente de sodio sérico fue contundente y estadísticamente idéntica en ambos estratos: se observó un incremento medio de +8,2 mEq/l en el grupo con TAPSE reducido frente a +8,0 mEq/l en el grupo con TAPSE ≥17 mm (p=NS) (figura 1). En los 11 pacientes que sobrevivieron al shock y la internación, el rescate sintomático fue universal, logrando el egreso hospitalario en CF II de forma independiente al compromiso basal del VD (figura 2).

Conclusión: La disfunción del VD, un histórico marcador de mal pronóstico y refractariedad terapéutica por estasis venosa renal, no atenúa el poder de rescate osmótico de la intervención. La estrategia combinada de furosemida y SSH demostró ser una herramienta universalmente eficaz para quebrar el círculo vicioso de la congestión en ancianos frágiles, garantizando la corrección del medio interno y el alivio sintomático incluso en presencia de claudicación ventricular derecha severa.

0842 - PUEDE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA CONDUCIR A UNA MEJORÍA EN LAS LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD?

Medicina Vascular

Ezequiel LOZANO CHIAPPE[1] | Maximiliano MARTIN[1] | Belén DAVICO[1] | Leonardo GOMEZ ROSSO[1] | María Gabriela BALLERINI[1] | Axel BESKOW[2] | Dong WOO[2] | Fernando BRITES[1]

CONICET - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas[1]; Hospital Italiano de Buenos Aires[2]

Introducción: La cirugía bariátrica (CB) representa la intervención más exitosa en pacientes con obesidad severa. Sus beneficios incluyen la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) asociado a dislipemia e inflamación. En este contexto, las lipoproteínas de alta densidad (HDL) representan la única fracción con propiedades antiaterogénicas.

Estas son determinadas por la presencia de proteínas y enzimas asociadas como la proteína transportadora de colesterol esterificado (CETP), la licitina: colesterol aciltransferasa (LCAT) y la paraoxonasa 1 (PON1). El objetivo del presente trabajo fue estudiar el efecto de la CB sobre estas proteínas y enzimas.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo fue estudiar el efecto de la CB sobre estas proteínas y enzimas.

Materiales y Métodos: Treinta y nueve pacientes adultos con obesidad severa provenientes del Hospital Italiano de Buenos Aires fueron evaluados antes, 6 y 12 meses después de la CB por bypass gástrico en Y de Roux. Se registraron el peso, la talla y el índice de masa corporal (IMC). Se determinaron el hemograma, la glucemia, la proteína C reactiva ultrasensible (PCRus) y el perfil lipídico. Las actividades de CETP y LCAT se cuantificaron mediante métodos radiométricos, y las de paraoxonasa (PON) y arilesterasa (ARE) de la enzima PON1 a través de ensayos espectrofotométricos.

Resultados: El IMC disminuyó significativamente a los 6 y 12 meses después de la CB ($p<0,01$). Los niveles de glucosa, triglicéridos y PCRus disminuyeron a los 6 meses y se mantuvieron bajos a los 12 meses ($p<0,05$). Las concentraciones de C-HDL aumentaron significativamente a los 6 y 12 meses ($p<0,01$). La actividad de CETP se redujo significativamente a los 12 meses ($p<0,05$), mientras que la actividad de LCAT aumento significativamente a los 12 meses respecto al nivel basal ($p<0,05$). Ambas actividades de PON1 disminuyeron a los 6 meses, recuperándose hasta alcanzar los valores basales a los 12 meses ($p<0,05$).

Conclusión: La cirugía bariátrica permitió, no solo la pérdida de peso, sino también una corrección del perfil lipídico e inflamatorio, la cual también se vio reflejada en una disminución de la actividad de CETP en paralelo con un aumento en la actividad de LCAT. En conjunto, estos cambios contribuirían a una mejoría en la calidad y funcionalidad cardioprotectora de las HDL, disminuyendo así el riesgo de ECV de los pacientes afectados.

0844 - UTILIDAD DE DISTINTAS FUNCIONES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ASOCIACIÓN CON ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA Y EVENTOS CARDIOVASCULARES

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Lorenzo Martín LOBO | Martín Adolfo SCHITTER | Rodrigo ESPARZA IRAOLA | Carlos Javier BUSO | Mariano NEMEC | Franco LAPETTINA | Laura Mercedes Juana BRANDANI | Gustavo GIUNTA

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: Los puntajes de riesgo cardiovascular (RCV) son ampliamente utilizados en prevención primaria; sin embargo, su capacidad para predecir eventos clínicos o marcadores subrogantes de enfermedad cardiovascular (ECV), como aterosclerosis subclínica, pueden variar según la población evaluada. Dado que los pacientes con diabetes tipo 2(DBT 2) presentan mayor RCV, resulta relevante conocer el desempeño de distintas funciones de riesgo en esta población.

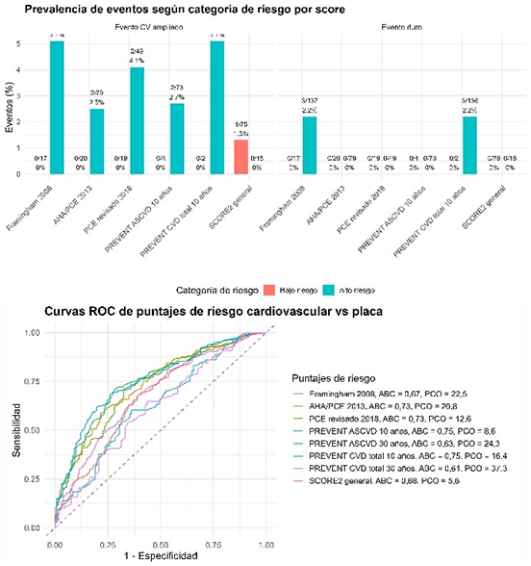
n	Global	Ausencia de PC	Presencia de PC	p
	682	228	449	
Edad (media (DS))	61.9 (10.6)	55.6(11.5)	65.1 (8.6)	<0.001
COL (media (DS))	184.9 (42.2)	180.9 (42.7)	186.7 (41.9)	0.093
HDL (media (DS))	47.5 (11.5)	46.5 (10.3)	48.0 (12.1)	0.116
TAS (media (DS))	128.6 (15.3)	127.2 (16.0)	129.4 (14.9)	0.087
Peso (media (DS))	88.1 (18.1)	92.1 (18.3)	87.2 (17.7)	0.001
Talla (media (DS))	166.9 (8.9)	166.5 (8.9)	167.2 (9.0)	0.342
IMC (media (DS))	31.8 (5.7)	33.2 (6.4)	31.1 (5.2)	<0.001
eGFR (media (DS))	85.9 (17.8)	91.7 (16.2)	83.0 (17.6)	<0.001
Sexo Femenino (%)	228 (33.4)	95 (41.7)	132 (29.4)	0.002
HTA (%)	437 (64.1)	128 (56.1)	305 (67.9)	0.003
TBQ (%)	106 (15.5)	31 (13.6)	74 (16.5)	0.386
ESTATINAS (%)	259 (38.0)	77 (33.8)	181 (40.3)	0.116

Puntaje	Bajo	Limitrofe	Intermedio	Alto
Framinghan	7.9%	NA	20.8%	54.7%
PCE 2013	7.6%	4.3%	28.9%	39.7%
PCE 2018	6.5%	6.3%	32.0%	23.9%
Prevent ASCVD	2.6%	6.9%	26.5%	34.0%
Prevent CVD	1.2%	2.2%	11.9%	54.8%
SCORE 2	23.0%	NA	36.7%	9.1%

Objetivos: Describir el riesgo cardiovascular de una cohorte de pacientes con DBT 2 sin ECV conocida; comparar la capacidad de distintos puntajes de riesgo para discriminar la presencia de placa aterosclerótica carotídea; describir, en una subcohorte con seguimiento, la ocurrencia de eventos cardiovasculares y la sobrevida libre de eventos

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de la HC informatizada entre 1/2017 y 4/26. Se incluyeron 682 pacientes con DBT 2 sin ECV conocida. Se calcularon distintas funciones de riesgo cardiovascular: Framingham 2008, AHA/PCE 2013, PCE revisado 2018, PREVENT ASCVD y CVD total a 10 y 30 años, y SCORE2. La presencia de placa aterosclerótica carotídea (PAC) se determinó por ultrasonido y fue utilizada como marcador de aterosclerosis subclínica. La capacidad discriminativa de los scores se evaluó mediante curvas ROC y su área bajo la curva (ABC e IC95%), con determinación del punto de corte óptimo por índice de Youden. Las ABC se compararon mediante test de DeLong, con ajuste por comparaciones múltiples mediante Bonferroni y Benjamini-Hochberg. En una subcohorte con seguimiento

se evaluó la prevalencia de eventos duros —muerte, IAM o ACV/TIA— y de evento cardiovascular ampliado —muerte, IAM, ACV/TIA, CRM, ATC o revascularización periférica. Dado el bajo número de eventos, se realizó un análisis exploratorio de vida libre de eventos mediante curvas de Kaplan-Meier. Las variables continuas se expresaron como media ± DE o mediana (RIC), según su distribución, y las categóricas como porcentajes. Se consideró significativa una p bilateral <0,05.



Resultados: Se incluyeron 682 pacientes; 33,4% mujeres, 64,1% hipertensos, 15,5% TBQ y 38% recibían estatinas. Los pacientes con PAC presentaron mayor proporción de hombres (70,6% vs. 29,4%; p=0,002), mayor prevalencia de HTA (67,9% vs. 56,1%; p=0,003) y mayor edad (65,1 ± 8,6 vs. 55,6 ± 11,5 años; p<0,001). Fig 1. La función con mayor ABC fue PREVENT CVD total a 10 años (ABC 0,75; IC95% 0,71–0,80), con un punto de corte óptimo de 16,4%. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los scores luego del ajuste por comparaciones múltiples. En la subcohorte con seguimiento, la vida libre de evento duro y de evento cardiovascular ampliado fue 98,5% y 96,1%, respectivamente, con mediana de seguimiento de 3,15 años. Salvo SCORE2, con 1.3% de prevalencia de evento cardiovascular ampliado en bajo riesgo, ninguna otra categoría de bajo riesgo presentó eventos. Fig 2.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con DBT 2 sin ECV, los scores evaluados mostraron capacidad moderada para discriminar la presencia de placa aterosclerótica carotídea. PREVENT a 10 años presentó el mejor desempeño numérico, aunque sin superioridad estadísticamente significativa. El alto RCV se asoció con mayor tasa de eventos en el seguimiento. Estos hallazgos resaltan la necesidad de cohortes longitudinales y calibración local de las funciones de riesgo para optimizar la predicción cardiovascular en pacientes con DBT.

0845 - INCIDENCIA Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR INTRAHOSPITALARIO, EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER: EXPERIENCIA UNICÉNTRICA EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Luciana HUCK | Rocío PINETTI | Agustina FUENTES | Lucio David FLORES | Romina Belén MONDATI PEREYRA | Marcos Fernando DE LA VEGA | Lucas Sebastian GERBAUDO | Claudio Antonio GERBAUDO

Sanatorio del Salvador

Introducción: El implante valvular aórtico transcatéter (TAVI) se ha consolidado como una estrategia terapéutica eficaz para pacientes con estenosis aórtica severa. Sin embargo, el accidente cerebrovascular (ACV) continúa siendo una complicación infrecuente, pero de alto impacto clínico, asociada a mayor discapacidad, prolongación de la internación y morbimortalidad. Su fisiopatología es multifactorial e incluye mecanismos embólicos relacionados con el procedimiento, hipoperfusión cerebral perioperatoria y factores clínicos predisponentes.

Objetivos: Determinar la incidencia de ACV intrahospitalario sintomático confirmado por neuroimagen en pacientes sometidos a TAVI, comparar las características clínicas, anatómicas y procedimentales entre pacientes con y sin ACV, y describir la presentación clínica, temporalidad, hallazgos imagenológicos y evolución de los casos observados.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, analítico, de cohorte unicéntrica, con seguimiento intrahospitalario. Se incluyeron pacientes adultos sometidos a TAVI por estenosis aórtica severa entre octubre de 2024 y abril de 2026. El evento principal fue ACV intrahospitalario sintomático, definido como la aparición de déficit neurológico focal posterior al procedimiento, confirmado mediante resonancia cerebral.

Tabla 2. Comparación entre los dos grupos de pacientes.

VARIABLE	Sin ACV, n=84	Con ACV, n=5	Valor p < 0,05
Edad, media	79,5 ± 5,6	77,4 ± 6,1	0,431
Sexo femenino	41 (48,8%)	4 (80,0%)	0,351
Hipertensión arterial	77 (91,7%)	4 (80,0%)	0,383
Enfermedad coronaria	45 (53,6%)	3 (60,0%)	1,000
Insuficiencia cardíaca	32 (38,1%)	1 (20,0%)	0,647
Fibrilación auricular basal	11 (13,1%)	0 (0,0%)	1,000
ACV previo	4 (4,8%)	0 (0,0%)	1,000
Diabetes mellitus	23 (27,4%)	0 (0,0%)	0,322
ERC	16 (19,0%)	2 (40,0%)	0,265
Anemia	25 (29,8%)	2 (40,0%)	0,637
Tabaquismo actual	3 (3,6%)	1 (20,0%)	0,210
FEVI >50%	69 (82,1%)	5 (100,0%)	0,584
Parámetros ecocardiográficos y scores de riesgo			
Área valvular aórtica, cm²	0,71 ± 0,22	0,64 ± 0,37	0,401
Velocidad máxima, m/s	4,32 ± 0,58	5,04 ± 0,89	0,091
Gradiente medio, mmHg	48,0 ± 15,6	63,6 ± 23,9	0,149
Score de calcio valvular, Agatston	3120,4 ± 1592,7	3892,7 ± 4564,7	0,711
EuroSCORE II, %	6,97 ± 5,66	6,51 ± 3,32	0,632
ArgenSCORE, %	4,97 ± 6,07	2,55 ± 1,14	0,281
STS-PROM, %	5,92 ± 3,63	7,23 ± 4,83	0,559
Datos del procedimiento y evolución intrahospitalaria			
Doble antiagregación previa	22 (26,2%)	3 (60,0%)	0,132
Válvula autoexpandible	71 (84,5%)	5 (100,0%)	1,000
Tamaño valvular, mm	27,5 ± 3,1	29,8 ± 3,3	0,416
Protección embólica cerebral	1 (1,2%)	0 (0,0%)	1,000
Fibrilación auricular postoperatoria	2 (2,4%)	1 (20,0%)	0,161
Marcapasos postoperatorio	11 (13,1%)	1 (20,0%)	0,524
Días de internación	2,6 ± 0,9	4,8 ± 0,8	<0,001
Muerte total intrahospitalaria	3 (3,6%)	0 (0,0%)	1,000

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes. La edad media fue 79,4 ± 6,5 años y el 50,6% fueron mujeres. Los antecedentes cardiovasculares más frecuentes fueron hipertensión arterial (91%), enfermedad coronaria (53,9%), insuficiencia cardíaca (37,1%), fibrilación auricular (12,4%) y ACV previo (4,5%). El área valvular aórtica media fue 0,70 ± 0,23 cm², la velocidad máxima 4,35 ± 0,62 m/s, el gradiente medio 48,9 ± 16,4 mmHg y el score de calcio valvular por tomografía 3148,7 ± 1725,9 unidades Agatston. La incidencia de ACV intrahospitalario fue 5,6%. Todos los eventos fueron isquémicos sintomáticos confirmados por neuroimagen, con inicio entre 1 y 48 horas posteriores al procedimiento. Ningún paciente con ACV falleció durante la internación. La estadía hospitalaria fue mayor en los pacientes con ACV (4,8 ± 0,8 vs. 2,6 ± 0,9 días; p <0,001). En la comparación entre grupos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las diferentes variables, que se muestran en la tabla 1. En la caracterización de los casos, que se muestra en la tabla 2, predominó el sexo femenino (4/5), la presentación neurológica precoz y un patrón imagenológico de lesiones isquémicas pequeñas, multifocales, distales y/o en territorios limítrofes.

Tabla 3. Caracterización clínica e imagenológica de los pacientes con ACV post-TAVI

Caso	Sexo y edad	Antecedentes	Inicio post TAVI	Resonancia cerebral	Intercurrencias
1	Masculino 80	HTA, EPOC	1 h	Fenómenos hipointenso-isquémicos difusos en evolución actual (espacio en relación) en hemisferio cerebeloso derecho y en sectores limítrofes de ambos hemisferios cerebrales	BAV completo y MCP
2	Femenino 79	HTA, enfermedad carotídea	12 h	Infarto isquémico agudo en territorio limítrofe a nivel frontoparietal bilateral y región posterior temporal izquierda, y 2 imágenes focales similares a nivel frontal derecho.	-
3	Femenino 79	HTA, Enfermedad coronaria	12 h	Infarto isquémico agudo lacunar en región mesencefálica izquierda, talámica derecha, y fenómenos isquémicos difusos limítrofes de ambos hemisferios cerebrales.	Fibrilación auricular
4	Femenino 73	Enfermedad coronaria, Marcapasos DDD	1 h	Infarto isquémico agudo en ambas regiones frontales y parietal posterior derecha.	-
5	Femenino 85	HTA, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria	48 h	Infarto isquemico agudo en región calcarina izquierda.	-

Conclusión: En esta cohorte, la incidencia de ACV intrahospitalario posterior a TAVI fue 5,6%. No se identificaron variables clínicas, anatómicas o procedimentales significativamente asociadas al evento, salvo una mayor duración de la internación en los pacientes que presentaron ACV. La temporalidad precoz y el patrón imagenológico observado sugieren un mecanismo predominantemente embólico distal y/o hemodinámico perioperatorio. El bajo número de eventos limita la identificación de predictores independientes, por lo que estos hallazgos deben interpretarse como exploratorios.

0847 - PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR ¿VALVULA OLVIDADA?

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Valvulopatías

Eugenio SOBICO | Leslie Annaite RODAS MENDEZ | José Manuel FIGUEROA | Nicolás SILVA CROOME | Mariela Mayra MERCADO ORELLANA | Romina Laura CAPRINI | Mariano Rubén DOMANICO | Adrián José LESCANO

CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) representa un síndrome hemodinámico heterogéneo, en el cual la insuficiencia tricuspídea (IT) es muchas veces un factor asociado a la misma y al remodelado negativo de las cavidades derechas, sin embargo, hay escasa información de su prevalencia e impacto en cohortes de pacientes diagnosticados con HP. Por ello, su caracterización resulta clínicamente relevante para la estratificación de riesgo y el seguimiento ecocardiográfico.

Objetivos: Determinar la prevalencia de IT significativa en nuestros pacientes con hipertensión pulmonar y su asociación con variables ecocardiográficas. Evaluar la asociación entre dilatación ventricular derecha y la presencia de IT significativa, ajustado por variables ecocardiográficas disponibles.

Tabla 4. Regresión logística multivariable para insuficiencia tricuspídea significativa

Variable	OR (IC95%)	p
Edad, por año	1,00 (0,97-1,03)	0,827
Sexo femenino	0,81 (0,33-1,99)	0,646
VD dilatado	6,65 (1,90-23,21)	0,003
PSAP ≥60 mmHg	3,78 (1,47-9,73)	0,006
Disfunción VD	0,46 (0,17-1,25)	0,129

Tabla 4. Regresión logística multivariable para insuficiencia tricuspídea significativa

Variable	OR (IC95%)	p
Edad, por año	1,00 (0,97-1,03)	0,827
Sexo femenino	0,81 (0,33-1,99)	0,646
VD dilatado	6,65 (1,90-23,21)	0,003
PSAP ≥60 mmHg	3,78 (1,47-9,73)	0,006
Disfunción VD	0,46 (0,17-1,25)	0,129

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio analítico prospectivo en pacientes con diagnostico confirmado de hipertensión pulmonar según las recomendaciones de las guías internacionales. Se analizaron variables demográficas, ecocardiográficas y hemodinámicas invasivas (cateterismo derecho). La variable de resultado fue la presencia de insuficiencia tricuspídea significativa definida como: insuficiencia tricuspídea moderada, severa, masiva o torrencial. Las categorías mínima y leve se consideraron como insuficiencia tricuspidea no significativas.

Resultados: Se analizaron 304 pacientes de los cuales presentaron una, edad media de 65 ±15.4 años, el 65.5% fueron mujeres y 34.5% hombres, con una prevalencia de insuficiencia tricuspídea significativa del 28%. Dentro de este grupo se encontró una prevalencia de 30.8% en hipertensión pulmonar del grupo 1, 34.3% en grupo 2, 24% en grupo 3, 18,2% en grupo 4 y 0% en grupo 5. En el modelo multivariado (TABLA 4), se observa que la dilatación del ventrículo derecho se asoció independientemente a insuficiencia tricuspídea significativa (OR 6.65; IC95% 1,9-23,21; p=0,003) y la PSAP =60

mmHg (OR 3.78 IC95% 1.47-9.73 P=0.006). La evaluación de la capacidad predictiva del modelo multivariado mediante análisis ROC mostró un AUC de 0,64.

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes con hipertensión pulmonar la prevalencia de insuficiencia tricuspídea significativa fue elevada (28%). Las variables asociadas en forma significativa fueron la dilatación ventricular derecha y la PSAP >=60 mmhg cuantificado por ecocardiografía. Estos hallazgos apoyan la necesidad de evaluar sistemáticamente la válvula tricúspide en los pacientes con hipertensión pulmonar.

0849 - VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO MEDIANTE FEY VS. DP/DT EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA MITRAL MODERADA

Valvulopatías

Cristopher Emecio RUEDA CRESSATTI | Luis Enrique ABURDENE JIMENEZ | Jhon Erick FLORES SERRANO | Leslie Annaite RODAS MENDEZ | Esteban ROMEO | Adrián José LESCANO

CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES

Introducción: La insuficiencia mitral (IM) representa una de las valvulopatías más frecuentes en la práctica clínica y una causa importante de insuficiencia cardíaca y remodelado cardíaco progresivo. Su prevalencia aumenta con la edad y se asocia a un incremento de la morbimortalidad cardiovascular, hospitalizaciones y deterioro de la clase funcional. La evaluación ecocardiográfica constituye el método de elección para el diagnóstico y seguimiento de esta patología. Tradicionalmente, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEy) ha sido utilizada como el principal parámetro de función sistólica, sin embargo, en pacientes con IM significativa, la disminución relativa de la poscarga y el aumento de la precarga pueden mantener una FEy aparentemente conservada pese a la presencia de disfunción miocárdica subclínica. El parámetro dP/dT derivado del jet regurgitante mitral mediante Doppler contínuo permite estimar la velocidad de incremento de presión intraventricular durante la contracción isovolumétrica. El valor normal se sitúa habitualmente por encima de los 1200 mmHg/s, considerándose un reflejo fidedigno de una contractilidad miocárdica conservada Valores severamente deprimidos, por debajo de 800 mmhg/s, traducen un deterioro franco y definitivo de la contractilidad intrínseca del ventrículo izquierdo. En este contexto, evaluar la relación entre FEy Y dP/d podría aportar información adicional para la estratificación funcional y pronóstica.

Tabla 1. Características clínicas y ecocardiográficas de la población estudiada según condición clínica

Variable	Total (n=55)	Ambulatorios (n=32)	Internados (n=23)	p
Edad (años)	76,4 ± 8,7	77,0 ± 8,3	75,7 ± 9,4	0,66
IM moderada, n (%)	36 (65,4%)	25 (78,1%)	11 (47,8%)	—
IM severa, n (%)	19 (34,6%)	7 (21,9%)	12 (52,2%)	—
FEy (%)	**51,4 ± 14,6**	**56,7 ± 12,1**	**46,5 ± 15,3**	**0,001**
dP/dT (mmHg/s)	**914 ± 241**	**1017 ± 205**	**810 ± 231**	**0,042**
Área auricular izquierda (cm²)	31,0 ± 7,2	32,8 ± 6,9	28,7 ± 7,4	0,069
Vena contracta disponible, n (%)	27 (49%)	10 (31,2%)	17 (73,9%)	—
Vena contracta (mm)	5,5 ± 1,3	5,3 ± 1,2	5,8 ± 1,4	0,46
Venas pulmonares eval., n (%)	3 (5,4%)	2 (6,2%)	1 (4,3%)	—
Llenado mitral E > 1.5 m/s, n (%)	2 (3,6%)	1 (3,1%)	1 (4,3%)	—
VTI mitral / VTI aórtico disp., n (%)	6 (10,9%)	4 (12,5%)	2 (8,7%)	—

Objetivos: Describir la relación de la FEy frente al parámetro dP/dt en la valoración de la función sistólica ventricular izquierda exclusivamente en pacientes con IM moderada.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, unicéntrico y retrospectivo que analizó los parámetros de función sistólica más utilizados en pacientes con diagnóstico ecocardiográfico de IM moderada. Se analizaron variables ecocardiográficas incluyendo FEy, dP/dT, área auricular izquierda y vena contracta. Las variables continuas fueron expresadas como media ± desvío estándar. Las variables categóricas como porcentajes.

Resultados: Se analizó la caracterización basal de la muestra de 55 pacientes, centrando el eje analítico en los 36 pacientes con diagnóstico de IM moderada. En la población con IM moderada, la FEy promedio fue de 55,3% ± 11,8% y el dP/dt promedio de 952 ± 208 mmHg/s. Se identificó un subgrupo de pacientes que, a pesar de sostener una FEy conservada, presentaban un descenso significativo del dP/dt. Los pacientes internados mostraron valores significativamente menores tanto de FEy (46,5% ± 15,3% vs. 56,7% ± 12,1%; p=0,001) como de dP/dt (810 ± 231 mmHg/s vs. 1017 ± 205 mmHg/s; p=0,042).

Conclusión: En pacientes con IM moderada, el parámetro dP/dt funciona como un indicador más sensible que la FEy aislada para detectar el deterioro contráctil precoz o subclínico, permitiendo una estratificación funcional más precisa.

0850 - CUANDO EL INSTRUMENTO CAMBIA EL DIAGNÓSTICO: FRAGILIDAD FÍSICA VERSUS ACUMULACIÓN DE DÉFICIT POR CGA- FI Y FRAIL – VIG.

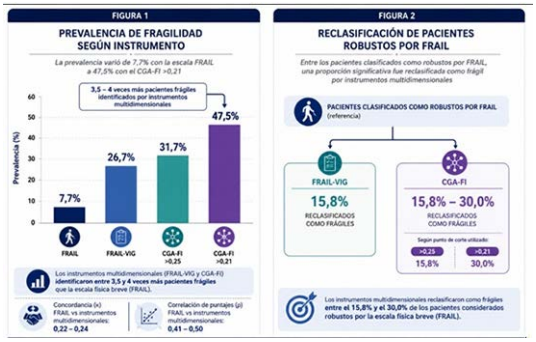
Cardio Geriatría / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Guillermo SUAREZ | María Soledad PALACIO | **Florencia SOBRINO** | Maria Sol DONATO | Analía ROBILOTTE | Lilian Alicia HAMITY | Antonio DE LUCA | Patricia BLANCO

Consejos: Cardiogeriatría

Introducción: La fragilidad es un constructo complejo y multidimensional, pero en la práctica clínica suele evaluarse mediante instrumentos breves centrados principalmente en el dominio físico. En adultos mayores con enfermedad cardiovascular, esta elección podría modificar de manera sustancial la proporción de pacientes identificados como frágiles.

Objetivos: El objetivo fue comparar, en una misma población cardiogeriátrica, la prevalencia de fragilidad y la concordancia entre una escala física breve y dos instrumentos multidimensionales por acumulación de déficits: el FRAIL-VIG y un índice de fragilidad derivado de la valoración geriátrica integral (CGA-FI).



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal a partir de un registro ambulatorio en mayores de 60 años en consulta cardiológica que incluyó 221 pacientes. La edad mediana fue de 74 años [RIC 68–79], el 62,9% fueron mujeres y todos los participantes tenían 60 años o más. Se aplicó la escala FRAIL y se construyeron dos instrumentos multidimensionales: el FRAIL-VIG, calculado con 23 de sus 25 déficits, incluyendo la cuantificación de polifarmacia a partir del listado de medicación, y un CGA-FI de 40 déficits elaborado según el procedimiento estándar de Searle. La concordancia entre instrumentos se evaluó mediante índice kappa; y correlación de Spearman. Además, se analizó la reclasificación de los pacientes considerados robustos por la escala FRAIL.

Resultados: La prevalencia de fragilidad varió de manera marcada según el instrumento utilizado: 7,7% con la escala FRAIL, 26,7% con el FRAIL-VIG y 31,7% con el CGA-FI utilizando el punto de corte >0,25; con el punto de corte >0,21, la prevalencia por CGA-FI fue 47,5%. La concordancia entre la escala FRAIL y los instrumentos multidimensionales fue débil (kappa; 0,22–0,24), mientras que las correlaciones entre puntajes fueron moderadas (kappa; 0,41 y 0,50). (Fig 1) Entre los pacientes clasificados como robustos por FRAIL, el 15,8% fue reclasificado como frágil por el FRAIL-VIG y entre el 15,8% y el 30,0% por el CGA-FI, según el punto de corte utilizado. (Fig 2) En conjunto, los instrumentos multidimensionales identificaron entre 3,5 y 4 veces más pacientes frágiles que la escala física breve

Conclusión: En adultos mayores con enfermedad cardiovascular, la proporción de pacientes clasificados como frágiles dependió críticamente del instrumento empleado. En comparación con la escala FRAIL, los abordajes multidimensionales identificaron un número sustancialmente mayor de pacientes frágiles y reclasificaron como frágil a una proporción relevante de quienes inicialmente habían sido considerados robustos. Estos hallazgos sugieren que la fragilidad puede ser subestimada cuando se evalúa solo desde el dominio físico-funcional. La identificación del instrumento con mayor valor pronóstico requiere seguimiento longitudinal, actualmente en curso.

0852 - LA FRAGILIDAD INVISIBLE: CARGA PSICOSOCIAL-AFECTIVA NO DETECTADA POR LA ESCALA FÍSICA NI POR EL JUICIO CLÍNICO EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Cardio Geriatría / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Soledad PALACIO | **Maria Sol DONATO** | María Alejandra ANGRISANI | Florencia SOBRINO | Natalia Eva Amalia LASARTE | María Laura ESTRELLA | Patricia BLANCO | Guillermo SUAREZ

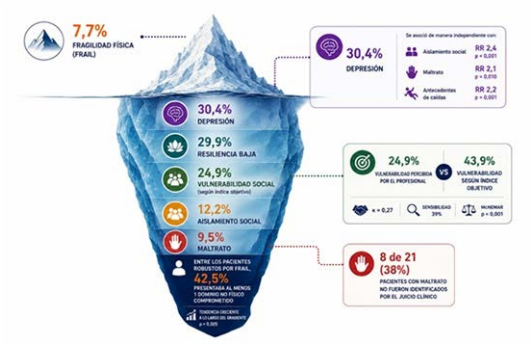
Consejos: Cardiogeriatría

Introducción: La evaluación de la fragilidad en cardiología suele apoyarse en escalas físico-funcionales como la FRAIL, y la dimensión social en el juicio clínico. Postulamos que la carga más prevalente en el adulto mayor cardiovascular es

psicosocial-afectiva y permanece invisible para ambos abordajes.

Objetivos: El objetivo fue cuantificar el compromiso afectivo y social según el estrato FRAIL, y evaluar su detección clínica.

Materiales y Métodos: Análisis transversal de un registro en >= de 60 años en el consultorio de cardiología (N=221; edad mediana 74 años [RIC 68–79]; 62,9% mujeres). Se recalcularon desde sus componentes las escalas FRAIL, depresión geriátrica de 5 ítems (Yesavage-5) y Brief Resilience Scale, y se relevó la presencia de aislamiento, maltrato y vulnerabilidad social. Se comparó la vulnerabilidad percibida por el profesional con un índice objetivo por acumulación de déficits sociales, mediante kappa, sensibilidad y prueba de McNemar



Resultados: Por FRAIL, 54,3% fueron robustos, 37,6% prefrágiles y 7,7% frágiles. Entre los robustos, el 42,5% presentaba ≥1 dominio no físico comprometido, con tendencia creciente a lo largo del gradiente (p=0,005); la depresión fue el dominio más prevalente (30,4%). La depresión se asoció de manera independiente con el aislamiento (RR 2,4; p<0,001), el maltrato (RR 2,1; p=0,010) y los antecedentes de caídas (RR 2,2; p=0,001). El juicio clínico subestimó la vulnerabilidad social (24,9% vs 43,9% según el índice objetivo; kappa =0,27; sensibilidad 39%; McNemar p<0,001) y dejó sin identificar a 8 (38%) de los 21 pacientes con maltrato, condición fuertemente ligada a la vulnerabilidad (24,9%; RR 2,9; p<0,001). La resiliencia fue baja en el 29,9% y se correlacionó inversamente con la depresión (r= - 0,42).

Conclusión: En el adulto mayor con enfermedad cardiovascular, la fragilidad de mayor peso es afectiva y social —depresión, aislamiento y maltrato—, altamente prevalente incluso entre quienes la escala física clasifica como robustos, y sistemáticamente subdetectada por el juicio clínico. Estos hallazgos respaldan incorporar el cribado estructurado de ánimo, aislamiento social y maltrato a la valoración cardiogeriátrica, más allá de la evaluación física de la fragilidad.

0853 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN MUJERES: DESCRIPCION DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

Corazón y Mujer / Cardiopatía Isquémica

Leslie Annaite RODAS MENDEZ | Facundo LOMBARDI | Maria Alejandra GONZALEZ | Rubén KEVORKIAN | Gustavo LANOSA | Mariana LOZANA | Carlos RUANO | Camila ALGAÑARAS

Hospital General de Agudos F. Santojanni

Introducción: El infarto agudo de miocardio (IAM) continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad cardiovascular a nivel mundial. En las últimas décadas, diversos estudios han demostrado diferencias significativas entre mujeres y hombres en cuanto a la presentación clínica, el perfil de factores de riesgo, la carga de comorbilidades y la evolución intrahospitalaria. La identificación de estas disparidades resulta fundamental para optimizar la estratificación de riesgo y promover estrategias diagnósticas y terapéuticas con perspectiva de género.

Objetivos: Evaluar las diferencias en la presentación clínica, factores de riesgo cardiovascular asociados y mortalidad intrahospitalaria de pacientes mujeres con infarto agudo de miocardio.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BASALES SEGÚN SEXO

VARIABLE	Mujeres (n=748)	Hombres (n=2419)	p
Edad	67,4 ± 13,6 (n=739)	60,7 ± 11,6 (n=2399)	<0,001
IAM con sst	376 (50,3%)	1262 (52,2%)	0,385
IAM sin sst	372 (49,7%)	1157 (47,8%)	0,385
HTA	537 (71,8%)	1492 (61,7%)	<0,001
DBT	202 (27,0%)	616 (25,5%)	0,428
Dislipidemia	253 (33,8%)	772 (31,9%)	0,352
Obesidad	251 (33,6%)	653 (27,0%)	<0,001
Sedentarismo	444 (59,4%)	1375 (56,8%)	0,240
Tabaquismo activo	239 (32,0%)	1072 (44,3%)	<0,001
Ex tabaquista	146 (19,5%)	742 (30,7%)	<0,001
Nunca fumó	363 (48,5%)	605 (25,0%)	<0,001
Tasa de filtrado <60 ml/min/1,73m²	227 (31,9%)	488 (21,2%)	<0,001
Mortalidad intrahospitalaria	95 (12,7%)	221 (9,1%)	0,006
Killip-kimball a*	260 (74,1%)	947 (81,5%)	0,015
Killip-kimball b*	52 (14,8%)	125 (10,8%)	
Killip-kimball c*	12 (3,4%)	20 (1,7%)	
Killip-kimball d*	27 (7,7%)	70 (6,0%)	
Datos disponibles para killip-kimball	351/748	1162/2419	

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado sobre una cohorte de 3.167 pacientes datos obtenidos de base de datos de epicrisis en un hospital público de CABA con diagnóstico de IAM. Se analizaron variables sobre factores de riesgo cardiovascular, tipo de IAM, función renal, clasificación Killip-Kimball al ingreso y mortalidad intrahospitalaria. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar y las categóricas como frecuencia y porcentaje. Las comparaciones se realizaron mediante t de Student o Chi cuadrado según correspondiera.

Resultados: Se incluyeron 748 mujeres (23,6%) y 2.419 hombres (76,4%). Las mujeres presentaron mayor edad media (67,4 vs 60,7 años), mayor prevalencia de hipertensión arterial (71,8% vs 61,7%) y mayor frecuencia de deterioro renal

definido por CKD-EPI <60 ml/min/1,73m² (31,9% vs 21,2%). El tabaquismo activo fue más frecuente en hombres (44,3% vs 32,0%). La mortalidad intrahospitalaria fue superior en mujeres (12,7% vs 9,1%).

Conclusión: Las mujeres presentaron una mortalidad intrahospitalaria significativamente mayor en el análisis univariado; sin embargo, tras ajustar por edad, diabetes, función renal y gravedad clínica al ingreso (Killip-Kimball), el sexo femenino dejó de asociarse de manera independiente con mortalidad. La mortalidad en mujeres parece estar mediado por diferencias en el perfil clínico basal y la gravedad de presentación, Estos resultados resaltan la necesidad de estrategias orientadas al reconocimiento precoz del riesgo cardiovascular en mujeres y a la reducción de las desigualdades en la atención cardiovascular.

0861 - ANOMALÍAS CORONARIAS CONGÉNITAS EN UNA COHORTE PEDIÁTRICA: VARIANTES ANATÓMICAS Y RELEVANCIA CLÍNICA

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto / Multimagen

Luciana DAGHERO | Clara ACHILLI | Natalia NAPOLI | Federico LOTTO | María José BOSALEH | Beatriz VILLA | Mariano Javier FERNÁNDEZ

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Las anomalías coronarias congénitas (ACC) son infrecuentes y generalmente asintomáticas. Las variantes de alto riesgo (trayecto interarterial, ostium estrecho o nacimiento angulado) se asocian a eventos graves (muerte súbita). El diagnostico suele ser incidental, se evalúan con mayor precisión mediante angiotomografía. El manejo es desafiante y varía desde estrategias conservadoras hasta intervenciones quirúrgicas.

Objetivos: El objetivo es describir las variantes anatómicas de las ACC y su asociación con síntomas y eventos clínicamente significativos en esta población.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizó una cohorte de pacientes pediátricos menores de 18 años con diagnóstico de ACC sin cardiopatía conotruncal asociada, identificados en la base de datos de tomografía cardíaca y registros clínicos de hospital de tercer nivel entre 2017 y 2025. Se evaluaron variables clínicas, eventos adversos graves (muerte súbita, internación, cirugía, isquemia en prueba de esfuerzo) y necesidad de tratamiento.

Resultados: Se analizó una cohorte de 38 pacientes pediátricos de entre 2 meses y 17 años, 22 masculinos (58%) y 16 femeninos (42%). Las ACC se clasificaron en tres grupos: anomalías del origen (71%), del curso (10%) y del fin (23%). Las anomalías del origen fueron las más frecuentes con 27 pacientes afectados (71%): 21 (88%) de origen aórtico (11 circunflejas desde seno coronariano derecho, 4 circunflejas desde coronaria derecha, 3 coronarias izquierdas desde seno coronariano derecho, 2 coronarias únicas y 1 coronaria derecha desde seno coronariano izquierdo) y 6 casos (22%) de origen pulmonar (5 ALCAPA y 1 ARCAPA). Anomalías del curso fueron detectadas en 4 pacientes (11%), todos aquellos con puentes miocárdicos. Dos de estos también presentaban ACx originándose desde el SCD, y uno de ellos descendente anterior duplicada. Anomalías del fin, se observaron en 9 pacientes (24%), todos con fístulas arteriovenosas coronarias. Presentaron anatomía de riesgo para muerte súbita 3 pacientes (8%), todos con trayecto interarterial. De los 38 pacientes, 5 solo concurrieron para estudios imagenológicos. De los 33 restantes, 7 (21%) manifestaron síntomas: 5 con isquemia miocárdica, 2 con síncope al esfuerzo (uno con puente miocárdico y otro con arteria coronaria derecha de trayecto interarterial), 2 con angina al esfuerzo (ambos con puentes miocárdicos) y 1 con origen anómalo de la coronaria izquierda desde la arteria pulmonar (ALCAPA) e insuficiencia cardíaca. Dos pacientes presentaron síntomas no atribuibles a las anomalías coronarias. Se registraron dos eventos adversos graves: un paciente con trayecto interarterial sufrió muerte súbita reanimada (diagnóstico de CI interarterial) y otro con ALCAPA presentó insuficiencia cardíaca descompensada. Se realizaron ergometrías en 20 pacientes y estudios de estrés (ecocardiograma o resonancia magnética) en 6, todos con resultados negativos. En cuanto al tratamiento, todas las coronarias anómalas originadas en la arteria pulmonar fueron intervenidas quirúrgicamente. Solo una coronaria anómala de origen aórtico, con trayecto interarterial, tuvo indicación quirúrgica. Una fístula arteriovenosa coronaria (entre la ADA y el VD) fue tratada mediante intervención percutánea.

Conclusión: Las anomalías coronarias en pediatría son infrecuentes y clínicamente silentes. La CX desde el seno coronario derecho fue la variante más frecuente y generalmente de buen pronóstico. Las anomalías con mayor asociación a síntomas fueron los puentes miocárdicos y las variantes con trayecto interarterial. La tomografía cardíaca es una herramienta fundamental para el diagnóstico y clasificación anatómica precisa. El manejo debe centrarse en identificar variantes de riesgo y definir un seguimiento personalizado.

0864 - PERFIL DE COMORBILIDADES Y SU IMPACTO CLÍNICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: BRECHAS DE DIAGNÓSTICO Y OPORTUNIDADES TERAPÉUTICAS

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Investigación Básica

Jano Matías LEGAZ | Florencia Danila DIAZ | Karem PARDO SOTO | Sabrina SCIOLINI | María Belén CANTARINI ECHEZARRETA | Mario Daniel FITZ MAURICE | Guillermina SORASIO

Hospital Rivadavia

Introducción: La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica de alta prevalencia que raramente se presenta de forma aislada. Registros internacionales demuestran que más del 98% de los pacientes con IC presentan al menos una comorbilidad, y el 85% presenta al menos una comorbilidad no cardiovascular. La ferropenia se asocia a mayor riesgo de hospitalización y muerte cardiovascular. La insuficiencia renal crónica constituye el predictor independiente de mortalidad de mayor potencia en IC con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida. Sin embargo, el diagnóstico y tratamiento de muchas de estas comorbilidades permanece subóptimo en el ámbito hospitalario público argentino.

Objetivos: Caracterizar el perfil de comorbilidades cardiovasculares y no cardiovasculares en una cohorte de pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Evaluar la carga global de comorbilidades y su distribución según categoría de fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI).

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de cohorte única realizado en una unidad de insuficiencia cardíaca de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se incluyeron 70 pacientes con diagnóstico establecido de insuficiencia cardíaca en seguimiento ambulatorio. Registrando 15 comorbilidades de relevancia clínica, agrupadas en cardiovasculares y no cardiovasculares. Se calculó la carga de comorbilidades cardiovasculares, no cardiovasculares y global por paciente como suma de las presentes. Para el análisis estadístico se emplearon pruebas de comparación para variables categóricas y continuas según distribución.

Tabla 1. Perfil extendido de comorbilidades por categoría de FEVI (n=70)

Comorbilidad	Total n=70 (%)	ICFEr <40% n=39 (55.7%)	No-ICFEr ≥40% n=31 (44.3%)
COMORBILIDADES CARDIOVASCULARES			
Hipertensión arterial	66 (94.3%)	36 (92.3%)	30 (96.8%)
IC previa hospitalizada	39 (55.7%)	20 (51.3%)	19 (61.3%)
IAM previo	31 (44.3%)	18 (46.2%)	13 (41.9%)
ATC previa	21 (30.0%)	14 (35.9%)	7 (22.6%)
Fibrilación / flutter auricular	18 (25.7%)	9 (23.1%)	9 (29.0%)
ACV previo	6 (8.6%)	4 (10.3%)	2 (6.5%)
Media comorb. CV (± DE)	2.6 ± 0.9	2.6 ± 1.0	2.6 ± 0.8
COMORBILIDADES NO CARDIOVASCULARES			
Dislipemia	40 (57.1%)	21 (53.8%)	19 (61.3%)
Depresión	22 (31.4%)	13 (33.3%)	9 (29.0%)
Diabetes mellitus	20 (28.6%)	11 (28.2%)	9 (29.0%)
EPOC	15 (21.4%)	9 (23.1%)	6 (19.4%)
Insuficiencia renal crónica	15 (21.4%)	8 (20.5%)	7 (22.6%)
Obesidad	13 (18.6%)	6 (15.4%)	7 (22.6%)
Ferropenia	10 (14.3%)	6 (15.4%)	4 (12.9%)
Hipotiroidismo	8 (11.4%)	4 (10.3%)	4 (12.9%)
Media comorb. no-CV (± DE)	2.0 ± 1.1	1.9 ± 1.2	2.1 ± 1.0
CARGA GLOBAL			
Media global de comorb. (± DE)	4.6 ± 1.7	4.5 ± 1.9	4.7 ± 1.6
≥3 comorbilidades, n (%)	64 (91.4%)	—	—

FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo · ICFEr: IC con FEVI reducida · DE: desviación estándar · IC: insuficiencia cardíaca · IAM: infarto agudo de miocardio · ATC: angioplastia transluminal coronaria · EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes; edad media 64,6 años. La comorbilidad cardiovascular más prevalente fue la hipertensión arterial. Entre las comorbilidades no cardiovasculares, la más frecuente fue la dislipemia. La carga media de comorbilidades cardiovasculares fue de 2,6 por paciente, mientras que la carga media de comorbilidades no cardiovasculares fue de 2,0. La carga global promedio fue de 4,6 comorbilidades por paciente. El 91,4% de los pacientes presentó tres o más comorbilidades simultáneas. Al comparar según categoría de FEVI, no se observaron diferencias relevantes en la prevalencia de las principales comorbilidades. La hipertensión arterial fue altamente prevalente tanto en pacientes con ICFEr como en aquellos con FEVI 40%, al igual que la dislipemia, la diabetes mellitus la fibrilación o flutter auricular y la insuficiencia renal crónica. La carga global de comorbilidades fue similar entre ambos grupos.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la carga de comorbilidades fue muy elevada, con una media de 4,6 comorbilidades por paciente y más del 90% de los pacientes presentando tres o más comorbilidades simultáneas. La hipertensión arterial, la IC previa hospitalizada y la cardiopatía isquémica constituyeron las comorbilidades cardiovasculares más frecuentes, mientras que la dislipemia, la depresión, la diabetes mellitus, la insuficiencia renal crónica y la ferropenia destacaron entre las no cardiovasculares. No se observaron diferencias relevantes en la carga global ni en la distribución de las principales comorbilidades según la categoría de FEVI, lo que sugiere una elevada complejidad clínica independientemente del fenotipo de insuficiencia cardíaca. Estos hallazgos resaltan la necesidad de un abordaje integral y multidisciplinario orientado a la detección y tratamiento sistemático de las comorbilidades para optimizar el pronóstico y la calidad de vida de esta población.

0867 - CARACTERÍSTICAS BASALES E INCIDENCIA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS

Cardiopatía Isquémica / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Pedro TOUZAS | Daniela Sofia GRIGORIAN | **Luciana Mailen CUFRÉ BATISTA** | Santiago Luis DEL CASTILLO | Giuliana CORNA | Rocío Isabel LOPEZ MIRANDA | Fernando COHEN | Aníbal Martín ARIAS

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) representa una entidad de baja frecuencia en jóvenes, pero con particularidades clínicas, angiográficas y pronósticas relevantes. La caracterización de los pacientes en nuestra población permite identificar perfiles de riesgo y optimizar estrategias de prevención secundaria.

Objetivos: Describir las características basales, estudios complementarios e incidencia de eventos intrahospitalarios en pacientes jóvenes con SCACEST.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de pacientes menores de 50 años con SCACEST internados entre 2015 y 2025 en un centro de alta complejidad. Se analizaron características basales, presentación clínica, estudios complementarios, tratamiento inicial, hallazgos en la coronariografía y eventos intrahospitalarios. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes, y las variables continuas como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico, según correspondiera.

Tabla 1: Características basales	(n=71)
Edad, años (media, DE)	44.5 ± 4.9
Sexo masculino, % (n)	88.7 (63)
IMC, kg/m2 (media, DE)	28.3 ± 5.9
Obesidad, % (n)	34.3 (23)
Hipertensión arterial, % (n)	33.8 (24)
Tabaquismo activo, % (n)	54.9 (39)
Dislipidemia, % (n)	29.6 (21)
Enfermedad coronaria previa, % (n)	8.5 (6)
Estratificación de riesgo	
Clasificación Killip Kimball ≥II, % (n)	15.5 (11)
Laboratorio	
Hs-cTn, pg/ml [mediana, RIC]	39.3 [18.6–259.1]
Creatinina, mg/dl [mediana, RIC]	1.0 [0.8–1.1]
Electrocardiograma	
Ritmo sinusal, % (n)	94.3 (66)
Supradesnivel en cara anterior, % (n)	49.3 (35)
Supradesnivel en cara inferior, % (n)	43.7 (31)
Ondas Q patológicas, % (n)	41.4 (29)
Tratamiento en sala de urgencias	
Requerimiento de inotrópicos/vasopresores, % (n)	7.1 (5)
Requerimiento de soporte ventilatorio, % (n)	8.5 (6)
RCP en sala de urgencias, % (n)	8.5 (6)
Ecocardiograma transtorácico	
FEVI <40%, % (n)	16.1 (9)
Nueva regionalidad en ETT, % (n)	91.7 (55)
Disfunción del ventrículo derecho, % (n)	10 (6)

Resultados: Se incluyeron 71 pacientes. La edad media fue de 44.5 ± 4.9 años y el 88.7% (n=63) fueron hombres. Las características basales se resumen en la tabla 1. Al ingreso, 15.5% (n=11) presentó clasificación de Killip-Kimball ≥II. En el electrocardiograma, 94.3% (n=66) se presentó en ritmo sinusal, con supradesnivel del ST en cara anterior en 49.3% (n=35) e inferior en 43.7% (n=31); 41.4% (n=29) presentó ondas Q patológicas. En la guardia, un 7.1% (n=5) requirió inotrópicos o vasopresores, 8.5% (n=6) soporte ventilatorio y 8.5% (n=6) reanimación cardiopulmonar. En el ecocardiograma intrahospitalario, 16.1% (n=9) presentó FEVI <40%, 91.7% (n=55) nueva alteración regional de la motilidad y 10% (n=6) disfunción del ventrículo derecho. El tiempo puerta-balón fue de 92 minutos [RIC 72–123]. El acceso radial fue utilizado en 90% (n=62) de los casos. La lesión culpable se localizó en la arteria descendente anterior en 47.7% (n=31), y 27.5% (n=19) presentó enfermedad multivaso. El flujo TIMI pre-angioplastia fue 0/1 en 75.4% (n=52), mientras que se alcanzó TIMI 3 post-angioplastia en 92.8% (n=64). La carga trombótica TIMI >2 se observó en 77.9% (n=53), no-reflow/slow-flow en 8.8% (n=6), lesiones remanentes significativas en 28.4% (n=19) y MINOCA o disección coronaria espontánea en 1.4% (n=1). Durante la internación, 8.6% (n=6) presentó shock cardiogénico, 7.1% (n=5) arritmias ventriculares sostenidas, 5.8% (n=4) sangrado mayor, 4.5 (n=3) insuficiencia renal aguda y 5.8% (n=4) infección o sepsis intrahospitalaria. La mortalidad intrahospitalaria fue de 4.2% (n=3). La estadía hospitalaria mediana fue de 4 días [RIC 3–5].

Conclusión: En esta cohorte de pacientes jóvenes con SCACEST se observó un marcado predominio masculino y una elevada prevalencia de factores de riesgo. La mayoría presentó enfermedad de un vaso, alta carga trombótica y reperfusión angiográfica exitosa, con elevada tasa de flujo TIMI 3 post angioplastia. Se registró una incidencia no despreciable de shock cardiogénico, arritmias ventriculares, requerimiento de soporte inicial y mortalidad intrahospitalaria, lo que resalta la importancia de la identificación temprana del riesgo y de estrategias intensivas de prevención secundaria.

0869 - RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DEL PECTUS EXCAVATUM Y LA COMPRESIÓN CARDÍACA EVALUADA MEDIANTE RESONANCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto / Multimagen

Luciana DAGHERO | Sofía GRINENCO | Gastón ELMO | María José BOSALEH | Federico LOTTO | Beatriz VILLA | Mariano Javier FERNÁNDEZ

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El pectus excavatum es la malformación torácica más frecuente en la edad pediátrica, y puede generar en algunos casos una compresión extrínseca cardíaca significativa.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir los hallazgos en la resonancia cardíaca de pacientes con pectus excavatum y analizar su relación con la severidad de la alteración torácica

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes con pectus excavatum aislado evaluados con resonancia cardíaca entre 2021-2026. Se analizaron medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión, y las asociaciones entre variables se evaluaron mediante las pruebas de Mann-Whitney y exacta de Fisher

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes con pectus excavatum, en plan de cirugía torácica, sin otras malformaciones mayores ni síndromes genéticos. Se constató una mediana de edad de 13 años (RIC 12-15; rango 10-18), 79% de sexo masculino. La mediana del índice de Haller fue de 4.2 (RIC 3.6-5.1; rango 2.4-7.0) y del índice de corrección de 25 (RIC 21–35; rango 8–49), con pectus asimétrico en 29.4%. En los estudios de resonancia cardíaca se constató compresión cardíaca grado I (a nivel de la pared libre del ventrículo derecho (VD) en 75% y grado II (a nivel del surco atrioventricular derecho o anillo tricuspídeo) en 20.6%, movimiento septal paradojal en 23.5% y derrame pericárdico leve en 22%. La mediana de la relación entre los anillos tricuspídeo y mitral fue de 0.95 (RIC 0.84 – 1.00), el volumen telediastólico indexado del VD fue de 89 ml/m2 (RIC 80-98), y la media de la fracción de eyección del VD fue de 55 % ± 6%. Los pacientes con compresión cardíaca grado II se asocia con un mayor índice de Haller ($p < 0.001$), un mayor índice de corrección ($p < 0.001$) y con la presencia de asimetría torácica ($p = 0.003$). El movimiento paradojal septal se asoció a una compresión cardíaca grado II ($p = 0.001$). No hubo asociación significativa con la presencia de derrame pericárdico leve ($p = 0.28$)

Conclusión: En pacientes con pectus excavatum, la severidad de la deformidad torácica se asocia con una mayor compresión cardíaca y con la presencia de movimiento septal paradojal. A pesar de ello, los volúmenes y la función sistólica del VD permanecen conservados en reposo en la mayoría de los pacientes, requiriéndose estudios complementarios para evaluar la repercusión de la compresión cardíaca sobre la función diastólica y la respuesta cardiovascular al ejercicio.

0870 - ANOMALÍAS DEL RETORNO VENOSO PULMONAR A VENA CAVA SUPERIOR EN PEDIATRIA. EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Constanza BAEZ | Maria Laura ZENOBI | Javier CORNELIS | Gustavo Gastón SIVORI | Pablo GARCÍA DELUCIS

HOSPITAL GARRAHAN

Introducción: La anomalía parcial del retorno venoso pulmonar (APRVP) asocia un defecto interauricular de tipo seno venoso con el drenaje anómalo de una o más venas pulmonares en la aurícula derecha o alguna de sus estructuras tributarias. Aunque esta cardiopatía congénita suele ser silente en los primeros años de vida, se sospecha ante el hallazgo de un soplo y la dilatación o sobrecarga de las cavidades derechas. La insuficiencia cardíaca congestiva es rara; sin embargo, dejada a su libre evolución, la sobrecarga puede condicionar el desarrollo de hipertensión pulmonar (HTP) en la segunda o tercera década de la vida.

Objetivos: En el siguiente trabajo se propone describir nuestra experiencia en la cirugía correctora de APRVP a VCS con orejuela derecha en los últimos 10 años, observando resultados y complicaciones de la misma.

Materiales y Métodos: Se realizó estudio de cohorte observacional retrospectivo y descriptivo, se analizó la base de datos de nuestro centro seleccionado a todos aquellos pacientes sometidos a cirugía correctora de APRVP a vena cava superior con plástica de orejuela derecha, en el periodo comprendido entre los años 2014 a 2024.

Resultados: Se analizaron un total de 56 historias informatizadas, se excluyeron 26 por asociarse a otras anomalías cardíacas y/o por no haber requerido ampliación de VCS, se obtuvo un resultado de 30 pacientes. La edad promedio al momento de la cirugía fue de 5 años (9 meses - 14 años), con un peso promedio de 18 kg (7kg a 64 kg). Se vio una prevalencia del sexo femenino sobre masculino (2:1). En cuanto a complicaciones, cuatro pacientes presentaron alteraciones del ritmo auricular (13%), todos revirtieron espontáneamente sin requerimiento alguno de marcapasos. No se observaron obstrucciones en VCS y/o venas pulmonares. Solo un paciente requirió de una reintervención secundaria al desarrollo de una membrana subaórtica.

Conclusión: La corrección quirúrgica de la anomalía parcial del retorno venoso pulmonar a vena cava superior mediante tunelización con parche de pericardio autólogo y ampliación de la vena cava superior con orejuela derecha demostró ser una técnica segura, ampliamente reproducible, y con baja tasa de complicaciones. En nuestra serie, no se observaron obstrucciones de la vena cava superior ni de las venas pulmonares, y las alteraciones del ritmo resultaron transitorias en el 100% de los casos. Estos resultados respaldan su utilización como una alternativa eficaz para el tratamiento de esta patología.

0872 - TRAYECTORIA INTRAHOSPITALARIA DEL SODIO Y CURSO CLÍNICO EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Agustina PICCINATO | Ángel Edson SOLIZ RODRIGUEZ | Santiago Guillermo TEJADA | Lucas GASPON | María Trinidad BASALDÚA | Daniela Letizia RIVEROS | Rafael Ángel IAMEVO | Nicolás CARUSO

Sanatorio de la Trinidad Mitre

Introducción: La hiponatremia representa un marcador de activación neurohormonal y peor pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca. Sin embargo, el comportamiento dinámico del sodio durante la internación podría aportar información pronóstica adicional respecto al valor aislado de ingreso.

Objetivos: Evaluar la asociación entre la trayectoria intrahospitalaria del sodio y la evolución clínica de pacientes internados por insuficiencia cardíaca descompensada.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó pacientes internados por insuficiencia cardíaca descompensada entre septiembre de 2023 y mayo de 2026. Los pacientes fueron clasificados según la evolución del sodio plasmático desde el ingreso hasta el alta en cuatro grupos: eunatremia mantenida, corrección de hiponatremia, hiponatremia de novo e hiponatremia persistente. Se definió evolución favorable como eunatremia mantenida o corrección de hiponatremia y evolución desfavorable como hiponatremia persistente o de novo. Se evaluó la duración de la internación y un outcome compuesto de complicaciones intrahospitalarias, definido por la presencia de muerte, requerimiento de ventilación mecánica invasiva o no invasiva, utilización de inotrópicos o vasopresores, injuria renal aguda o reagudización de enfermedad renal crónica, asistencia ventricular mecánica o arritmias ventriculares sostenidas.

Resultados: Se analizaron 83 pacientes, de los cuales 55 (66,3%) presentaron evolución favorable del sodio y 28 (33,7%) evolución desfavorable. Los pacientes con evolución desfavorable presentaron una mayor duración de internación [13,5 días (RIC 5–17) vs 7 días (RIC 4–14); p=0,027] y una mayor frecuencia de curso intrahospitalario complicado (71,4% vs 47,3%; p=0,061). Entre los componentes del outcome compuesto, la injuria renal aguda o reagudización de enfermedad renal crónica fue el evento más frecuente (53,6% vs 40,0%; p=0,254), observándose además una mayor necesidad de soporte ventilatorio (ARM/VNI) en los pacientes con evolución desfavorable (25% vs 14,5%; p=0,365).

Tabla 1 - características basales de la población

Variable	Evolución favorable N = 55	Evolución desfavorable N =28
Edad (años)	82 (76–90)	80 (70–90)
Sexo masculino	23 (41,8%)	10 (35,7)
FEVI (%)	50 (39–62)	44 (35–60)
Sodio al ingreso (mEq/l)	137 (135–139)	133 (130–137)
Creatinina ingreso (mg/dl)	1,2 (1,0–1,6)	1,3 (1,0–1,8)

Conclusión: La persistencia o aparición intrahospitalaria de hiponatremia se asoció con una mayor duración de internación y con una tendencia a presentar una mayor frecuencia de complicaciones intrahospitalarias en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada. Estos hallazgos sugieren que la trayectoria del sodio podría reflejar la persistencia de activación neurohormonal y congestión residual durante la internación, constituyendo un marcador dinámico, simple y de bajo costo para identificar pacientes con evolución clínica más tórpida. Dado el carácter retrospectivo del estudio y el tamaño muestral limitado, estos resultados deben considerarse exploratorios y generadores de hipótesis.

0873 - DE SEIS MINUTOS A LA VIDA REAL: MONITORIZACIÓN DIGITAL Y HEMODINÁMICA DE LA RESPUESTA TEMPRANA A SOTATERCEPT EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

Enfermedad Vascular Pulmonar / Medicina Digital E Inteligencia Artificial

Maria Florencia PEREZ ABREGU | Pablo Daniel CLEMENTTI | Emiliano Gastón CLAROS | Ángeles Silvina VENTURA | Florencia Araceli MOLINA | Macarena Soledad PADILLA RAMIREZ | Sofía María MÉNDEZ | Brenda Graciela HURTADO

SANATORIO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

Introducción: El test de caminata de 6 minutos (6MWT) se utiliza ampliamente para evaluar la capacidad funcional en hipertensión arterial pulmonar (HAP). Sin embargo, en pacientes jóvenes, distancias aceptables (>440 m) pueden coexistir con compromiso hemodinámico severo y limitación funcional diaria, sugiriendo un efecto techo. El sotatercept representa una nueva estrategia terapéutica, mientras que las tecnologías móviles permiten evaluar la actividad física en condiciones de vida real.

Objetivos: Describir el impacto temprano de sotatercept en la capacidad funcional mediante monitorización digital, la respuesta hemodinámica y analizar el valor del 6MWT en pacientes jóvenes con HAP idiopática.



Materiales y Métodos: Se incluyeron dos pacientes jóvenes con HAP grupo I idiopática, en tratamiento combinado (antagonista de endotelina, furosemida e inhibidor de fosfodiesterasa tipo 5) con progresión clínica y hemodinámica. Ambas en clase funcional III, resistencias vasculares pulmonares elevadas e índice cardíaco disminuido pese a distancias conservadas en el 6MWT (470 m y 520 m) y pro BNP normal. Ante la falta de respuesta clínica al tratamiento y parámetros hemodinámicos muy alterados, se inició sotatercept 45 mg subcutáneo cada 21 días. La capacidad funcional se evaluó mediante monitorización digital de caminatas con aplicaciones móviles, documentando la distancia recorrida en actividad prey post tratamiento y con reevaluación hemodinámica.

Resultados: En la primera paciente, con 6MWT de 470 m, el registro basal evidenció caminata espontánea máxima de 150 m con desaturación (88%). Tras dos dosis de sotatercept caminó 4,03 km en 52 minutos con saturación de 95%. El cateterismo basal mostró presión pulmonar media de 63 mmHg, wedge 2 mmHg, gasto cardíaco de 3,1 L/min, índice cardíaco de 1,8 y resistencia vascular pulmonar de 16 UW. En el control posterior se observó presión pulmonar media de 30 mmHg, wedge 2 mmHg, gasto cardíaco de 3,4 L/min, índice cardíaco de 1,9 y una clara mejoría de la resistencia vascular pulmonar de 8 UW. En la segunda, con 6MWT de 520 m, tras dos dosis de sotatercept caminó 6,67 km en 1:30 h. El cateterismo basal evidenció presión pulmonar media de 60 mmHg, wedge 4 mmHg, gasto cardíaco de 4,62 L/min, índice cardíaco de 2,36 y resistencia vascular pulmonar de 12 UW. En el control posterior se observó presión pulmonar media de 41 mmHg, wedge 4 mmHg, gasto cardíaco de 5,51 L/min, índice cardíaco de 2,9 y una marcada disminución de la resistencia vascular pulmonar de 6,7 UW. Ambas presentaron además mejoría de los parámetros ecocardiográficos.

Conclusión: Se evidencia discordancia entre la capacidad funcional medida por el 6MWT y la actividad física cotidiana, sugiriendo que el test subestima la limitación funcional en pacientes jóvenes con HAP. La monitorización digital documentó una clara mejoría en la capacidad de sostener ejercicio prolongado, reflejando representativamente la rápida respuesta clínica y hemodinámica al sotatercept. Estos hallazgos sugieren que el registro digital de actividad física podría constituir una herramienta complementaria para el seguimiento funcional en HAP.

0874 - CARACTERÍSTICAS BASALES E INCIDENCIA DE EVENTOS EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

Cardiopatía Isquémica / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Pedro TOUZAS | **Daniela Sofia GRIGORIAN** | Clemencia DANIELSEN | Santiago Luis DEL CASTILLO | Giuliana CORNA | Rocío Isabel LOPEZ MIRANDA | Fernando COHEN | Aníbal Martín ARIAS

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) en pacientes añosos constituye un escenario clínico de alta complejidad, condicionado por mayor carga de comorbilidades, fragilidad clínica y complicaciones intrahospitalarias. La caracterización de estos pacientes en nuestra población resulta relevante para optimizar las estrategias de manejo.

Objetivos: Describir las características basales, electrocardiográficas, ecocardiográficas y angiográficas, así como la incidencia de eventos intrahospitalarios en pacientes mayores de 80 años con SCACEST.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de pacientes mayores de 80 años con SCACEST internados entre 2015 y 2025 en un centro de alta complejidad. Se analizaron características basales, presentación clínica, estudios complementarios, tratamiento inicial, hallazgos en la coronariografía y eventos intrahospitalarios. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes, y las variables continuas como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico, según correspondiera.

Tabla 1: Características basales	(n=136)
Edad, años (media, DE)	85.9 ± 4.0
Sexo masculino, % (n)	45.6 (62)
IMC, kg/m2 (media, DE)	26.4 ± 4.6
Obesidad, % (n)	16.7 (22)
Hipertensión arterial, % (n)	77 (104)
Tabaquista/Ex tabaquista, % (n)	33.3 (45)
Dislipidemia, % (n)	58.8 (80)
Enfermedad coronaria previa, % (n)	14 (19)
Enfermedad renal crónica, % (n)	15.6 (21)
Anemia, % (n)	31.9 (43)
Estratificación de riesgo	
Clasificación Killip Kimball III/IV, % (n)	15.4 (21)
Estudios complementarios	
Troponina T ultrasensible, pg/ml [mediana, RIC]	130.2 [47.5–499]
Creatinina, mg/dl [mediana, RIC]	1.0 [0.8–1.4]
Ritmo sinusal, % (n)	77.9 (106)
Bloqueo AV completo nuevo, % (n)	7.5 (10)
Supradesnivel en cara anterior, % (n)	48.9 (66)
Supradesnivel en cara inferior, % (n)	35.6 (48)
Ondas Q patológicas, % (n)	26.5 (36)
FEVI <40%, % (n)	25.4 (29)
Nueva regionalidad en ETT, % (n)	87.5 (105)
Llenado mitral pseudonormal/restrictivo, % (n)	23.9 (22)
Disfunción del ventrículo derecho, % (n)	14.2 (17)

Resultados: Se identificaron 159 pacientes con SCACEST. De ellos, 23 fueron excluidos por óbito previo a la coronariografía o adecuación del esfuerzo terapéutico. Se incluyeron 136 pacientes en la población final. La edad media fue de 85.9 ± 4.0 años y el 45.6% (n=62) fueron hombres. Las características basales se describen en la Tabla 1. Al ingreso, 15.4% (n=21) se presentó en Killip-Kimball III/IV. La troponina T ultrasensible mediana fue de 130pg/ml [RIC 47–499]. En el electrocardiograma inicial, 48.9% (n=66) presentó supradesnivel del ST en cara anterior, 35.6% (n=48) en cara inferior y 26.5% (n=36) tuvo ondas Q patológicas. En el ecocardiograma transtorácico, 25.4% (n=29) presentó FEVI <40%, 87.5% (n=105) nueva alteración regional de la motilidad, 23.9% (n=22) patrón de llenado mitral pseudonormal o restrictivo y 14.2% (n=17) disfunción del ventrículo derecho. El tiempo puerta-balón fue de 101 minutos [RIC 71–133] y el acceso radial se utilizó en 78.5% (n=106) de los casos. La lesión culpable se localizó en la arteria descendente anterior en 54.8% (n=68). Se observó enfermedad multivaso en 53.3% (n=72), criterio anatómico quirúrgico en 19.8% (n=26) y lesiones significativas remanentes en 43.5% (n=54). El flujo TIMI pre-angioplastia fue 0/1 en 69% (n=89), mientras que se alcanzó TIMI 3 post-angioplastia en 83.3% (n=105). El 6.7% (n=9) no recibió reperfusión. Durante la internación, 19.1% (n=25) presentó shock cardiogénico, 7.8% (n=10) arritmias ventriculares sostenidas, 11.8% (n=15) fibrilación auricular, 25.6% (n=33) insuficiencia renal aguda y 10.1% (n=13) sepsis o infección intrahospitalaria. La mortalidad intrahospitalaria fue de 19.9% (n=27). La estadía hospitalaria mediana fue de 4 días [RIC 3–6].

Conclusión: En pacientes mayores de 80 años con SCACEST se observó una alta carga de comorbilidad, compromiso clínico inicial y complejidad angiográfica. A pesar de una estrategia invasiva predominante y una elevada tasa de flujo TIMI 3 post-angioplastia, la evolución intrahospitalaria se asoció con alta incidencia de shock cardiogénico, insuficiencia renal aguda y mortalidad. Estos hallazgos destacan la vulnerabilidad de esta población y la necesidad de estrategias individualizadas para reducir complicaciones durante la internación.

0875 - IMPACTO DEL BLOQUEO COMPLETO DE RAMA DERECHA BASAL SOBRE LA NECESIDAD DE MARCAPASOS DEFINITIVO LUEGO DE TAVI EN LA ERA CUSP-OVERLAP

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Arritmias y Electrofisiología

Juan Manuel PÉREZ ASOREY | Carlos FAVA | Pablo LAMELAS | Gustavo Alejandro LEV | Gastón Manuel HEREDIA SERENO | Ivana Katherine OREJUELA MENDOZA | Joaquín PÉREZ ASOREY | Oscar Alfredo MENDIZ

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La necesidad de marcapasos definitivo (MCP) continúa siendo una de las principales complicaciones luego del implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI). En nuestra institución, la adopción sistemática de la técnica cusp-overlap se asoció con una reducción de la tasa de MCP desde 33,3% en la era pre-cusp-overlap hasta 12,6% en la práctica contemporánea. Sin embargo, el bloqueo completo de rama derecha (BCRD) basal continúa siendo uno de los principales predictores de alteraciones de conducción postprocedimiento.

Objetivos: Evaluar el impacto del BCRD basal sobre la necesidad de MCP definitivo en pacientes sometidos a TAVI durante la era cusp-overlap.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluyó pacientes consecutivos sometidos a TAVI entre agosto de 2019 y mayo de 2026, período correspondiente a la adopción sistemática de la técnica cusp-overlap en un centro de alto volumen. Se excluyeron pacientes con MCP definitivo previo al procedimiento. Los pacientes fueron estratificados según la presencia o ausencia de BCRD basal. Se analizó la necesidad de MCP definitivo durante la internación índice, la coexistencia de otros trastornos de conducción, la profundidad de implante y el tipo de válvula utilizada.

Resultados: Se incluyeron 1097 pacientes sometidos a TAVI durante la era cusp-overlap. El BCRD basal estuvo presente en 162 pacientes (14,8%). La incidencia de MCP definitivo fue significativamente mayor en pacientes con BCRD respecto de aquellos sin BCRD (32,1% vs 10,1%; p<0,001). Dentro del grupo con BCRD, 99 pacientes presentaban BCRD aislado y 63 asociaban otros trastornos de conducción. La necesidad de MCP fue del 26,3% en pacientes con BCRD aislado y del 41,3% cuando coexistían alteraciones adicionales del sistema de conducción (p=0,046). Los pacientes que requirieron MCP presentaron mayor profundidad de implante respecto de aquellos que no requirieron estimulación permanente (3,37 ± 2,37 mm vs 2,66 ± 2,29 mm; p=0,006). La incidencia de MCP fue similar entre válvulas balón-expandibles y auto-expandibles (14,1% vs 13,0%; p=0,64).

Conclusión: En pacientes sometidos a TAVI durante la era cusp-overlap, la presencia de BCRD basal se asoció con un incremento significativo de la necesidad de MCP definitivo respecto de aquellos sin BCRD basal. Este riesgo fue aún mayor cuando el BCRD coexistía con otras alteraciones de la conducción, alcanzando tasas superiores al 40%. Estos hallazgos identifican al BCRD basal como un importante marcador de riesgo de MCP, aun en el contexto de estrategias contemporáneas orientadas a reducir las alteraciones de conducción post-TAVI.

0879 - DEL SUBTRATAMIENTO AL ALTA ÓPTIMA: LA INTERNACIÓN POR INFARTO COMO VENTANA DE CORRECCIÓN DE LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

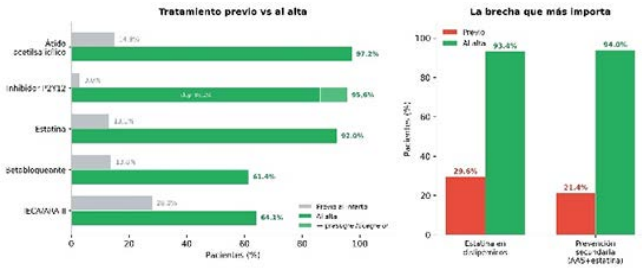
Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Cardiopatía Isquémica

Leandro PARRILLA | Fernando GARCIA LODI-FE | Ezequiel NUDELMAN | Ignacio Nicolás DE URQUIZA | Daniel Osvaldo GAUNA

Hospital General de Agudos Dr. C. Durand

Introducción: El control de los factores de riesgo (FR) y el tratamiento farmacológico adecuado son la base de la prevención cardiovascular, tanto en prevención primaria como secundaria. La internación por infarto representa un punto de contacto en el que el tratamiento previo puede evaluarse y corregirse.

Objetivos: Describir la prevalencia de FR y el tratamiento farmacológico previo en pacientes ingresados por infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST), y compararlo con el tratamiento indicado al alta, con foco en la prevención secundaria.



Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva de un centro, con 435 pacientes con IAMCEST tratados con angioplastia primaria entre 2009 y 2026. Se registró la presencia de tabaquismo, hipertensión arterial (HTA) y dislipemia (DLP), el tratamiento farmacológico previo al ingreso y el indicado al alta. En los pacientes con enfermedad cardiovascular previa (infarto, angioplastia, cirugía de revascularización, accidente cerebrovascular o enfermedad vascular periférica) se evaluó el uso de ácido acetilsalicílico y estatina como esquema básico de prevención secundaria. Los datos se expresan como frecuencias y porcentajes.

Resultados: El 96% de los pacientes presentaba al menos un FR, con una mediana de tres por paciente; el más frecuente fue el tabaquismo (69%), seguido de la hipertensión arterial (54%) y la dislipemia (35%). El tratamiento previo al infarto era marcadamente deficitario: entre quienes tenían HTA (n=236) el 39,4% no recibía tratamiento antihipertensivo, y entre los pacientes con DLP (n=152) el 70,4% no recibía estatina. En conjunto, el 56,3% de la cohorte no recibía ningún fármaco cardiovascular previo. En el subgrupo con enfermedad cardiovascular previa (n=84), solo el 21,4% recibía ácido acetilsalicílico más estatina. Al alta, las indicaciones aumentaron de forma sustancial: ácido acetilsalicílico del 14,9% al

97,2%, estatina del 13,1% al 92,0% e inhibidores del receptor P2Y12 del 3,0% al 95,6%, mientras que los IECA/ARA II pasaron del 28,0% al 64,1%. En los pacientes con prevención secundaria, la combinación de ácido acetilsalicílico y estatina pasó del 21,4% al 94,0%.

Conclusión: La mayoría de los pacientes llegó al infarto con sus FR insuficientemente tratados, con una brecha especialmente marcada en prevención secundaria. La internación ayudo a corregir ese déficit casi por completo, lo que la posiciona como una ventana crítica para iniciar y garantizar el tratamiento preventivo. El desafío pendiente se traslada al primer nivel de atención, donde la oportunidad de prevenir el evento se está perdiendo, y al seguimiento posterior que sostenga lo logrado durante la internación.

0885 - MAYOR MORTALIDAD DE LA MUJER EN EL INFARTO EN UNA COHORTE CON ACCESO EQUITATIVO A LA REPERFUSIÓN: ¿EFECTO DEL SEXO O DE LA EDAD?

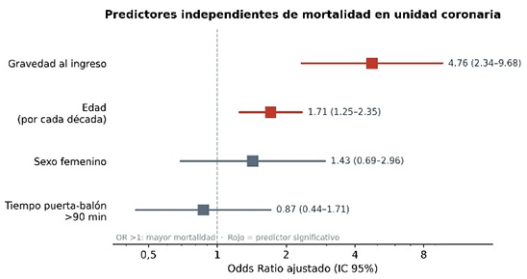
Corazón y Mujer / Cardiopatía Isquémica

Leandro PARRILLA | Fernando GARCIA LODI-FE | Ezequiel NUDELMAN | Ignacio Nicolás DE URQUIZA | Daniel Osvaldo GAUNA

Hospital General de Agudos Dr. C. Durand

Introducción: La mortalidad por infarto es mayor en la mujer en varios registros. En el registro nacional ARGEN-IAM-ST, el sexo femenino se comportó como predictor independiente de mortalidad junto con la edad y la insuficiencia cardíaca al ingreso. Sin embargo, las mujeres consultan a mayor edad y con peor condición clínica, y los registros argentinos no muestran diferencias por sexo en los tiempos ni en el acceso a la reperfusión. Queda planteado si el sexo es un factor de riesgo en sí mismo o un marcador de edad y gravedad, una pregunta sobre la que la evidencia local no es concluyente.

Objetivos: Identificar los predictores de mortalidad en unidad coronaria (UCO) en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) tratados con angioplastia primaria, y establecer si el sexo es un factor independiente o un reflejo de la edad y la gravedad de presentación.



Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva de un centro, con 435 pacientes con IAMCEST tratados con angioplastia primaria entre 2009 y 2026. Se analizaron edad, sexo, tiempo puerta-balón (TPB), gravedad al ingreso (signos de insuficiencia cardíaca, edema agudo de pulmón o shock cardiogénico) y mortalidad en UCO. Las variables continuas se expresan como mediana y las categóricas como porcentajes con intervalo de confianza del 95% (IC95%). Se compararon grupos con chi-cuadrado y prueba de Mann-Whitney, y se ajustó un modelo de regresión logística para mortalidad. Por el número de eventos, las estimaciones se interpretaron con cautela.

Resultados: La edad mediana fue de 62 años y el 76% fueron hombres. El acceso a un TPB de 90 minutos o menos fue equivalente entre sexos (mujeres 41,7% vs hombres 42,9%; p=0,94). La mortalidad de las mujeres (17,5%; IC95% 11,3-25,9) duplicó la de los hombres (7,8%; IC95% 5,4-11,2), diferencia explicada porque las mujeres eran más añosas (mediana 69 vs 61 años; p<0,001), las fallecidas tenían una edad mediana de 80 años, y llegaron con mayor frecuencia en condición grave (22,3% mujeres vs 11,4% hombres; p=0,009). A su vez, la gravedad al ingreso se asoció con una mortalidad del 31,1% frente al 6,7% en quienes ingresaron estables (p<0,001), con un impacto similar en ambos sexos (hombres 31,6% vs mujeres 30,4%). En el modelo ajustado, los predictores independientes de mortalidad fueron la gravedad al ingreso (OR 4,76; IC95% 2,34-9,68) y la edad, con un OR de 1,71 por cada década (IC95% 1,25-2,35); en cambio, el sexo (OR 1,43; IC95% 0,69-2,96) y el TPB prolongado (OR 0,87; IC95% 0,44-1,71) no predijeron mortalidad.

Conclusión: En esta cohorte, cuando hombres y mujeres se reperfunden en el mismo tiempo, lo que predice la mortalidad es la edad más avanzada y la condición clínica al ingreso. Al ajustar por edad y gravedad, el sexo dejó de predecir mortalidad. Estos hallazgos orientan a concentrar el esfuerzo asistencial en el paciente añoso y en el que ingresa descompensado, más que en asumir una inequidad de atención por sexo que, al menos en los tiempos, no se evidencia.

0887 - UTILIDAD DE LA ECOCARDIOGRAFÍA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR GRUPO 1

Multimagen / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Makarena BIBILONI

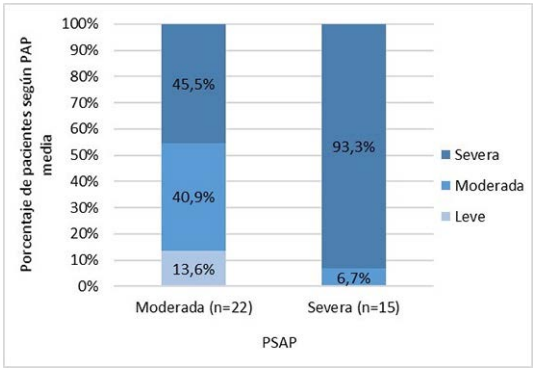
HOSPITAL SAN ROQUE

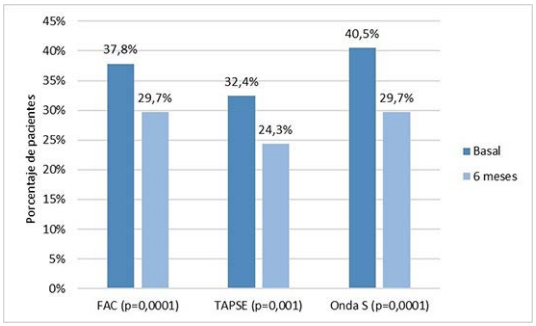
Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad progresiva cuyo pronóstico depende principalmente de la función del ventrículo derecho (VD). El cateterismo cardíaco derecho es el método Gold Estándar para el diagnóstico y evaluación hemodinámica de esta patología, aunque su uso seriado es limitado. La ecocardiografía constituye una herramienta no invasiva ampliamente disponible, cuya utilidad en el seguimiento de esta enfermedad

Objetivos: Evaluar la utilidad de la ecocardiografía en el seguimiento de pacientes con HAP Grupo 1, analizando su asociación con variables hemodinámicas invasivas y evolución clínica a 6 meses.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo y longitudinal (2020 – 2025) en pacientes ≥18 años con HAP Grupo 1 confirmada por cateterismo. Se analizaron PSAP, TAPSE, FAC, S', strain longitudinal del VD y TAPSE/PSAP, junto con mPap, RVP, Clase Funcional, NT –proBNP.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes (70,3% mujeres). La PSAP fue severa en 40,5% y la mPAP severa en 64,9%. A los 6 meses se observaron cambios significativos en PSAP, FAC, TAPSE, S', strain y TAPSE/PSAP (p<0,001). El 21,6% requirió hospitalización por insuficiencia cardíaca. La función del VD y el índice TAPSE/PSAP se asociaron con clase funcional y NT-proBNP.





Conclusión: Los parámetros ecocardiográficos de función y acoplamiento del VD se asociaron con variables hemodinámicas invasivas y con la evolución clínica, permitiendo identificar mayor riesgo de deterioro, respaldando su utilidad como herramienta de seguimiento no invasiva en HAP.

0890 - ¿INFLUYE EL SEXO EN EL FENOTIPO HEMODINÁMICO DEL SÍNCOPE MEDIADO POR RESPUESTAS REFLEJAS? ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE UNA DÉCADA

Arritmias y Electrofisiología / Investigación Básica

Juan Pablo MESA BELLUCCI | Juan Manuel SILVA VILLALBA | Lourdes Del Valle BAILON SEGURA | Federico GONZALEZ | Malena CEJO | Oriana Lía QUIROGA ANGULO | Mauro PEREIRA | Ezequiel MINISINI

Hospital Churruca - Visca

Introducción: El síncope vasovagal (SVV) representa una de las causas más frecuentes de consulta en los servicios de cardiología. Aunque clásicamente se describen variaciones en la presentación clínica y demográfica de los pacientes, existe escasa evidencia local respecto a si el sexo biológico determina de manera diferencial el fenotipo hemodinámico objetivado mediante la prueba de inclinación (TILT) o si condiciona las estrategias terapéuticas a largo plazo.

Objetivos: Determinar si existe una predisposición vinculada al sexo biológico hacia un tipo específico de respuesta hemodinámica durante el TILT y evaluar si la resolución clínica implementada difiere significativamente entre hombres y mujeres.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico que incluyó una cohorte consecutiva de pacientes con sospecha de síncope reflejo evaluados mediante TILT TEST durante un período de diez años (2015-2024),

cuyos datos fueron extraídos de la base de datos «Consultorio de Síncope». Se seleccionaron aquellos estudios con resultado positivo, clasificando la respuesta hemodinámica según los criterios de la escala VASIS (estudio internacional sobre síncope vasovagal) en: vasodepresora (tipo 3), cardioinhibitoria (tipo 2) o mixta (tipo 1). Las estrategias terapéuticas se agruparon en medidas higiénico-dietéticas generales, tratamiento farmacológico y terapias avanzadas (cardioneuroablación o implante de marcapasos definitivo [MP]). Las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes, evaluando las diferencias mediante la prueba de chi-cuadrado. Un valor de p menor a 0.05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: De una cohorte total evaluada, se analizaron 68 pacientes con TILT diagnóstico positivo y datos concluyentes (63.2% mujeres, n=43; 36.8% hombres, n=25). El fenotipo hemodinámico predominante en toda la cohorte fue el vasodepresor con un 80.9% (n=55), seguido por el cardioinhibitorio con un 11.8% (n=8) y el mixto con un 7.3% (n=5). Al discriminar por sexo, la respuesta vasodepresora se presentó en el 81.4% de las mujeres versus el 80.0% de los hombres; la respuesta cardioinhibitoria afectó al 14.0% de las mujeres frente al 8.0% de los varones; mientras que el fenotipo mixto se constató en el 4.6% del sexo femenino y el 12.0% del masculino, no evidenciándose diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los fenotipos según el sexo (p=0.44). En cuanto al manejo clínico instaurado, la indicación de medidas generales (32.6% en mujeres vs. 28.0% en hombres), tratamiento farmacológico (34.9% vs. 36.0%) y terapias avanzadas con MP o ablación (7.0% vs. 12.0%) demostró una distribución homogénea entre ambos grupos, sin registrarse divergencias significativas en la resolución del cuadro según el sexo biológico (p=0.64).

Conclusión: En la presente cohorte de una década, el fenotipo vasodepresor puro fue la respuesta hemodinámica predominante en la población general con TILT positivo. El sexo biológico no demostró influir significativamente en la forma de presentación hemodinámica del síncope mediado por respuestas reflejas ni condicionó la estrategia de resolución clínica o terapéutica asignada a los pacientes.

0893 - ENFERMEDAD CORONARIA PREVIA AL TAVI: PREVALENCIA, PREDICTORES Y ANGIOTOMOGRAFÍA COMPUTADA COMO ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN PERSONALIZADA. EXPERIENCIA UNICÉNTRICA DE 16 AÑOS

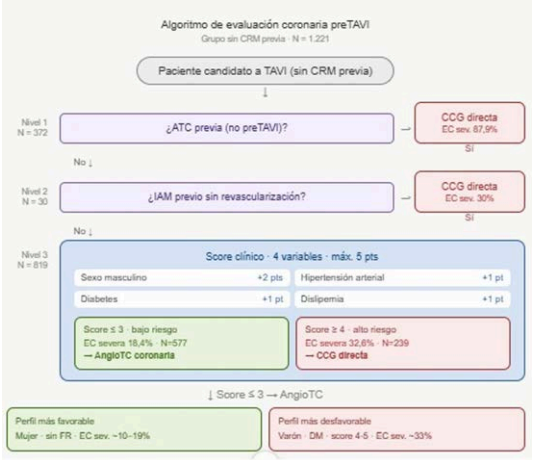
Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Joaquín PÉREZ ASOREY | Juan Manuel PÉREZ ASOREY | Florencia MERLO | Patricio VIOLA HIDALGO | Gastón Manuel HEREDIA SERENO | Pablo LAMELAS | Carlos FAVA | Oscar Alfredo MENDIZ

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La estenosis aórtica severa y la enfermedad coronaria (EC) coexisten frecuentemente en candidatos a reemplazo valvular aórtico percutáneo (TAVI). La coronariografía invasiva (CCG) preTAVI implica riesgo adicional en una población de edad avanzada y mayores costos. La angiotomografía computada (AngioTC) permite evaluar simultáneamente la anatomía aórtica y la EC, pero la definición de qué pacientes se benefician de esta estrategia permanece sin precisarse.

Objetivos: Primario: Determinar prevalencia y predictores de EC severa en candidatos a TAVI y evaluar la factibilidad de la AngioTC como primer paso en reemplazo de la CCG. Secundarios: Desarrollar un algoritmo escalonado de evaluación coronaria. Identificar el perfil del paciente CRM en quien la AngioTC es suficiente. Analizar la tasa de angioplastia coronaria (ATC) preTAVI en el grupo CRM. Evaluar la asociación entre trastornos eléctricos, EC severa y MCP post-TAVI.



Materiales y Métodos: Diseño: Cohorte retrospectiva unicéntrica. 1.366 pacientes consecutivos sometidos a TAVI (2009–2025). Población: 1.221 sin CRM previa y 145 con CRM previa (base ampliada con variables específicas de la cirugía).

Resultados: Grupo sin CRM (N=1.221) EC severa en el 42,6%. Descendente anterior (DA) más comprometida (64,0%), seguida de coronaria derecha (CD) (51,2%) y circunfleja (CX) (40,4%). El 54,4% tuvo compromiso proximal severo. Predictores dominantes: ATC previa (OR 24,6; p<0,001) e IAM previo sin revascularización (OR 2,20;

p<0,001). Entre los factores clínicos, solo el sexo masculino fue significativo (OR 1,77; p<0,001). AUC ATC previa sola: 0,782 vs score clínico: 0,613. Algoritmo de tres niveles: (1) ATC previa: CCG directa; (2) IAM previo sin revascularización: CCG directa; (3) vírgenes de revascularización: score menor a 3: AngioTC, score mayor o igual a 4: CCG. Siguiendo dicho algoritmo el 38,6% de las CCG hubieran podido reemplazarse por AngioTC. Ningún patrón ECG se asoció a EC severa. El trifascicular tipo 1 mostró tendencia (OR 4,65) sin significancia por N pequeño (N=11). El ECG predijo MCP post-TAVI: bifascicular OR 10,04 (p<0,001), trifascicular OR 3,76 (p<0,001). EC severa y MCP post-TAVI: fenómenos independientes. Grupo CRM (N=145): Tiempo medio desde CRM: 13,1 años. MIDA permeable en el 93,3%. El 20,4% tenía segundo puente arterial. El 53,7% tenía todos los puentes permeables; el 41,0% al menos uno ocluido. El tiempo desde la CRM no predijo el estado de los puentes (r=0,06, p=0,49). Único predictor de ATC: oclusión del safeno a CD (OR 3,10, p=0,025). ATC en el 39,6%, principalmente a arteria nativa (75,5%). Revasc. completa: 71,8% vs 92,2% en sin CRM. El 86% de las ATC con puentes permeables fue a arteria sin protección de puente. La AngioTC evitaría el 27,6% de las CCG. Perfil ideal: doble/triple puente arterial + sin IAM + FE >50% + CRM completa + puentes permeables + sin EC proximal en arteria desprotegida: CCG evitable en 70-80%.

Conclusión: La EC severa es altamente prevalente en candidatos a TAVI (42,6% sin CRM), siendo la ATC previa el predictor dominante. El algoritmo escalonado propuesto evitaría el 38,6% de las CCG en el grupo sin CRM. En CRM, la AngioTC evitaría el 27,6% de las CCG, siendo más favorable en el perfil ideal donde la CCG es evitable en 70-80%. Los trastornos eléctricos predicen MCP post-TAVI pero son independientes de la EC severa. Estos resultados apoyan el uso de estrategias de imagen no invasiva más racionales en esta población de alto riesgo procedural.

0894 - SÍNCOPE CON RESPUESTA CARDIOINHIBITORIA EN TILT TEST: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ESTRATEGIAS DE RESOLUCIÓN EN LA PRÁCTICA REAL

Arritmias y Electrofisiología / Investigación Básica

Juan Pablo MESA BELLUCCI | Juan Manuel SILVA VILLALBA | Claudio Agustín CUSCUNA | Constanza CARULLO | Enzo GALEAN | Lourdes Del Valle BAILON SEGURA | Malena CEJO | Oriana Lía QUIROGA ANGULO

Hospital Churruca - Visca

Introducción: El síncope reflejo cursa con diferentes fenotipos hemodinámicos según el grado de afección autonómica. La respuesta con componente cardioinhibitorio o mixto (CCM), caracterizada por bradicardia severa o asistolia prolongada, representa la variante de mayor impacto clínico debido al riesgo de traumatismos y la frecuente necesidad de intervenciones terapéuticas complejas, a diferencia de la variante vasodepresora pura.

Objetivos: Analizar el perfil clínico de los pacientes que desarrollan variantes con CCM durante la prueba de inclinación (TILT) en comparación con aquellos que presentan una respuesta vasodepresora pura, y evaluar el impacto de dicho fenotipo en la estrategia de resolución final a largo plazo.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico que evaluó una cohorte de pacientes con TILT positivo a lo largo de una década (2015-2024) provenientes de la base de datos «Consultorio de Síncope». Los pacientes fueron estratificados según la clasificación VASIS (estudio internacional sobre síncope vasovagal) en dos grupos: Grupo Vasodepresor (tipo 3) y Grupo CCM (tipos 1, 2A, 2B y asistolia). Se analizó la distribución por sexo como potencial predictor clínico y se evaluó la tasa de éxito de la resolución final, dicotomizada en manejo convencional (medidas higiénico-dietéticas, fármacos, derivaciones) versus terapia avanzada (implante de marcapasos definitivo [MP] o cardioneuroablación). Las variables categóricas se compararon mediante la prueba de chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher, considerándose significativo un valor de p menor a 0.05.

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes con respuesta diagnóstica positiva y datos completos. El Grupo Vasodepresor estuvo constituido por 55 pacientes (80.9%) y el Grupo CCM por 13 pacientes (19.1%). Al evaluar el sexo biológico como variable predictora, no se observaron diferencias significativas en la incidencia de respuestas graves; el fenotipo CCM se presentó en el 18.6% del total de las mujeres (n=8/43) y en el 20.0% del total de los varones (n=5/25), denotando una distribución homogénea entre ambos sexos (p=1.00). Por el contrario, el fenotipo hemodinámico demostró ser un predictor determinante de la estrategia terapéutica final a largo plazo. En el Grupo Vasodepresor, el 98.2% (n=54) fue controlado eficazmente mediante manejo convencional, requiriendo terapia avanzada solo el 1.8% (n=1). En contraste, en el Grupo CCM, la necesidad de instaurar terapias avanzadas invasivas (MP o ablación) se elevó de manera drástica al 38.5% (n=5), demostrando una asociación estadística altamente significativa (p=0.0007).

Conclusión: En la práctica real, el síncope mediado por respuestas reflejas con componente cardioinhibitorio o mixto no se encuentra predicho por el sexo biológico del paciente. No obstante, dicho fenotipo hemodinámico constituye un potente predictor de la resolución clínica a largo plazo, asociándose de forma muy significativa con una elevada tasa de requerimiento de terapias avanzadas e invasivas.

0898 - OBESIDAD Y RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL: ASOCIACIÓN CON ALTERACIONES METABÓLICAS Y EVENTOS CARDIOVASCULARES

Hipertensión Arterial / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Florencia AGUILO | **María Florencia PEREZ ASOREY** | Isabella GIUNTA | Olivia ROSENFELD | Lorenzo Martín LOBO | Maria Isabel RODRIGUEZ ACUÑA | Laura BRANDANI | Gustavo GIUNTA

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La adiposidad potencia las alteraciones metabólicas en múltiples escenarios clínicos. Su escaso impacto como factor de riesgo independiente la excluye de la mayoría de los puntajes de predicción cardiovascular. Evaluar su influencia asociada a hipertensión arterial (HTA) resulta fundamental para comprender su efecto sobre las alteraciones metabólicas y hemodinámicas en distintos perfiles de riesgo.

Objetivos: Evaluar el impacto de la obesidad sobre variables clínicas, metabólicas y la incidencia de eventos cardiovasculares mayores (MACE) en pacientes (pac) portadores de HTA.

Materiales y Métodos: Estudio observacional analítico de cohorte prospectivo. Se incluyeron pac >18 años de un programa de prevención y promoción de salud, analizando variables antropométricas, hemodinámicas y bioquímicas. Los pac se agruparon según presencia de obesidad (IMC>=30) en: HTA, DBT o DLP, e incluyó un grupo noFRC como control. La supervivencia libre de eventos cardiovasculares (ECV) se evaluó con curvas de Kaplan-Meier y prueba de Log-rank. Se aplicaron modelos de Cox para determinar la asociación independiente entre variables clínicas/metabólicas y la incidencia de MACE.

Resultados: Se incluyeron 10115 pac, de los cuales, 3190 (31.5%) presentaron HTA, 884 (8.7%) tenían DBT y 2676 (26.4%) cumplieron criterios de DLP. Dentro del grupo HTA, 1622 pac presentaron obesidad (50.8%). La obesidad se asoció con incremento de HbA1c (5,98 vs 5,67%; +5,5%; p<0,001), aumento de glucemia (+8,6%; p<0,001), incremento de triglicéridos (TGD) (157 vs 128 mg/dL; +23%; p<0,001), reducción de HDL (48,4 vs 54,2 mg/dL; -10,7%; p<0,001), prevalencia de hipertrigliceridemia (39,0% vs 25,7%; +52%; p<0,001), HDL bajo (32,6% vs 19,5%; +67%; p<0,001), DBT tipo 2 (22,5% vs 13,7%; +64%; p<0,001) y cifras superiores de presión arterial sistólica (+2,9%; p<0,001). Dentro del grupo con DLP, la obesidad se asoció a incremento de HbA1c (6,01 vs 5,71%; +5,3%; p<0,001), aumento de hipertrigliceridemia (97,9% vs 93,3%; +5%; p<0,001), incremento de HDL bajo (46,9% vs 36,5%; +28%; p<0,001) y > prevalencia de DBT tipo 2 (2,4% vs 1,2%; +100%; p=0,025). En el grupo portador de DBT, la obesidad se asoció a incremento de TGD (179 vs 162 mg/dL; +10%; p=0,034), reducción de HDL (45,5 vs 48,1 mg/dL; -5,4%; p<0,001), aumento de hipertrigliceridemia (48,4% vs 39,5%; +23%; p=0,013), incremento de HDL bajo (42,5% vs 31,9%; +33%; p=0,003) y > prevalencia de HTA concomitante (71,9% vs 57,6%; +25%; p<0,001). No hubo diferencias significativas en HbA1c (7,20 vs 7,21%; p=0,972). En pac sin FRC, la obesidad se asoció con incremento de HbA1c (5,46 vs 5,28%; +3,4%; p<0,001), aumento de glucemia (+5,1%; p<0,001), incremento de TGD (103 vs 87 mg/dL; +19%; p<0,001), reducción de HDL (52,4 vs 59,0 mg/dL, -11,3%; p<0,001) y duplicación de la prevalencia de HDL bajo (22,4% vs 11%; +103%; p<0,001). En el análisis de supervivencia (3116 pac, mediana de tiempo 2.85 años RIC (0.92 -5.2 años) no se observaron diferencias significativas en la incidencia de ECV entre pac con y sin obesidad (Log-rank p=0,087). En el análisis multivariado, la obesidad no se asoció de forma independiente con ECV (HR 0,99; p=0,958), mientras que la edad (HR 1,08; p<0,001), el sexo masculino (HR 2,88; p=0,001) y la HTA (HR 2,35; p=0,004) se asociaron a > riesgo.

Conclusión: En pacientes hipertensos, la obesidad se asoció a un perfil cardiometabólico significativamente más desfavorable, sin impacto independiente sobre la incidencia de eventos cardiovasculares. Estos resultados sustentan la hipótesis de la adiposidad como un factor agravante de los otros FRC.

0899 - EVOLUCIÓN TEMPORAL DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO Y PERFIL HEMODINÁMICO DEL TILT TEST EN UN PERÍODO DE 10 AÑOS

Investigación Básica / Arritmias y Electrofisiología

Juan Pablo MESA BELLUCCI | Juan Manuel SILVA VILLALBA | Mauro PEREIRA | Ezequiel MINISINI | Maria Agostina VERRI | Constanza CARULLO | Lourdes Del Valle BAILON SEGURA | Federico GONZALEZ

Hospital Churruca - Visca

Introducción: La introducción de nuevas herramientas diagnósticas y las actualizaciones en las guías de práctica clínica modifican los criterios de derivación de los pacientes con síncope. Evaluar de forma longitudinal el rendimiento de la prueba de inclinación (TILT) permite conocer si la optimización en la selección de los candidatos impacta sobre la tasa de éxito diagnóstico o altera el perfil clínico observado en el laboratorio de electrofisiología.

Objetivos: Evaluar la tasa de positividad global del TILT a lo largo de una década y analizar si existieron variaciones temporales significativas tanto en el rendimiento diagnóstico como en el fenotipo de los pacientes que presentaron una respuesta positiva.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico basado en el registro longitudinal de procedimientos de la base de datos «Consultorio de Síncope». El período de diez años (2015-2024) se dividió en dos etapas comparativas: Período 1 (P1: 2015-2019) y Período 2 (P2: 2020-2024). Se calculó la tasa de positividad global para cada etapa (estudios positivos / total de procedimientos realizados). En los casos con respuesta diagnóstica, el fenotipo hemodinámico se clasificó según los criterios institucionales basados en la escala VASIS (estudio internacional sobre síncope vasovagal) en vasodepresor, cardioinhibitorio o mixto. Las variaciones temporales se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson, fijando la significancia estadística en un valor de p menor a 0.05.

Resultados: Se incluyó un volumen total de 457 procedimientos realizados durante la década. Durante el P1 se llevaron a cabo 298 estudios, registrando 44 casos positivos (tasa de positividad del 14.8%). Durante el P2 se realizaron 159 estudios, de los cuales 26 resultaron positivos (tasa de positividad del 16.4%). El análisis comparativo no demostró variaciones significativas en el rendimiento diagnóstico global del test entre ambos quinquenios (p=0.65). En cuanto al perfil hemodinámico de los 68 síncopes diagnosticados, en el P1 el 83.7% (n=36) fue vasodepresor, el 9.3% (n=4) cardioinhibitorio y el 7.0% (n=3) mixto. En el P2, la distribución evidenció un 76.0% (n=19) de respuestas vasodepresoras, 16.0% (n=4) cardioinhibitorias y 8.0% (n=2) mixtas. Esta modificación en las proporciones de los fenotipos a lo largo del tiempo no alcanzó significancia estadística (p=0.69).

Conclusión: El TILT demostró un rendimiento diagnóstico sumamente consistente y estable a lo largo de la última década en la práctica real. A pesar de las variaciones en el volumen absoluto de estudios realizados entre ambos períodos, el perfil hemodinámico de los pacientes con diagnóstico positivo no experimentó cambios significativos, manteniendo la variante vasodepresora como el fenotipo predominantemente evocado

0900 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN VÁLVULA PROTÉSICA O VÁLVULA NATIVA: ¿SON MUY DIFERENTES?

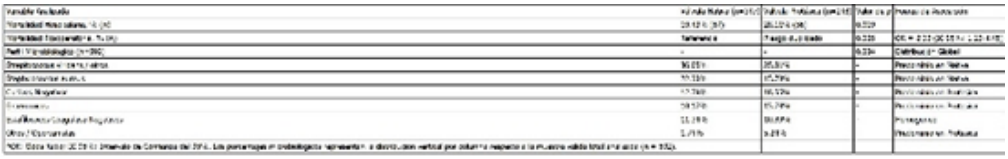
Valvulopatías

María Victoria GONZÁLEZ FERREÑO | Marina SIBOLDI | Camila ALTMARK | Octavio MENTA | Mariana PARETI | Adrián José LESCANO

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) sobre válvula protésica (EVP) representa una de las formas más graves de presentación de esta enfermedad, con desafíos diagnósticos, microbiológicos y terapéuticos que difieren de la endocarditis sobre válvula nativa (EVN).

Objetivos: Describir las características clínicas, la distribución etiológica microbiológica, la tasa de complicaciones postoperatorias y la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con endocarditis infecciosa en válvula protésica y en válvula nativa.



Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, analítico que incluyó pacientes con diagnóstico de EI desde el año 1992 hasta 2025. Se analizaron las características demográficas, clínicas, microbiológicas, imágenes y eventos en la fase hospitalaria, recolectando la información desde una base de datos centralizada. Para los análisis bivariados y multivariados específicos, el tamaño de la muestra varió debido a la exclusión de registros con datos faltantes (missing data). La distribución microbiológica se evaluó sobre un subgrupo de 592 registros que cruzaban etiología y tipo de válvula. Se realizaron tablas de contingencia y análisis de riesgo mediante Odds Ratio (OR) con test de Chi-cuadrado o test de T, según distribución y características de las variables.

Resultados: Se incluyeron 595 pacientes con diagnóstico definitivo de EI, con una edad media de 59.2 ± 16.8 años; el 26.1% correspondió al sexo femenino. Del total, el 41.7% presentó endocarditis sobre válvula protésica y el 58.3% sobre válvula nativa. Se evidenció una diferencia estadísticamente significativa en el perfil microbiológico global entre ambos grupos (p = 0.004). En las válvulas nativas predominaron los patógenos típicamente comunitarios como Streptococcus viridans y otros estreptococos (36.05% vs. 25.81% en protésicas) junto con Staphylococcus aureus (22.38% vs. 15.73% en protésicas). Las válvulas protésicas exhibieron una mayor tasa de cultivos negativos (18.55% vs. 12.79% en nativas), enterococos (15.73% vs. 10.17% en nativas) y gérmenes oportunistas o de crecimiento lento (5.24% vs. 1.74% en nativas). En cuanto al pronóstico, los pacientes con EVP presentaron una mortalidad intrahospitalaria significativamente mayor que aquellos con EVN (28.11% vs. 19.43%; p = 0.019). Con respecto al tratamiento quirúrgico, la válvula protésica duplicó el riesgo de muerte hospitalaria (OR = 2.33; IC 95%: 1.23-4.45; p = 0.005), requiriendo cirugías de mayor complejidad técnica por una alta prevalencia asociada de absceso de anillo (p:0.001)

Conclusión: En nuestra cohorte observamos que la EIVP presenta un perfil microbiológico diferenciado, caracterizado por una mayor tasa de cultivos negativos y enterococos. Esta firma etiológica, sumada al daño estructural perivalvular, condiciona un escenario clínico de extrema complejidad que duplica el riesgo de mortalidad hospitalaria en comparación con la afectación de válvulas nativas.

0901 - COCIENTE NEUTRÓFILO-LINFOCITO COMO PREDICTOR DE EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Cardiopatía Isquémica

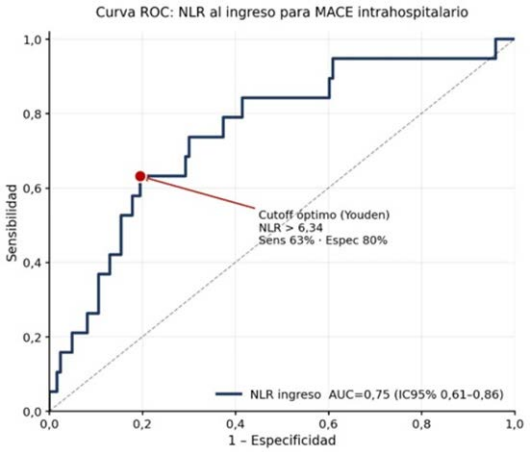
Ornella ROBINO | Agustina Trinidad SAPORITI | Juan DESIDERIO | **Antonella DITURO** | Anabel Jessica GAFNI | Lucas Nicolás GASPÓN | Nicolás CARUSO | Juan Ernesto VAZQUEZ EPELBAUM

Sanatorio de la Trinidad Mitre

Introducción: el cociente neutrófilo-linfocito (NLR) es un biomarcador inflamatorio simple, disponible en el hemograma de rutina, con evidencia creciente como predictor pronóstico en diversas condiciones cardiovasculares. Su valor en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) no ha sido evaluado en centros de Argentina.

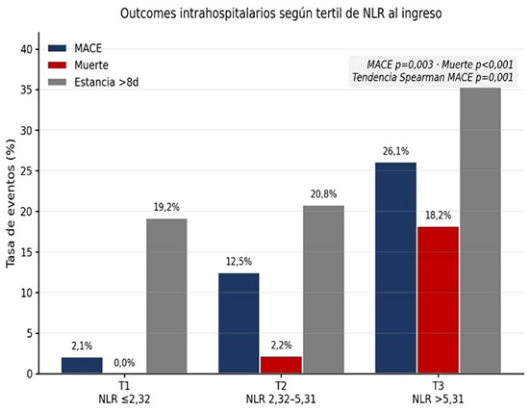
Objetivos: evaluar la capacidad predictiva del NLR al ingreso para MACE intrahospitalario (muerte, shock cardiogénico, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca de novo) y mortalidad intrahospitalaria en pacientes con SCA.

Materiales y Métodos: cohorte retrospectiva de 227 pacientes entre 2019 y 2026. Se realizaron análisis descriptivos, comparación de grupos mediante U de Mann-Whitney y chi cuadrado, y curvas ROC para determinar el punto de corte óptimo del NLR al ingreso. La discriminación se evaluó mediante área bajo la curva (AUC). Los



outcomes se compararon por tercilos de NLR. Se realizó análisis multivariado con regresión logística, ajustada por edad, sexo masculino y Killip > II.

Resultados: la tasa de MACE fue del 10.9% (n=14) y de mortalidad del 6.2% (n=8). El NLR al ingreso fue significativamente mayor en el grupo con MACE (mediana 7.2 vs 3.08; p = 0.0005) y en los fallecidos (8.2 vs. 3.2; p<0.001). El NLR mostró un AUC de 0.809 (IC95% 0.694–0.910) para MACE y de 0.854 (IC95% 0.744–0.943) para mortalidad. Por tercilos, la incidencia de MACE fue 2,1%, 12,5% y 26,1% (p=0,003); la mortalidad escaló de 0% a 2,2% y 18,2% (p<0,001). En el modelo multivariado, el NLR fue predictor independiente de MACE y el punto de corte óptimo fue NLR =6.34 para ambos endpoints, con un valor predictivo negativo del 95.8% y 98.9%, respectivamente.



Conclusión: El NLR al ingreso es un predictor de MACE y mortalidad intrahospitalaria en pacientes con SCA, con elevado valor para descartar eventos. Su simplicidad y disponibilidad universal lo posicionan como una herramienta de estratificación de riesgo de bajo costo, complementaria a los scores clínicos establecidos.

0905 - ESTRATEGIAS DE RESOLUCIÓN TERAPÉUTICA EN EL SÍNCOPE NEUROMEDIADO: DE LA TEORÍA DE LAS GUÍAS A LA PRÁCTICA CLÍNICA

Investigación Básica / Arritmias y Electrofisiología

Juan Pablo MESA BELLUCCI | Juan Manuel SILVA VILLALBA | Lourdes Del Valle BAILON SEGURA | Oriana Lía QUIROGA ANGULO | Malena CEJO | Federico GONZALEZ | Ezequiel MINISINI | Mauro PEREIRA

Hospital Churruca - Visca

Introducción: El diagnóstico del síncope vasovagal (SVV) mediante la prueba de inclinación (TILT) permite identificar el mecanismo fisiopatológico subyacente para guiar la conducta médica. Sin embargo, existe una brecha potencial entre las recomendaciones teóricas de las guías internacionales y las decisiones terapéuticas adoptadas en el seguimiento a largo plazo en la práctica clínica real.

Objetivos: Describir el espectro de resoluciones terapéuticas implementadas en los pacientes con respuesta diagnóstica positiva en el TILT y evaluar si la estrategia elegida demostró una adecuada asociación y coherencia clínica con el fenotipo hemodinámico objetivado.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico sobre una cohorte consecutiva de 68 pacientes con TILT positivo y datos concluyentes registrados en la base «Consultorio de Síncope» durante el período 2015-2024. La respuesta hemodinámica se clasificó según los criterios VASIS (estudio internacional sobre síncope vasovagal) en vasodepresora, cardioinhibitoria o mixta. Las resoluciones clínicas se categorizaron en medidas generales higiénico-dietéticas, tratamiento farmacológico, terapias avanzadas invasivas (implante de marcapasos definitivo [MP] o cardioneuroablación) y pérdida de seguimiento. La asociación entre el fenotipo hemodinámico y la terapéutica asignada se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson.

Resultados: De los 68 pacientes analizados (edad media consistente con la cohorte general), el espectro global de resolución clínica mostró que el 35.3% (n=24) recibió tratamiento farmacológico, el 30.9% (n=21) medidas generales, el 8.8% (n=6) terapia avanzada invasiva y el 25.0% (n=17) se perdió del seguimiento o careció de datos. Al cruzar las variables, se constató una rigurosa coherencia clínico-terapéutica (p<0.00001). En el fenotipo vasodepresor (n=55), la conducta médica predominante fue el tratamiento farmacológico (41.8%, n=23) y las medidas generales (29.1%, n=16), registrándose terapia invasiva en solo un caso (1.8%) por refractariedad. Por el contrario, en el fenotipo cardioinhibitorio puro (n=8), el 50.0% (n=4) requirió de forma directa terapias avanzadas invasivas (MP o ablación), el 25.0% (n=2) medidas generales y el 12.5% (n=1) fármacos. En el fenotipo mixto (n=5), prevaleció la indicación de medidas generales en el 60.0% (n=3) y terapia avanzada invasiva en el 20.0% (n=1).

Conclusión: Las estrategias de resolución terapéutica en pacientes con síncope neuromediado demuestran una elevada traslación de las guías internacionales a la práctica médica real en nuestro medio. La asignación de tratamientos invasivos

o farmacológicos se encuentra fuertemente condicionada de manera correcta por el fenotipo hemodinámico del test, reservando las terapias de estimulación y ablación para las variantes con compromiso cardioinhibitorio severo.

0908 - RECUPERACIÓN DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN INSUFICIENCIA CARDÍACA ¿ES TODO LO MISMO?

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

María Florencia GANDÍA | Estefanía Anabel FLEMING | María Florencia HERMAN CAVARRA | Carolina Bárbara PUTARO | Felipe BOUZAT | Liliana Ethel FAVALORO | Roberto Rene FAVALORO | Elián Facundo GIORDANINO

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: Los avances en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca devinieron en un aumento significativo de pacientes con mejoría de su fracción de eyección (FEy), dando lugar a diferentes terminologías para tratar de caracterizar adecuadamente este fenómeno (mejoría, remisión, recuperación). Si bien existen diferentes factores que se asocian con aumento de la FEy globalmente, los datos sobre cuáles se asocian a una recuperación en nuestro medio son más escasos.

Objetivos: Caracterizar una población de pacientes con mejoría de la FEy e identificar los predictores de recuperación completa (FEy ≥50%) en nuestro medio.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo, unicéntrico, de pacientes con mejoría de la FEy de más de 10% entre 05/2016 y 05/2026. Se dividieron en 2 grupos, aquellos que mejoraron a FEy ≥50% y aquellos que no. Las variables continuas se expresaron como media ± desvío estándar o mediana (rango intercuartílico) (RIC) según su distribución, y las variables categóricas como porcentajes. Para el análisis univariado se utilizó la prueba exacta de Fisher, aquellas con significancia relevante (p<0,1), se incluyeron en un modelo de regresión logística binaria multivariada para identificar los predictores independientes de la recuperación de la FEy, considerándose estadísticamente significativo una p<0.05

	Total (n= 55)	FEy mej >50 (n=28)	FEy mej <50 (n=27)	p
Edad, años (media±DE)	59,2 ± 10,8	59,8 ± 9,6	58,6 ± 12,1	0,66
Sexo masculino, n (%)	35 (63,6)	17 (60,7)	18 (66,7)	0,78
DM, n (%)	10 (18,2)	5 (17,9)	5 (18,5)	1.00
TBQ, n (%)	22 (40)	13 (46,4)	9 (33,3)	0,41
IMC>30, n (%)	24 (43,6)	11 (39,3)	13 (48,1)	0,59
FA/AA, n (%)	14 (25,5)	7 (25)	7 (25,9)	1.00
FEy inicial , %, med (RIC25-75)	28 (20-32)	29 (24,3-35)	25 (20-30)	0,09
Internación previa, n (%)	25 (45,5)	9 (32,1)	16 (59,3)	0,06
Quimioterapia, n (%)	8 (14,5)	1 (3,6)	7 (25,9)	0,02

DM: diabetes mellitus TBQ: tabaquismo FA/ AA fibrilación auricular/ aleteo auricular

	FEy mej >50 (n=28)	FEy mej <50 (n=27)	p
Etiología			
MCDIN, n (%)	3 (10,7)	5 (18,5)	0,7
MCDI, n (%)	14 (50)	11 (40,7)	0,6
MNC, n (%)	2 (7,14)	0 (0)	0,49
MCt, n (%)	2 (7,14)	7 (25,9)	0,12
tMCP, n (%)	6 (21,4)	2 (7,4)	0,12
Miocarditis, n (%)	1 (3,6)	2 (7,4)	1.00

MCDIN miocardiopatía dilatada isquémico necrótica MCDI miocardiopatía dilatada idiopática MNC miocardio no compacto MCt Miocardiopatía por tóxicos tMCP Taquicardiomiopatía

Tratamiento			p
4 fcos dosis max, n (%)	5 (17,9)	2 (7,4)	0,42
4 fcos no dosis max, n (%)	12 (42,9)	16 (59,3)	0,28
no 4 fcos, n (%)	11 (39,3)	12 (44,4)	0,78
BB, n (%)	22 (78,6)	21 (77,8)	1.00
ARM, n (%)	22 (78,6)	21 (77,8)	1.00
iSGLT2, n (%)	19 (67,9)	12 (44,4)	0,11
SV, n (%)	22 (78,6)	12 (44,4)	0,01
TRC, n (%)	5 (17,9)	4 (14,8)	1.00
RHCV, n (%)	2 (7,1)	4 (14,8)	0,42
Ejercicio, n (%)	7 (25)	8 (29,6)	0,77

BB betabloqueantes ARM antagonistas de mineralocorticoides SV sacubitril/ valsartan TRC terapia de resincronización RHCV rehabilitación cardiopulmonar

Resultados: Se analizaron 55 pacientes. Las características basales de ambos grupos se muestran en la Tabla 1. La edad fue de 59,2 ± 10,8 y el 63,6% eran hombres y no hubo diferencias significativas en las etiologías. La utilización de quimioterapia previa (OR 0,11 (0,01-0,93), p= 0.02) se asoció a menor probabilidad de recuperar FEy a ≥50%, y la presencia de internaciones previas mostró también una tendencia similar (OR 0,33 (0,11-0,98), p=0.06) La mediana de tiempo a la recuperación fue de 2 años (RIC 1-4 años) El 63% de los pacientes fueron tratados con cuádruple terapia. Dentro del tratamiento, la utilización de sacubitril/valsartan se asoció a mayor probabilidad de recuperar FEy a ≥50%. Se realizó un análisis multivariado incluyendo FEy inicial, quimioterapia previa, internaciones previas y uso de sacubitril/valsartan (Tabla 2). Fue predictor independiente para recuperar FEy a ≥50% el uso de sacubitril/valsartan (OR 6,65 (1,53-28,9) p=0,012). Contrariamente, el uso de quimioterapia (OR 0,04 (0,003-0,46) p=0,010) y las internaciones previas (OR 0,12 (0,027-0,530) p= 0,005) se asociaron en forma independiente a la no recuperación

Conclusión: El avance de las terapias actuales ha complejizado la trayectoria del paciente con insuficiencia cardíaca, siendo hoy bidireccional. Dentro del subgrupo de pacientes con mejoría de la FEy, el uso de sacubitril/valsartan fue predictor independiente para lograr recuperación (FEy ≥50%), mientras que el antecedente de quimioterapia o de internaciones previas se asoció a no conseguirlo. Se necesitan estudios prospectivos de mayor tamaño para corroborar estos hallazgos y caracterizar mejor a estos pacientes.

0909 - TITULO: INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTES JOVENES Y ADULTOS: ANALISIS DE FACTORES DE RIESGO, ANGIOPLASTIA Y RESOLUCION ANGIOGRAFICA DE 150 CASOS

Investigación Básica

Romina AMICO

HOSPITAL CARLOS G DURAND

Introducción: El infarto agudo de miocardio (IAM) constituye una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. Su incidencia aumenta con la edad y se asocia a factores cardiovasculares como la hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo y diabetes. La mayoría de los casos se observa en adultos, aunque también se han registrado eventos en pacientes jóvenes con perfiles de riesgo diferenciales. En este contexto, resulta fundamental la necesidad de identificar factores de riesgo predominantes y evaluar los resultados angiográficos tras las intervenciones coronarias percutáneas, para aportar información útil para estrategias de prevención y tratamiento.

Objetivos: Analizar la distribución de factores de riesgo, tipo de infarto y arteria tratada según sexo y rango etario, así como los resultados angiográficos posteriores a la angioplastia en una cohorte 150 pacientes.

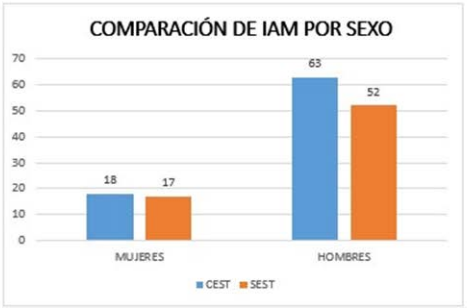
Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo en 150 pacientes que fueron atendidos en el servicio de hemodinamia en el periodo de junio del 2023 y octubre del 2024 con diagnóstico de IAM con requerimiento de angioplastia percutánea(ATC). La población se dividió por rango etario y sexo. (Actores de riesgo: jóvenes (≤ 45 años) Adultos (≥46 años)). Se analizaron factores de riesgo cardiovascular, tipo de IAM, arteria tratada, numero de stent colocados y resolución angiográfica post procedimiento.

Resultados: Composición de la muestra:115 hombres (76,7%) y 35 mujeres (23,3%), edad promedio de 65 años. -Factores de riesgo predominantes: hipertensión arterial (70,6%) Dislipemia (54%), tabaquismo activo o previo (46,7%) diabetes (26%)y obesidad (16%) -Tipo de IAM: 81 pacientes CEST (54%) y 69 SEST (46%) -Distribución por sexo: hombres 63 CEST Y 52 SEST y mujeres 18 CEST Y 17 SEST -Arterias tratadas: descendente anterior (DA)64 casos (42,6%) coronaria derecha (CD) 42 casos (27,9%) circunfleja (CX) 27 casos (18%) otros 18 casos (12%) corresponde al tratamiento de más de una arteria dentro del mismo procedimiento. -Número de stent: La mayoría requirió entre 1 y 3 stent con mayor prevalencia en hombres de 51 a 70 años. -Resolución angiográfica: La mayoría presento resolución completa, solo 5 fueron frustras y una con resultado parcial.

Conclusión: El estudio permitió caracterizar 150 pacientes. • En las mujeres jóvenes la dislipemia y en los hombres el tabaquismo fueron los factores preponderantes. • En los adultos en ambos sexos la hipertensión, la dislipemia y el tabaquismo son los principales factores asociados. • La angioplastia demostró elevada eficacia en todos los grupos. Se destaca la necesidad de reforzar las estrategias de prevención cardiovascular de manera diferenciada: control de hipertensión y dislipemia en adultos y reducción del tabaquismo en todos los grupos.











0910 - ¿PUEDE LA ECOCARDIOGRAFÍA PREDECIR EL RIESGO DE MORTALIDAD EN LA HIPERTENSIÓN PULMONAR GRUPO III?

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Lourdes REY PRIETO[1] | Nicolás SILVA CROOME[1] | Pablo COSTAS[1] | Julieta SORICETTI[1] | Ianina Alejandra FERNÁNDEZ[1] | Mariela Mayra MERCADO ORELLANA[2] | Tomas VANEGAS[2] | Adrián José LESCANO[1]

FUNDACIÓN FAVALORO[1]; CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES[2]

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) asociada a enfermedades respiratorias y/o a hipoxemia crónica (grupo III) se asocia a elevada morbimortalidad. La ecocardiografía transtorácica constituye una herramienta fundamental para la valoración de estos pacientes; sin embargo, la evidencia acerca del valor pronóstico de los parámetros ecocardiográficos en esta población es limitada y no se encuentra sistematizada en los predictores de riesgo.

Objetivos: Determinar las diferentes variables ecocardiográficas y su asociación con mortalidad en nuestra cohorte de pacientes con diagnóstico de HP grupo III.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, incluyendo pacientes con diagnóstico confirmado de HP grupo III, evaluados en un centro de referencia. Se analizaron las variables clínicas, ecocardiográficas, funcionales y hemodinámicas según las recomendaciones de las guías internacionales. Se determinó la mortalidad global durante el seguimiento. Las variables continuas se expresaron como media ± desvío estándar o mediana y rango intercuartilo en base a las características y según su distribución. Las variables categóricas se expresaron como frecuencia y porcentaje. Se utilizaron test de T de Student y prueba de Chi cuadrado, según correspondiera. Se efectuó análisis de regresión logística en base a la calidad de las variables y distribución. Se definió significación estadística con valor de p < 0.05.

Tabla 1. Relación entre los diferentes parámetros ecocardiográficos y mortalidad

Parámetro ecocardiográfico	Supervivientes	Fallecidos	p
TAPSE (mm)	21,2 ± 5,0	17,1 ± 4,5	0,0001
TAPSE <17 mm (%)	16%	44%	0,002
Diámetro basal VD (mm)	43,9 ± 6,3	47,5 ± 6,1	0,009
Área auricular derecha (cm²)	20,3 ± 5,0	27,1 ± 7,3	<0,001
Índice de excentricidad	1,14 ± 0,18	1,26 ± 0,19	0,009
Relación TAPSE/PSAP	0,34 ± 0,12	0,27 ± 0,11	0,011
Cambio de área fraccional del VD (%)	33,8 ± 7,5	28,5 ± 5,3	0,007
Derrame pericárdico (%)	21%	47%	0,03

Tabla 2. Predictores independientes de mortalidad. Análisis de regresión logística multivariada

Variable	OR	IC95%	p
Sexo masculino	6,69	1,79 – 25,00	0,005
Edad >70 años	9,43	2,03 – 43,71	0,004
Deterioro de la función sistólica del VD	5,67	1,25 – 25,66	0,024
Presión pulmonar media (por mmHg)	1,07	1,00 – 1,14	0,040

AUC ROC del modelo: 0,90
Pseudo R^2: 0,377
χ^2 del modelo: 44,81; p <0,001

Resultados: Se incluyeron 149 pacientes, edad media de 71 ± 8 años y 51,7% sexo masculino. La distribución de subgrupos fue: enfermedad pulmonar intersticial difusa 61,6%, enfermedad obstructiva crónica 18,5% y síndrome combinado 19.9%. La mortalidad se asoció significativamente con marcadores de deterioro de la función sistólica del ventrículo derecho, incluyendo menor excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (TAPSE) (17,1 vs 21,2 mm; p=0,0001), TAPSE menor 17 mm (44% vs 16%; p=0,002), mayor diámetro basal del ventrículo derecho (47,5 vs 43,9 mm; p=0,009), mayor área de aurícula derecha (27 vs 20 cm²; p<0,001), menor relación TAPSE/PSAP (0,26 vs 0,34; p=0,011), menor cambio de área fraccional del ventrículo derecho (28,5% vs 33,8%; p=0,007) y presencia de derrame pericárdico (47% vs 21%; p=0,03) (Tabla 1). Asimismo, los pacientes fallecidos presentaron un perfil hemodinámico más desfavorable, con mayores valores de presión pulmonar media (42,8 ± 13,2 vs 32,7 ± 9,5 mmHg; p<0,001), resistencia vascular pulmonar (8,0 ± 5,4 vs 4,7 ± 2,8 UW; p<0,001) y gradiente transpulmonar (31,0 ± 11,8 vs 22,5 ± 9,8 mmHg; p<0,001), así como menor índice cardíaco (2,44 ± 0,52 vs 2,92 ± 0,79 L/min/m²; p=0,009). En el análisis de regresión logística multivariada, el sexo masculino (OR 6,69; IC95% 1,79-25,00; p=0,005), la edad mayor de 70 años (OR 9,43; IC95% 2,03-43,71; p=0,004), el deterioro de la función sistólica del ventrículo derecho (OR 5,67; IC95% 1,25-25,66; p=0,024) y el incremento de la presión pulmonar media (OR 1,07; IC95% 1,00-1,14; p=0,040) se asociaron independientemente con mortalidad (Tabla 2). El modelo demostró una excelente capacidad discriminativa (AUC ROC: 0,90).

Conclusión: En nuestros pacientes con HP grupo III, los marcadores ecocardiográficos de dilatación de las cámaras cardiacas derechas (remodelado negativo) y deterioro de la función sistólica del ventrículo derecho se asociaron significativamente con mortalidad. La disfunción sistólica del ventrículo derecho fue un predictor independiente de eventos en nuestro modelo multivariado, subrayando su papel central en la evaluación pronóstica de esta población.

0911 - ANALISIS DE PACIENTES CON DERRAME PERICARDICO INGRESADOS A UNIDAD TERAPIA INTENSIVA. ESTUDIO ANALITICO

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Gerardo ACCASTELLO | Diego NOVIELLI | **German JELUSIC**

Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner (HCANK)

Introducción: Los derrames pericárdicos son hallazgos relativamente frecuentes en la práctica clínica. Pueden presentarse como un hallazgo incidental en estudios de imagen o como manifestación de una patología cardíaca o sistémica subyacente. En Argentina no existen datos nacionales precisos sobre su incidencia y prevalencia.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar las características clínicas, etiológicas y diagnósticas de los pacientes con derrame pericárdico internados en unidad de terapia intensiva (UTI), así como evaluar si el score APACHE II predice mortalidad intrahospitalaria y requerimiento de intervención. Además, se investigó si la etiología neoplásica, en comparación con la no neoplásica, se asocia con mayor severidad del derrame o con una estancia hospitalaria prolongada.



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo de pacientes ingresados a UTI con diagnóstico de derrame pericárdico moderado a severo entre 2022 y octubre de 2025. Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar o mediana y rango intercuartilo, según su distribución. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias absolutas y porcentajes. La normalidad se evaluó mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk. Para comparar grupos se utilizaron las pruebas de chi cuadrado o exacta de Fisher, según correspondiera. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con software especializado (SPSS versión 25.0 o equivalente).

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes con diagnóstico de derrame pericárdico. La edad promedio fue de 51,6 años (DE ±19,5) y el 64% eran de sexo masculino. El índice de Charlson presentó una media de 2 puntos (DE ±2,1). La estancia hospitalaria promedio fue de 12,2 días (DE ±11,3), con una mediana de 10 días. El puntaje APACHE II medio fue de 9,1 (DE ±8,5), compatible con un riesgo moderado de mortalidad hospitalaria. La etiología neoplásica representó el 45,5% de los casos. El derrame severo fue el más frecuente (86,3%). En cuanto al tratamiento, la pericardiocentesis fue el procedimiento más realizado (36,4%), seguida de la ventana pericárdica (28,3%) y la pericardiotomía (19,2%), mientras que el 16,1% recibió tratamiento médico exclusivo. La mortalidad intrahospitalaria fue del 22,7% (cinco pacientes). Al agrupar el puntaje APACHE II con punto de corte en 17, no se observaron diferencias significativas respecto a la mortalidad ($p = 0,11$), los días de internación ($p = 0,78$) ni el requerimiento de procedimientos invasivos ($p = 0,53$). Tampoco se encontró asociación significativa entre etiología neoplásica y mayor severidad del derrame ($p = 0,12$) ni con mayor estancia hospitalaria ($p = 0,78$).

Conclusión: La mayoría de los pacientes presentó derrame pericárdico severo y requirió intervención invasiva, siendo la pericardiocentesis el procedimiento más frecuente. La etiología predominante fue la neoplásica, seguida de la infecciosa, en concordancia con lo reportado en poblaciones hospitalarias de alta complejidad. Si bien el puntaje APACHE II indicó un riesgo moderado de mortalidad, no demostró utilidad como predictor de mortalidad intrahospitalaria ni de necesidad de intervención. Asimismo, la etiología neoplásica no se asoció con mayor severidad del derrame ni con prolongación de la estancia hospitalaria.

0915 - ESTAR EN ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Educación Médica y Políticas de Salud / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Thiago DE ABREU NOVO | Aida Carolina NUÑEZ BURGOS | Lumila Maria LESCANO | Julieta Alejandra GUANUCO | Lucio MAMANI | Julio Javier NUÑEZ BURGOS NAJLE | Ignacio Javier HURTADO | Ricardo LEON DE LA FUENTE

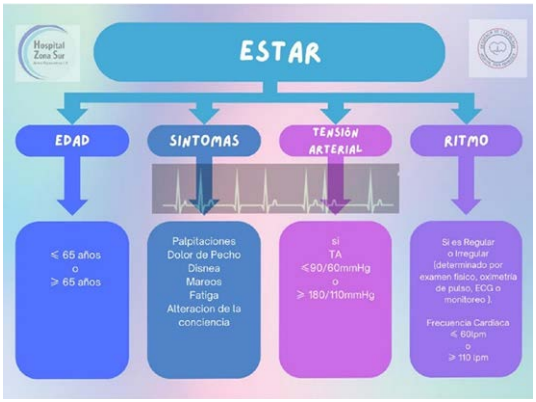
Hospital Papa Francisco, Salta Capital.

Introducción: El acceso a la Salud de los habitantes del Interior de la Provincia de Salta en su heterogenicidad geográfica y cultural se presenta como un desafío en el abordaje y manejo de patologías complejas multifactoriales como las Enfermedades Cardiovasculares.

Objetivos: El objetivo fue sistematizar mediante el uso del presente algoritmo la Estratificación de Riesgo y derivación oportuna de Pacientes a nuestro Hospital Cabecera del Área, especialmente al Programa de Cardiología que cuenta con Guardia Activa de Especialistas y Residentes las 24 horas.

Materiales y Métodos: La participación activa del Equipo de Salud de Atención Primaria y el conocimiento amplio de las características socioeconómicas de su población, en su mayoría vulnerable sin cobertura de obras sociales se presenta como un desafío en el desarrollo de herramientas de fácil implementación. Mediante el Uso de Telemedicina y vía telefónica se logró optimizar las Interconsultas con especialistas de Guardia Activa, permitiendo estructurar los datos recabados mediante el USO DEL ALGORITMO ¨ESTAR¨ cuyas siglas simples hacen alusión a EDAD, SINTOMAS, Tensión Arterial y Ritmo, todos ellos de fácil adquisición mediante Anamnesis, registro de Signos Vitales, Examen Físico y valoración del Ritmo del paciente.

Resultados: La difusión del presente algoritmo mediante el dictado in situ de Talleres de Capacitación coordinados por residentes fue progresivamente creando redes de trabajo interdisciplinario y continúa a la fecha implementándose con una evaluación positiva de quienes la consideran en su práctica cotidiana como una herramienta de trabajo sencilla y sin costo adicional para el Sistema de Salud.



Conclusión: El continuo análisis de la problemática de Salud Cardiovascular y su abordaje oportuno desde el Primer Nivel de Atención en constante coordinación con los Programas de Cardiología de Hospitales Públicos de la Provincia de Salta situados en zonas vulnerable favorece el desarrollo de los Cardiólogos Jóvenes como líderes promotores de pequeños cambios, que sostenidos en el tiempo podrían acercar una Cardiología de excelencia a quien lo requiera independientemente de su realidad socioambiental y económica.

0916 - IMPACTO PRONÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS EN LA EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UNA COHORTE CONTEMPORÁNEA

Cardiopatía Isquémica

María Victoria FERRARA | Jimena Rocío SALOMON | María Del Rosario RODRÍGUEZ | Fiorella Sofia CHICOTE | Hugo Daniel SANABRIA | Juan Pablo COSTABEL

ICBA

Introducción: La diabetes mellitus (DM) se asocia con mayor carga de factores de riesgo cardiovascular, enfermedad coronaria más extensa y peor pronóstico en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). En Argentina, la prevalencia de DM en pacientes con SCA oscila entre el 20% y el 26% según registros nacionales contemporáneos. Estudios observacionales han demostrado un aumento de más del doble en el riesgo de mortalidad y de aproximadamente un 50% en la incidencia de eventos cardiovasculares mayores. Sin embargo, en el contexto actual de estrategias invasivas tempranas y tratamiento médico optimizado, este impacto podría diferir respecto de lo previamente reportado.

Tabla 1. Características basales de la población total y según presencia de diabetes mellitus (DM)

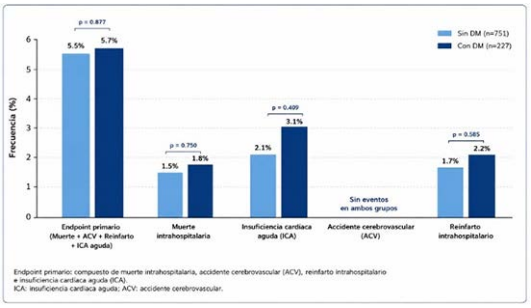
Variable	Total (N=978)	Sin DM (n=751)	Con DM (n=227)	P
VARIABLES DEMOGRÁFICAS				
Edad (años), mediana [IQR]	68 [59–77]	67 [58–77]	**71 [63–77] ***	< 0,05
Sexo femenino, n (%)	259 (26.5%)	221 (29.4%)	**38 (16.7%) ***	< 0,05
IMC, mediana [IQR] kg/m²	27.6 [24.9–31.1]	27.2 [24.6–30.3]	**29.4 [26.3–33.0] ***	< 0,05
FACTORES DE RIESGO				
HTA*, n (%)	675 (69.0%)	481 (64.0%)	**194 (85.5%) ***	< 0,05
ERC por VFG <60, n (%)	129 (22.1%)	77 (17.7%)	**52 (34.9%) ***	< 0,05
PRESENTACIÓN CLÍNICA				
Angina Inestable (AI), n (%)	625 (63.9%)	493 (65.6%)	**132 (58.1%) ***	< 0,05
IAMSEST, n (%)	271 (27.7%)	187 (24.9%)	**84 (37.0%) ***	< 0,05
IAMCEST, n (%)	82 (8.4%)	71 (9.5%)	**11 (4.8%) ***	< 0,05
Glucemia ing. (mg/dL), med. [IQR]	125 [99–153]	118 [97–145]	**174 [116–214] ***	< 0,05
FEVI (%), med. [IQR]	58.1 [51.1–62.8]	58.2 [51.2–62.8]	57.1 [51.0–62.5]	ns
TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE PREVIO				
iSGLT-2 previo, n (%)	186 (19.0%)	52 (6.9%)	**134 (59.0%) ***	< 0,05
aGLP-1 previo, n (%)	26 (2.7%)	0 (0.0%)	**26 (11.5%) ***	< 0,05
Metformina/otros, n (%)	153 (15.6%)	1 (0.1%)	**152 (67.0%) ***	< 0,05
Insulina previa, n (%)	47 (4.8%)	0 (0.0%)	**47 (20.7%) ***	< 0,05

Los valores se expresan como mediana [IQR] o n (%). * Diferencia estadísticamente significativa (p < 0,05).
IMC: índice de masa corporal; HTA: hipertensión arterial; ERC: enfermedad renal crónica; VFG: velocidad de filtrado glomerular; IAMSEST: infarto agudo de miocardio sin elevación del ST; IAMCEST: infarto agudo de miocardio con elevación del ST; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; iSGLT-2: inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; aGLP-1: agonistas del receptor de péptido similar al glucagón tipo 1.

Objetivos: Evaluar la asociación entre DM y la ocurrencia de eventos cardiovasculares intrahospitalarios en una cohorte contemporánea de pacientes con SCA.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional analítico realizado a partir del registro prospectivo de internaciones por SCA de un instituto monovalente cardiovascular desde enero del 2025 a abril del 2026. Se incluyeron pacientes internados con diagnóstico de angina inestable (AI), infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) o con elevación del ST (IAMCEST). El diagnóstico de diabetes se definió según el antecedente en registros propios del centro o por autoreporte al momento del ingreso. Se analizaron variables demográficas, clínicas y de laboratorio,

así como la estrategia de revascularización utilizada. El endpoint primario fue un compuesto de muerte intrahospitalaria, accidente cerebrovascular, reinfarto e insuficiencia cardiaca aguda. Se realizó un análisis comparativo entre grupos para evaluar la asociación entre DM y eventos intrahospitalarios. Asimismo, se evaluó la duración de la estancia hospitalaria y otras complicaciones intrahospitalarias.



Resultados: Se analizaron 978 pacientes internados por SCA, de los cuales el 23.2% (n=227) presentaban DM. La distribución de los eventos coronarios fue: angina inestable (AI) 63.9% (n=625), IAMSEST 27.7% (n=271) e IAMCEST 8.4% (n=82). Los pacientes con DM eran de mayor edad (71 vs. 67 años; p=0.002) y presentaron una prevalencia mayor de obesidad (44.9% vs. 25.9%), hipertensión arterial (85.5% vs. 64.0%), dislipemia (90.3% vs. 70.2%) e insuficiencia renal crónica (34.9% vs. 17.7%). La glucemia al ingreso fue significativamente mayor en pacientes con DM (174 vs. 118 mg/dL; p<0.001). El 59% de los pacientes con DM utilizaba iSGLT2 al ingreso. (Tabla 1) La incidencia del endpoint primario fue similar entre pacientes con y sin DM (5.7% vs. 5.5%, respectivamente). (Figura 1) A su vez, la mortalidad intrahospitalaria fue similar entre ambos grupos (1.8% en DM vs. 1.5% sin DM; p=0.750). En el análisis exploratorio según subtipo de SCA, no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Finalmente, la duración de la estancia hospitalaria no difirió de forma significativa entre los pacientes con y sin DM (3.0 vs. 2.0 días, p=ns).

Conclusión: En esta cohorte contemporánea de pacientes con SCA, la DM se asoció con mayor carga de comorbilidades, sin observarse un incremento en la incidencia de eventos cardiovasculares intrahospitalarios ni en la mortalidad. Estos resultados muestran una evolución intrahospitalaria comparable entre pacientes con y sin DM, en el marco de un tratamiento contemporáneo y estandarizado; sin embargo, se necesitan estudios con mayor tamaño muestral para validar estas observaciones.

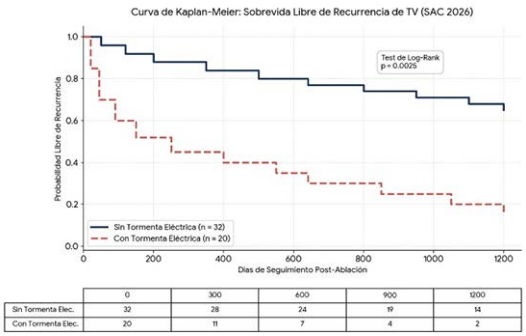
0917 - PREDICTORES DE RECURRENCIA DE TAQUICARDIA VENTRICULAR POST-ABLACIÓN CON CATÉTER

Arritmias y Electrofisiología

Nerina GIMENEZ | Lucas Ramón AGUILAR | Maicol Emiliano FERREIRA | Lourdes Florencia BENITEZ | Agustina TOME SCHABEHORN | Georgina BOJORQUE | Cristela Itatí MACIN | Héctor Santiago MANZOLILLO

Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"

Introducción: La taquicardia ventricular (TV) se asocia a elevada morbimortalidad. La ablación con catéter se ha consolidado como una terapéutica efectiva. Sin embargo, la recurrencia arrítmica continúa siendo frecuente luego del procedimiento. La identificación de predictores de recurrencia es fundamental para optimizar la selección de candidatos al procedimiento y mejorar la estratificación del riesgo.



Objetivos: Primario: Identificar predictores de recurrencia de TV en pacientes sometidos a ablación con catéter. Secundarios: Determinar tasa de recurrencia de TV. Evaluar mortalidad de la población. Analizar la asociación entre la cardiopatía y la recurrencia de TV. Evaluar el antecedente de tormenta eléctrica sobre la sobrevida libre de recurrencia de TV.



Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, observacional y analítico que incluyó 52 pacientes mayores de 18 años sometidos a ablación con catéter por TV en el Instituto de Cardiología de Corrientes entre enero de 2011 y febrero de 2026, con seguimiento mínimo de 1 mes. Se excluyeron a los pacientes sometidos a ablación por TV no sostenida o extrasístoles ventriculares. El punto final primario fue la recurrencia de TV, definida como la aparición documentada de TV sostenida, fibrilación ventricular o la evidencia de terapia apropiada por el cardiodesfibrilador implantable, ocurrida tras un período de blanking de 30 días posteriores al procedimiento. Se realizó análisis bivariado para evaluar la asociación

entre las variables de interés y la recurrencia de TV. Luego fueron incluidas en un modelo de regresión logística multivariada para identificar predictores independientes de recurrencia, expresados como odds ratio (OR) e intervalo de confianza del 95% (IC95%). La sobrevida libre de recurrencia se evaluó mediante curvas de Kaplan-Meier y se comparó mediante prueba de log-rank.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes. La edad media fue de 60,3 ± 13,4 años y el 86,5% eran hombres. Las etiologías predominantes fueron la cardiopatía isquémica (40,4%), idiopática (25,0%) y chagásica (19,2%). La mediana de seguimiento fue de 641 días. La tasa de recurrencia de TV fue del 38,5% (n=20) y la mortalidad del 5,8% (n=3). La cardiopatía chagásica se asoció con una tasa de recurrencia superior en comparación con otras etiologías (80% vs 28,6%; OR 10,0; p=0,004) Los pacientes con recurrencia presentaron menor fracción de eyección (36,1 ± 14,0% vs 47,6 ± 15,9%; p=0,014), mayor diámetro de aurícula izquierda (51,2 ± 5,6 mm vs 43,8 ±6,0 mm; p < 0,001) y mayores diámetros ventriculares izquierdos diastólico y sistólico (p=0,013 y p=0,017, respectivamente). En el análisis ROC, el diámetro de aurícula izquierda mostró la mejor capacidad discriminativa para recurrencia de TV (AUC 0,819; IC95% 0,698–0,924), con un punto de corte de 49 mm. En el análisis de regresión logística multivariada, el diámetro de la aurícula izquierda (OR 1,24; IC95% 1,08–1,43; p=0,003) y el antecedente de tormenta eléctrica (OR 10,02; IC95% 1,96–51,13; p=0,006) se identificaron como predictores independientes de recurrencia de TV post-ablación. Los pacientes con antecedente de tormenta eléctrica presentaron una menor sobrevida libre de recurrencia en comparación con aquellos sin dicho antecedente, evidenciada por las curvas de Kaplan-Meier durante el seguimiento (Log-rank p=0,0025).

Conclusión: La recurrencia de TV tras la ablación con catéter fue frecuente. La dilatación de la aurícula izquierda y el antecedente de tormenta eléctrica emergieron como predictores independientes de recurrencia, mientras que la cardiopatía chagásica presentó el mayor riesgo de eventos arrítmicos. Además, la tormenta eléctrica se asoció con una menor sobrevida libre de recurrencia.

0918 - INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA EN PORTADORES DE MARCAPASOS: ANÁLISIS COMPARATIVO CON CONTROLES EMPAREJADOS POR PUNTAJE DE PROPENSIÓN

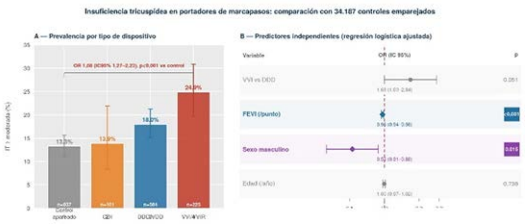
Arritmias y Electrofisiología / Valvulopatías

Pedro DIAZ UBERTI | Valeria PIAZZA | Francisco TOSCANO | Nicolás María NIEVES PIAZZA | Juan Pablo GUZMÁN | **Constanza CARULLO** | Claudio Agustín CUSCUNA

Hospital Churruca - Visca

Introducción: La insuficiencia tricuspídea (IT) es una complicación reconocida de los electrodos de estimulación transvalvular, aunque su magnitud real frente a controles de la misma institución y ajustada por función ventricular no ha sido cuantificada en series locales de gran tamaño.

Objetivos: Comparar la prevalencia de IT ≥ moderada entre portadores de marcapasos (MP) y controles apareados, evaluar el efecto del tipo de dispositivo, e identificar predictores independientes mediante regresión logística.



Materiales y Métodos: Estudio observacional con grupo control interno. Se incluyeron todos los portadores de MP con al menos un ecocardiograma posimplante disponible en el repositorio institucional. El grupo control fue seleccionado mediante propensity score matching (PSM) por edad y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en una cohorte de estudios sin MP del mismo servicio. La IT más severa por paciente fue clasificada en forma estructurada (normal, mínima, leve, moderada y severa). Desenlace primario: IT ≥ moderada.

Resultados: Se incluyeron 930 portadores de MP (DDD/DDDR: 62,8%, VVI/VVIR: 24,2%, CDI: 10,9%) y 34.187 controles. Tras el PSM, se obtuvieron 837 pares con balance adecuado (diferencia estandarizada <0,06 para edad y FEVI). Los portadores de MP presentaron mayor prevalencia que los controles apareados: 20,4% vs 13,3% (OR 1,68; IC95% 1,27–2,23; p<0,001). En el análisis por tipo de dispositivo, la prevalencia fue 24,9% para VVI, 18,0% para DDD y 13,9% para CDI. En la regresión logística ajustada, la FEVI fue el predictor dominante (OR 0,962 por punto porcentual; IC95% 0,943–0,981; p<0,001). El modo de estimulación VVI mostró una tendencia respecto al DDD (OR 1,68; IC95% 1,00–2,84; p=0,051). El sexo femenino se asoció a mayor riesgo (OR 1,90; IC95% 1,13–3,20; p=0,015).

Conclusión: Los portadores de MP presentan una prevalencia de IT ≥ moderada significativamente mayor que los controles apareados por edad y FEVI. La función ventricular izquierda es el predictor dominante, mientras que el modo de estimulación unicameral muestra una tendencia independiente. Estos hallazgos apoyan la vigilancia ecocardiográfica periódica de la válvula tricuspídea en pacientes con dispositivos transvalvulares, con especial atención en aquellos con disfunción ventricular.

0919 - ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LA CLASIFICACIÓN DE LAS GUÍAS AHA/ACC 2026 Y ESC 2019 PARA LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Enfermedad Vascular Pulmonar

Francisco ALVARADO | **Ignacio BARBANI MOGLIE** | José BONORINO | Patricio Javier GARCES CRUZ | Mariano LEMOS | Denise Belén MAGNIFICO | Ignacio Carlos MELEM | Nicolás Arturo TORRES

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Introducción: En el tromboembolismo pulmonar agudo (TEP), la estratificación de riesgo guía la intensidad terapéutica. La clasificación ESC 2019 utiliza 4 categorías, mientras que la guía AHA/ACC 2026 las agrupa en 5 categorías (A-E). Se desconoce el valor pronóstico de la guía AHA/ACC 2026 para la predicción de mortalidad intrahospitalaria (MIH) entre ambas guías y en nuestro medio.

Objetivos: Comparar la utilidad pronóstica de las clasificaciones AHA/ACC 2026 y ESC 2019 para MIH por TEP en forma global y según el género.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes internados por TEP. Se aplicaron ambas clasificaciones y se calculó sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo para MIH, con análisis estratificado por sexo. Se estimó odds ratio (OR) mediante regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 593 pacientes (mortalidad global 8,4%). Tanto la clasificación de la AHA/ACC 2026 como de la ESC 2019, fueron útiles para predecir MIH concordante con la categoría de riesgo (Tabla 1). La categoría de riesgo "alto" de la ESC 2019 y la categoría "E" de la AHA/ACC 2026 mostraron sensibilidad 34% y especificidad >96%. La combinación de las categorías "D" y "E" de la AHA/ACC 2026 elevó la sensibilidad a 66% (especificidad 79,0%; VPN 96,2%). Las categorías "D" o "E" se asociaron con un OR de 7,3 (IC95% 3,9-13,6; p<0,001) para MIH. En el género femenino (n=276), la totalidad de las muertes ocurrieron en las categorías "D" y "E" (sensibilidad 100%, IC95% 80,5-100; VPN 100%); mientras que en varones (n=317), tuvo una sensibilidad del 59,3% (VPN 95,5%). La categoría "D" reclasificó al 19% de la cohorte, identificando 16 muertes no detectadas al clasificar los pacientes como riesgo "alto" por la guía ESC 2019.

Conclusión: Tanto la guía ESC 2019 como la de la AHA/ACC 2026 resultaron útiles para predecir MIH de acuerdo a la categoría en la que hayan sido clasificados los pacientes con TEP. La guía AHA/ACC 2026 en sus categorías "D" y "E" tendrían una mayor sensibilidad para predecir MIH en el género femenino.

0922 - WILL BLEED SCORE, COMO PREDICTOR DE SANGRADO POST OPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA DE REVASCULARIZACION MIOCARDICA (CRM) EN EL SISTEMA DE SALUD DE MALVINAS ARGENTINAS

Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular / Cardiopatía Isquémica

Claudia Mariana CERVANTES PANIAGUA | Jorge Luis LOOR BRUQUE | Lidia Giovana MARCA HUAYGUA | Paola MOYON | Camilo PULMARI | **Jorge Alex VILLARROEL RODRÍGUEZ**

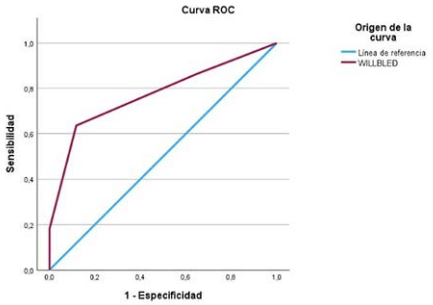
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD CARDIOVASCULAR PRESIDENTE PERÓN - MALVINAS AREGENTINAS

Introducción: El sangrado perioperatorio constituye una de las principales complicaciones en los pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica (CRM). Su aparición se asocia directamente con incremento de la morbimortalidad, prolongación de la estancia hospitalaria, aumento de los días de internación en unidades de cuidados intensivos cardiovasculares y mayor utilización de hemoderivados. En este contexto surge el score WILL BLEED, desarrollado como

una herramienta predictiva para estimar el riesgo de sangrado perioperatorio grave y masivo en pacientes sometidos a cirugía cardíaca, particularmente CRM. Por esta razón, el presente estudio tuvo como finalidad evaluar la utilidad del score WILL BLEED como predictor de sangrado postoperatorio y requerimiento transfusional en pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica en el Sistema de Salud de Malvinas Argentinas.

Objetivos: Determinar la capacidad predictiva del score WILL BLEED para identificar pacientes con mayor riesgo de sangrado postoperatorio y necesidad de hemoderivados en cirugía de revascularización miocárdica.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y unicéntrico en pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica entre septiembre de 2025 y marzo de 2026 en el Centro de Alta Complejidad Cardiovascular Presidente Juan Domingo Perón del Sistema de Salud de Malvinas Argentinas. La población estuvo constituida por 37 pacientes intervenidos quirúrgicamente. Se analizaron variables demográficas, clínicas, laboratoriales y quirúrgicas, incluyendo: Edad, Sexo, Síndrome coronario agudo Estado crítico preoperatorio Carácter de la cirugía Score WILL BLEED, Puntuación Argen Score, Euro Score Sangrado postoperatorio, Requerimiento transfusional Los datos fueron obtenidos de la base de datos institucional y posteriormente analizados mediante estadística descriptiva y correlacional.



Coordenadas de la curva ROC

Variables de resultado de prueba: WILLBLED

Positivo si es mayor o igual que[a]	Sensibilidad	1 - Especificidad	Índice de Youden
,0000	1,000	1,000	,000
1,5000	,864	,647	,217
2,5000	,636	,118	,519
3,5000	,182	,000	,182
4,5000	,136	,000	,136
6,0000	,000	,000	,000

Las variables de resultado de prueba: WILLBLED tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo.

a. El valor de corte más pequeño es el valor mínimo de prueba observado menos 1 y el valor de corte más grande es el valor máximo de prueba observado más 1. Todos los demás valores de corte son los promedios de los dos valores de prueba observados solicitados consecutivos.

Resultados: La edad media fue de 65 ± 8 años. 28 pacientes (75,6%) correspondieron al sexo masculino. 22 pacientes (59,0%) ingresaron por síndrome coronario agudo. 24 pacientes (64,0%) requirieron cirugía urgente o de emergencia. 2 pacientes (5,0%) se encontraban en estado crítico preoperatorio. La mortalidad a 30 días fue del 5%. El 45,0% de los pacientes requirió transfusión de hemoderivados. La transfusión masiva de más de 4 unidades de glóbulos rojos ocurrió en el 23,5% de los casos. La correlación entre el score WILL BLEED y las unidades de glóbulos rojos transfundidos evidenció una relación positiva moderada: (rho = 0,385 p< 0,0001) Los pacientes con score WILL BLEED >5 presentaron una mediana de 4 ± 4 unidades transfundidas, comparado con 1 ± 3 unidades en pacientes con score menor o igual a 5.De igual manera, el riesgo de transfusión masiva fue significativamente mayor en pacientes con score elevado: 45,0% vs 23,5% p < 0,0001 El score WILLBLEED presento una capacidad discriminativa aceptable para predecir sangrado (AUC: 0.774, punto de corte 2.5pts, índice youden; 0,519) con una sensibilidad del 63.6% y una especificidad de 88.2%

Conclusión: El score WILL BLEED demostró correlación significativa con el requerimiento de glóbulos rojos transfundidos. Los pacientes con mayor puntuación WILL BLEED presentaron mayor sangrado postoperatorio y mayor necesidad de hemoderivados. La escala representa una herramienta útil para la evaluación preoperatoria del riesgo hemorrágico en cirugía de revascularización miocárdica.

0923 - FIBRILACIÓN AURICULAR DE NOVO EN PORTADORES DE MARCAPASOS: INCIDENCIA REAL Y AUSENCIA DE IMPACTO INDEPENDIENTE SOBRE LA FUNCIÓN VENTRICULAR EN UNA COHORTE DE MÁS DE DOS DÉCADAS

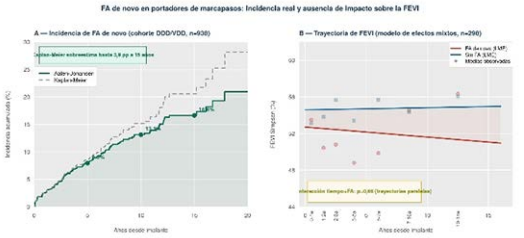
Arritmias y Electrofisiología / Investigación Básica

Enzo GALEAN | Francisco TOSCANO | Nicolás María NIEVES PIAZZA | Valeria PIAZZA | Pedro DIAZ UBERTI | Ezequiel MINISINI | Juan Manuel SILVA VILLALBA | Juan Pablo GUZMÁN

Hospital Churruca - Visca

Introducción: La fibrilación auricular (FA) de novo es frecuente en portadores de marcapasos (MP) y suele interpretarse como marcador de deterioro cardíaco. Sin embargo, su relación causal con la caída de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) no ha sido evaluada con diseño longitudinal que controle el sesgo de tiempo inmortal.

Objetivos: Estimar la incidencia acumulada de FA de novo corregida por riesgos competitivos, y evaluar mediante modelos de efectos mixtos si el desarrollo de FA se asocia a deterioro progresivo de la FEVI independientemente de otros predictores.



Materiales y Métodos: Registro observacional longitudinal (1997–2025). Cohorte analítica: 1.218 portadores de MP sin FA al implante (edad mediana 76 años; seguimiento mediano 6,4 años, máximo 24,5). La FA de novo se restringió a dispositivos con canal auricular DDD/VDD para minimizar el sesgo de detección (n=938). Incidencia acumulada mediante el estimador de Aalen-Johansen, con la muerte como evento competidor. Trayectoria de FEVI analizada con modelo lineal de efectos mixtos (LME): FEVI ~ tiempo + FA(tiempo-dependiente) + interacción tiempo×FA + edad + sexo, con intercepto y pendiente aleatorios por paciente. Robustez evaluada con imputación múltiple (5 imputaciones) y análisis pattern-mixture. Mortalidad: regresión de Cox con FA como covariable dependiente del tiempo.

Resultados: En la cohorte DDD/VDD (n=938), se detectaron 114 casos de FA de novo. La incidencia acumulada corregida por riesgos competitivos fue 8,0% a 5 años, 13,1% a 10 años y 16,6% a 15 años; el estimador de Kaplan-Meier la sobreestimaba en hasta 3,9 puntos por tratar las muertes como censuradas. En el LME (1.285 observaciones en 298 pacientes con ≥2 ecocardiogramas), la interacción tiempo×FA no fue significativa (β=−0,106%/año; IC95% −0,576; +0,365; p=0,66): las trayectorias de FEVI fueron paralelas entre grupos. El resultado fue consistente tras imputación múltiple y bajo supuestos de datos faltantes no aleatorios (análisis de punto de inflexión con penalización hasta −10 puntos en los pacientes perdidos). La FA de novo tampoco resultó predictora independiente de mortalidad (hazard ratio [HR] 1,21; IC95% 0,83–1,77; p=0,32).

Conclusión: La FA de novo en portadores de MP es frecuente y su incidencia es menor de lo habitualmente reportado cuando se corrige por el riesgo competitivo de muerte. Su desarrollo no se asocia a deterioro progresivo de la FEVI ni a mortalidad independiente. Estos resultados sugieren que la FA de novo es un marcador de enfermedad cardíaca estructural más que una causa de deterioro, lo que tiene implicancias en la interpretación del seguimiento ecocardiográfico de portadores de dispositivos.

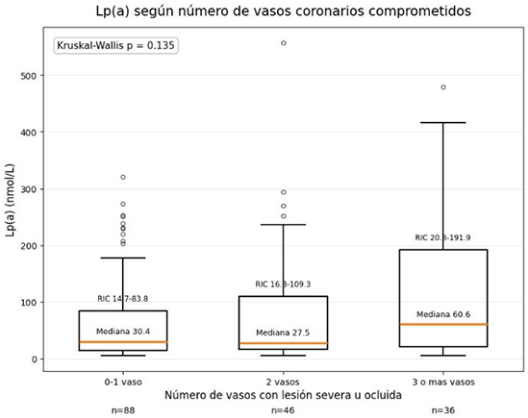
0926 - RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE LIPOPROTEÍNA(A) Y LA ANATOMÍA CORONARIA EN LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS

Cardiopatía Isquémica / Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Cindi Acsa TIMOFIEJUK | Daniela Macarena GRAZIOSETTI | Tomas Alejandro PRESTER | Celeste Antonella ACEVEDO | Natalia Elizabeth FIRMAPAZ | Juan Enrique CIMA

INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE CORRIENTES JUANA FRANCISCA CABRAL

Introducción: La lipoproteína(a) [Lp(a)] constituye un factor de riesgo cardiovascular de origen predominantemente genético asociado al desarrollo y progresión de la enfermedad aterosclerótica. Sin embargo, la relación entre sus niveles plasmáticos y la extensión anatómica de la enfermedad coronaria en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) continúa siendo motivo de debate.



Objetivos: Evaluar la asociación entre los niveles plasmáticos de Lp(a) y la extensión anatómica de la enfermedad coronaria en pacientes internados por SCA.

Materiales y Métodos: Estudio observacional y retrospectivo que incluyó pacientes consecutivos internados por SCA con determinación de Lp(a) y coronariografía durante la internación. Se consideró vaso comprometido la presencia de lesión severa u oclusión en tronco coronario izquierdo, arteria descendente anterior, circunfleja, coronaria derecha o ramo intermedio. Los pacientes fueron clasificados según el número de vasos comprometidos en tres grupos: 0–1 vaso, 2 vasos y >=3 vasos. La Lp(a) fue analizada como variable continua y cate-

górica utilizando un punto de corte de 125 nmol/L. Se realizaron análisis univariados y regresión logística multivariada para identificar predictores independientes de enfermedad coronaria extensa (>= 3 vasos).

Resultados: Se incluyeron 170 pacientes con una edad media de 61,4 ± 12,8 años; el 81,2% fueron hombres. El 73,5% presentaba hipertensión arterial, el 64,1% dislipidemia y el 20,6% diabetes mellitus. El 43,5% correspondió a síndromes coronarios agudos con elevación del segmento ST. La concentración de Lp(a) presentó una distribución no normal, con una mediana de 34,9 nmol/L (RIC 15,4–116,7). La distribución angiográfica mostró compromiso de 0–1 vaso en 88 pacientes (51,8%), de 2 vasos en 46 (27,1%) y de >=3 vasos en 36 pacientes (21,2%). Los valores de Lp(a) tendieron a incrementarse con la extensión anatómica de la enfermedad coronaria. Las medianas fueron de 30,4 nmol/L (RIC 14,7–83,8) en el grupo de 0–1 vaso, 27,5 nmol/L (RIC 16,8–109,3) en el grupo de 2 vasos y 60,6 nmol/L (RIC 20,8–191,9) en los pacientes con compromiso de >=3 vasos, sin alcanzar significación estadística global (p=0,135). Al categorizar la Lp(a), los pacientes con valores >=125 nmol/L presentaron una prevalencia significativamente mayor de enfermedad coronaria extensa respecto de aquellos con niveles inferiores (31,0% vs 10,2%; OR 3,97; IC95% 1,66–9,47; p=0,002). En el análisis multivariado ajustado por edad, sexo y tipo de síndrome coronario agudo, la presencia de Lp(a) >=125 nmol/L se mantuvo asociada de forma independiente con compromiso de >=3 vasos coronarios (OR ajustado 3,94; IC95% 1,59–9,76; p=0,003).

Conclusión: En pacientes con síndrome coronario agudo, los niveles plasmáticos de Lp(a) mostraron una tendencia a incrementarse en presencia de enfermedad coronaria más extensa. Aunque la asociación entre la Lp(a) continua y el número de vasos comprometidos no alcanzó significación estadística, los pacientes con concentraciones elevadas de Lp(a) (>=125 nmol/L) presentaron aproximadamente cuatro veces mayor probabilidad de enfermedad coronaria multivaso, independientemente de la edad, el sexo y la forma de presentación clínica. Estos hallazgos respaldan el papel de la Lp(a) como marcador de elevada carga aterosclerótica coronaria y de enfermedad coronaria extensa en pacientes con SCA.

0928 - ESTIMACIÓN DEL EJE ELÉCTRICO MEDIANTE SMARTWATCH: VALIDACIÓN FRENTE AL ELECTROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVACIONES EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA Y ADULTA

Medicina Digital E Inteligencia Artificial

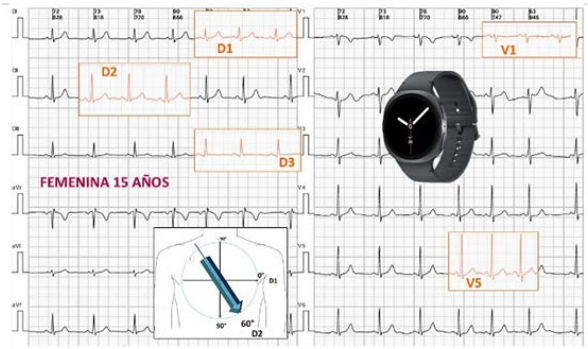
Claudio Gabriel MOROS[1] | Hyon Ju CHOE[1] | Liliana Noemí NICOLOSI[2] | Daniela PASTARO[1] | Alejandro GOLDSMAN[1]

HOSPITAL DE NIÑOS DE RICARDO GUTIÉRREZ[1]; INSTITUTO ALBERTO C. TAQUINI DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA TRASLACIONAL (IATIMET), CONICET-UBA[2]

Introducción: Los dispositivos smartwatch permiten obtener registros electrocardiográficos de calidad diagnóstica; sin embargo, la validez de la estimación del eje eléctrico del QRS mediante estos dispositivos no ha sido establecida.

Objetivos: Evaluar la concordancia entre el eje eléctrico calculado a partir de derivaciones equivalentes a D1 y D2 obtenidas mediante Galaxy Wtach8 y el eje determinado por electrocardiograma de 12 derivaciones (ECG12D).

Materiales y Métodos: Estudio observacional realizado en pacientes consecutivos sometidos a ECG12D y registro electrocardiográfico mediante smartwatch. El eje eléctrico del QRS se calculó a partir de derivaciones equivalentes a D1 y D2 obtenidas con un Galaxy Watch8 y se comparó con el eje informado por el ECG12D. La concordancia se evaluó mediante diferencia angular absoluta y coeficiente kappa para la clasificación del eje como normal o anormal. Asimismo, se analizó la asociación entre alteraciones del eje y presencia de cardiopatía. Se consideró significativo un valor de p < 0,05.



Resultados: Se incluyeron 170 pacientes consecutivos (edad 28,1 ± 15,3 años; rango 5-79 años), de los cuales 43 (25,3%) correspondieron a población pediátrica y 112 (65,9%) presentaban cardiopatía. El eje calculado mediante smartwatch mostró excelente concordancia con el ECG12D. La diferencia angular absoluta entre ambos métodos fue de 8,34 ± 6,95° (rango 0°-40°) y la concordancia para la clasificación del eje como normal o anormal fue casi perfecta (k = 0,91). El eje eléctrico fue normal en 111 pacientes (65,3%), con desviación izquierda en 31 (18,2%), desviación derecha en 19 (11,2%) y desviación extrema en 9 (5,3%). En la población pediátrica predominó

el eje normal (93,0%). Las alteraciones del eje se asociaron significativamente con la presencia de cardiopatía. La desviación izquierda fue más frecuente en pacientes con cardiopatía (23,2% vs. 8,6%; OR 3,2; IC95% 1,16-8,86; p = 0,019), al igual que la desviación derecha (15,2% vs. 3,4%; OR 5,0; IC95% 1,12-22,5; p = 0,021). Todos los casos con eje extremo correspondieron a pacientes con cardiopatía (p = 0,027). Por el contrario, el eje normal fue más frecuente en sujetos sin cardiopatía (87,9% vs. 53,6%; p < 0,001).

Conclusión: La estimación del eje eléctrico mediante smartwatch presentó una excelente concordancia con el electrocardiograma de 12 derivaciones en población pediátrica y adulta, con una diferencia angular media menor a 10° y una concordancia casi perfecta para la clasificación del eje (k = 0,91). Las alteraciones del eje se asociaron significativamente con la presencia de cardiopatía, lo que sugiere que esta metodología podría contribuir a la detección de enfermedad cardiovascular subyacente y ampliar las aplicaciones clínicas de los dispositivos portátiles en estrategias de tamizaje cardiovascular.

0929 - COMPARACIÓN ENTRE ÍNDICE CINTURA/TALLA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA Y PREDICCIÓN DE EVENTOS CARDIOVASCULARES

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud / Medicina Vascular

Pablo Daniel CUTINE | María Florencia PEREZ ASOREY | Milagros CASALE | Florencia AGUILO | Constanza LÓPEZ HERNANDO | Maria Isabel RODRIGUEZ ACUÑA | Lorenzo Martín LOBO | Gustavo GIUNTA

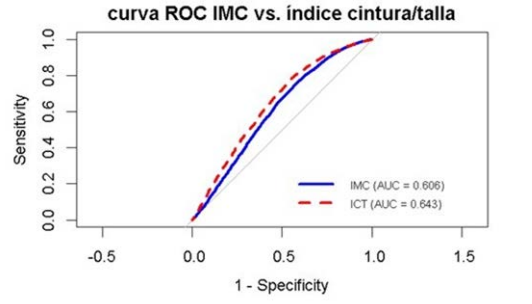
FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La obesidad constituye un factor de riesgo cardiovascular ampliamente reconocido. Sin embargo, el índice de masa corporal (IMC) presenta limitaciones para reflejar la distribución corporal de la adiposidad. El índice cintura/talla (ICT) ha emergido como un marcador de adiposidad central potencialmente superior para identificar aterosclerosis subclínica y estratificar riesgo cardiovascular. No obstante, existen escasos datos provenientes de grandes cohortes que comparen directamente ambos índices.

Objetivos: Comparar la capacidad del IMC y del ICT para identificar ateromatosis carotídea y predecir incidencia de eventos cardiovasculares.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de una cohorte consecutiva de participantes de un programa de prevención cardiovascular en la ciudad de Buenos Aires. Se incluyeron participantes mayores de 18 años de ambos sexos. Se evaluaron variables antropométricas, clínicas y bioquímicas. La presencia de aterosclerosis subclínica se definió mediante detección ecográfica de placa carotídea. Se analizaron asociaciones mediante regresión logística univariada y multivariada. La capacidad discriminativa de IMC e ICT se evaluó mediante curvas ROC y comparación de áreas bajo la curva (AUC) utilizando prueba de DeLong. En una subcohorte con seguimiento prospectivo se analizaron eventos cardiovasculares mayores mediante curvas de Kaplan-Meier y modelos de riesgos proporcionales de Cox. El desempeño pronóstico se evaluó mediante índice de concordancia (C-index).

Caracteristicas	Femenino N = 5,317	Masculino N = 6,841	p-value
Edad (años)	54.68 ± 17.08, 58.00 (44.00, 68.00)	55.24 ± 15.63, 57.00 (46.00, 67.00)	0.063
Peso (Kg)	68.94 ± 14.49, 66.50 (59.00, 76.50)	87.17 ± 15.75, 85.50 (77.00, 95.30)	<0.001
diametro_cintura	88.13 ± 14.17, 87.00 (78.00, 97.00)	100.10 ± 13.01, 100.00 (91.00, 108.00)	<0.001
cint_talla	0.55 ± 0.10, 0.55 (0.48, 0.61)	0.58 ± 0.08, 0.58 (0.53, 0.63)	<0.001
imc	27.70 ± 14.85, 26.34 (23.18, 30.23)	29.40 ± 9.19, 28.65 (25.95, 31.82)	<0.001
hta	1,154 (21.7%)	2,017 (29.5%)	<0.001
dbt_i	9 (0.2%)	9 (0.1%)	0.765
dbt_ii_sin_req_ins	226 (4.3%)	508 (7.4%)	<0.001
dbt_ii_con_req_ins	37 (0.7%)	58 (0.8%)	0.401
tbq	946 (15.9%)	1,233 (18.0%)	0.002
	Mean ± SD, Median (Q1, Q3); n (%)	Mean ± SD, Median (Q1, Q3); n (%)	Welch Two Sample t-test; Pearson's Chi-squared test; NA



Resultados: Se incluyeron 12158 participantes (53.8% hombres; edad media 55 años). En la tabla 1 se presentan las características de la población. El ICT y el IMC mostraron una elevada correlación (r=0.855; p<0.001, Gráfico 1), tanto en mujeres (r=0.845) como en hombres (r=0.858). En el análisis univariado, ambos índices se asociaron significativamente con presencia de placa carotídea. El IMC presentó un OR de 1.06 (IC95% 1.06-1.07; p<0.001) por cada kg/m², mientras que el ICT mostró un OR equivalente a 1.06 (IC95% 1.055-1.065) por cada incremento de 0.01 unidades. La capacidad discriminativa para identificar placa carotídea fue superior para el ICT respecto del IMC (AUC 0.643 vs 0.606; p<0.001 por prueba de DeLong, Gráfico 2). Tras ajustar por edad, sexo, hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo y colesterol LDL, ni el IMC (OR 1.01; IC95% 1.00-1.02; p=ns) ni el ICT (OR 1.63; IC95% 0.87-3.05; p=ns) mantuvieron asociación independiente con presencia de placa carotídea. Durante el seguimiento (n=2275, mediana 2.9 [0.89-6.2] años), ninguno de los dos

índices se asoció independientemente con eventos cardiovasculares en los modelos de Cox (IMC: HR 1,02; IC95% 0,68-1,54; p=ns; ICT: HR 1,03; IC95% 0,8-1,34; p=ns). Tampoco se observó incremento en el C-index al incorporar las medidas de adiposidad con respecto a la incidencia de eventos cardiovasculares.

Conclusión: El índice ICT mostró mejor capacidad discriminativa que el IMC para identificar aterosclerosis carotídea subclínica. Sin embargo, tras el ajuste por factores de riesgo tradicionales, ninguno de los dos índices demostró asociación independiente con la presencia de placa ni con la incidencia de eventos cardiovasculares durante el seguimiento. Esto sugiere que ambos índices de adiposidad tienen limitaciones en la predicción de enfermedad cardiovascular en ausencia de los factores de riesgo tradicionales.

0931 - ¿MISMO DESTINO, DISTINTAS DÉCADAS? IMPACTO DE LA MORFOLOGÍA VALVULAR AÓRTICA EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA ALEJADA DE PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA

Valvulopatías / Cardio Geriatría

María Celeste CARRERO | Luciano DE STEFANO | Maria de La Cruz MEZZADRA | Julieta DENES | Iván CONSTANTIN | Camila Marina ABUD | Guadalupe Patricia PAGANO GUTIERREZ | Pablo Guillermo STUTZBACH

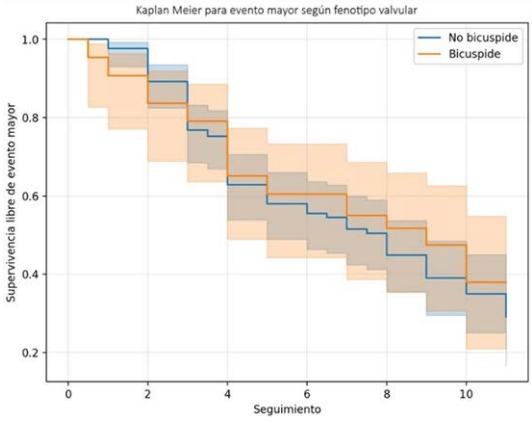
SANATORIO LAS LOMAS DE SAN ISIDRO

Introducción: La estenosis aórtica (EA) presenta una evolución clínica heterogénea influenciada por la morfología valvular subyacente. Mientras que la EA trivalva (VAT) es predominantemente degenerativa, la válvula aórtica bicúspide (VAB) expone a los pacientes a una presentación más temprana. La disparidad en la incidencia de eventos cardiovasculares mayores (MACE) a largo plazo sigue siendo motivo de debate.

Objetivos: Evaluar la evolución clínica y la incidencia de eventos cardiovasculares mayores en pacientes con EA de morfología VAT y VAB, e identificar factores predictores de eventos. Identificar población de riesgo en pacientes con EA.

Variable	Total n=187	Evento mayor n=107	Sin evento n=80	p
Edad, años	75.0 [66.0 - 82.0]	77.0 [69.0 - 84.0]	72.0 [62.0 - 79.0]	**0.0024**
Mujeres, n (%)	71 (38.0%)	47 (43.9%)	24 (30.0%)	0.0736
HTA, n (%)	141 (75.8%)	83 (77.5%)	58 (72.5%)	0.4582
DBT, n (%)	30 (16%)	15 (14%)	15 (18.8%)	0.5202
DLP, n (%)	113 (60.4%)	61 (57%)	52 (65.0%)	0.3794
TBQ, n (%)	18 (9.6%)	10 (9.3%)	8 (10.0%)	1
IRC, n (%)	11 (5.8%)	7 (6.5%)	4 (5.0%)	0.872
Enfermedad coronaria, n (%)	43 (22.9%)	32 (29.9%)	11 (13.8%)	**0.0127**
Bicúspide, n (%)	43/173 (24.9%)	23/97 (23.7%)	20/76 (26.3%)	0.8289
Fey VI	61.0 [60.0 - 65.0]	60.0 [58.0 - 65.0]	63.0 [60.0 - 65.25]	**0.0207**
Vmax Ao (m/s)	2.75 [2.35 - 3.4]	2.97 [2.52 - 3.61]	2.46 [2.14 - 2.98]	**0.03**
Gradiente medio (mmHg)	19.0 [14.0 - 29.0]	24.0 [16.0 - 34.0]	16.0 [11.0 - 21.25]	**0.001**
AVA (cm2)	1.2 [0.96 - 1.5]	1.06 [0.8 - 1.4]	1.4 [1.2 - 1.6]	**0.001**
Cociente adimensional	0.33 [0.26 - 0.44]	0.28 [0.23 - 0.37]	0.42 [0.30 - 0.49]	**0.001**
PSP (mmHg)	30.0 [25.0 - 35.25]	32.0 [28.0 - 37.0]	28.0 [25.0 - 32.0]	**0.0012**
TAPSE (mm)	25.0 [22.0 - 27.0]	24.0 [21.5 - 27.0]	25.5 [22.0 - 27.0]	0.1848

Materiales y Métodos: Se incluyeron 187 pacientes consecutivos en seguimiento por el grupo de valvulopatías de la institución que en el ecocardiograma basal entre 2015 y 2016 presentaban algún grado de EA (leve, moderada y severa). Se realizó un seguimiento clínico hasta marzo de 2026 (mediana de 6 años) Se analizó la incidencia de un punto final primario (PFP) combinado que incluyó muerte e intervención valvular (cirugía de reemplazo o TAVI). Los puntos secundarios analizados fueron insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, endocarditis infecciosa y síndrome coronario agudo. Se analizaron 63 variables clínicas y ecocardiográficas. La indicación de intervención valvular se realizó acorde al consenso SAC vigente al momento de decisión cínica (síntomas, deterioro FEy, estenosis crítica).



Resultados: La edad media fue de 75 años (38% mujeres). Al inicio, el 75.8% presentaba hipertensión, el 16.1% diabetes y el 12.4% síntomas. La incidencia del PFP fue del 57.2% (n=107): 29.4% fallecieron, 27.6% requirieron cirugía y 5.8% TAVI. El tiempo medio a la incidencia del PFP fue de 4.5 años. La tasa de PFP no mostró diferencias significativas según el fenotipo valvular (VAB 53% vs. VAT 56.9%, p=NS); sin embargo, los pacientes con VAB presentaron menor mortalidad (6.9% vs. 35,3%, p=0.01) y mayor incidencia de cirugía de recambio valvular aórtico (48.8% vs, 16.1%, p=0.01). La edad a la que ocurrió el evento mayor en VAB fue significativamente menor (58.9 vs. 79.9 años, p=0.001). Los pacientes >75 años tuvieron mayor incidencia de PFP (66% vs. 48.4%) y de mortalidad (44.7% vs. 7.5%). Las variables asociadas significativamente con la muerte fueron: edad avanzada (83 años en fallecidos vs. 71 en sobrevivientes), mayor presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP), fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) <50%, hipertensión, insuficiencia renal, síntomas basales, y peso/índice de masa corporal disminuidos. La cirugía valvular fue más frecuente en los sobrevivientes.

Conclusión: La EA presentó una elevada incidencia de eventos mayores en el seguimiento alejado, independientemente del fenotipo valvular (VAT o VAB). No obstante, los pacientes con VAB experimentaron dichos eventos dos décadas

antes que aquellos con VAT, principalmente representados por requerimiento de recambio valvular aórtico. La incidencia 2 décadas antes del evento podría tener impacto en términos de posibles complicaciones alejadas del sustituto valvular. Los pacientes que fallecieron evidenciaron un deterioro clínico global (mayor edad, menor masa corporal, peor función ventricular, mayor PSAP, insuficiencia renal y síntomas iniciales). La edad >75 años, la severidad de la EA basal y la disfunción ventricular izquierda identificaron a la población de mayor riesgo, sugiriendo la necesidad de un seguimiento estrecho en ese grupo.

0935 - IMPACTO DEL HORARIO DE ATENCIÓN SOBRE LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON IAM CON ELEVACIÓN DEL ST Y COMPROMISO HEMODINÁMICO

Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Camila PETRY | Ignacio Manuel CIGALINI | Camila SEBASTIANI | Gonzalo GUTIERREZ CORREA | Martin NAJENSON | Gregorio LUCCI | Lucas MEDIZZA | Claudio Manuel CIGALINI

HOSPITAL PRIVADO DEROSAEIO

Introducción: El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) complicado por insuficiencia cardíaca o compromiso hemodinámico representa una de las formas de presentación de mayor riesgo, requiriendo una estrategia de reperfusión rápida y coordinada. Evaluar el impacto del horario de atención podría aportar información relevante sobre la calidad del sistema.

Objetivos: Comparar las características clínicas, los tiempos de reperfusión, los procesos asistenciales y los resultados clínicos de pacientes con IAMCEST y Killip-Kimball (KK) B, C y D atendidos dentro y fuera del horario laboral habitual.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de un único centro que incluyó pacientes con IAMCEST y KK B, C y D registrados entre 2022 y 2025. Se compararon características clínicas, procedimentales y eventos intrahospitalarios según el horario de ingreso (on-hour vs. out-hour). Se utilizaron pruebas paramétricas o no paramétricas según la distribución de los datos, y Chi-cuadrado o Fisher para variables categóricas. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes (55.17% hombres, edad media 70.31 (65.54-75.08), 30% ingresó con KK D) de los cuales 19 (65.52%) pertenecen al grupo de pacientes que ingresaron fuera del horario laboral. Aquellos pacientes atendidos durante el horario laboral presentaron mayor disponibilidad de sala lista para la realización de la angioplastia primaria en comparación con aquellos atendidos fuera de horario laboral (80% vs 31,6%; p=0,021). Asimismo, la preactivación del código fue más frecuente durante el horario laboral (100% vs 44,4%; p=0,044). El cumplimiento del objetivo de tiempo puerta-balón menor a 60 minutos también fue superior en el grupo atendido dentro del horario laboral (100% vs 35,7%; p=0,006) A pesar de estas diferencias en los indicadores de organización asistencial y tiempos de reperfusión, no se observaron diferencias significativas en los eventos intrahospitalarios. La mortalidad intrahospitalaria fue similar entre los grupos (20% vs. 26,3%; p=1,00), al igual que la incidencia de accidente cerebrovascular (10% vs. 5,3%; p=1,00), sangrado (0% vs. 10,5%; p=0,53) y fibrilación auricular (10% vs. 0%; p=0,34).

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con IAMCEST y Killip-Kimball B, C y D, la atención fuera del horario laboral se asoció con menor frecuencia de preactivación del Código IAM, menor cumplimiento de los objetivos de tiempo puerta-balón. Sin embargo, estas diferencias en los procesos asistenciales no se tradujeron en diferencias significativas en los resultados clínicos intrahospitalarios.

0936 - DIFERENCIAS DE SEXO EN LA TRAYECTORIA DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN Y EN LA INCIDENCIA DE MIOCARDIOPATÍA INDUCIDA POR ESTIMULACIÓN EN PORTADORES DE MARCAPASOS PERMANENTE

Arritmias y Electrofisiología / Corazón y Mujer

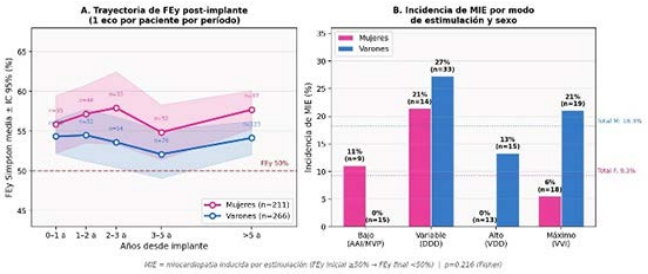
Mauro PEREIRA | Pedro DIAZ UBERTI | Francisco TOSCANO | Valeria PIAZZA | Juan Manuel SILVA VILLALBA | Ezequiel MINISINI | Claudio Agustín CUSCUNA | Juan Pablo GUZMÁN

Hospital Churruca - Visca

Introducción: La estimulación ventricular derecha crónica puede deteriorar la función sistólica ventricular izquierda. Las diferencias de sexo en este proceso han sido escasamente exploradas en cohortes institucionales de larga evolución,

a pesar de que las mujeres representan una proporción relevante de los portadores de marcapasos permanente.

Objetivos: Analizar las diferencias entre mujeres y varones en la trayectoria de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) post-implante y en la incidencia de miocardiopatía inducida por estimulación (MIE), definida como descenso de FEVI a valores <50% partiendo de una FEVI basal conservada.



Materiales y Métodos: Cohorte observacional institucional (1996–2025), 477 pacientes portadores de marcapasos permanente con determinación de sexo por base de datos ecocardiográfica, seguimiento ecocardiográfico post-implante y variables de comorbilidad registradas. La trayectoria de FEVI fue analizada mediante modelo lineal mixto con intercepto y pendiente aleatoria por paciente, ajustado por edad, diagnóstico de indicación (bloqueo auriculoventricular completo, enfermedad del nodo sinusal, bloqueo auriculoventricular de segundo grado), modo de estimulación predominante, ancho del complejo QRS estimulado, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad coronaria previa, insuficiencia cardíaca previa y medicación activa. Para MIE se utilizó regresión logística con las mismas covariables.

Resultados: Se incluyeron 211 mujeres (44%) y 266 varones (56%). Las mujeres presentaron mayor proporción de modo de estimulación ventricular de alta carga (modo VVI o VDD: 56% vs 48% en varones) y mayor mortalidad (37% vs 34%) y hospitalización por insuficiencia cardíaca (30% vs 27%) durante el seguimiento. En el análisis longitudinal de FEVI por modelo lineal mixto, las mujeres mostraron una trayectoria de deterioro más temprana, con FEVI media de 54,3% al primer año y 56,2% a los 2–3 años, frente a 54,6% y 56,7% en varones; la divergencia se acentuó en el período 3–5 años (63,7% en mujeres vs 51,1% en varones, p<0,001 por interacción sexo×tiempo), reflejando un patrón de deterioro tardío más pronunciado en varones en esta cohorte. La incidencia acumulada de MIE fue del 9,3% en mujeres y del 18,3% en varones (p=0,216), con heterogeneidad según el modo de estimulación: en modo VVI, las mujeres presentaron MIE en el 6% frente al 21% en varones, mientras que en modo DDD la diferencia se atenuó (21% vs 27%). En el modelo ajustado, el sexo masculino se asoció de forma independiente con mayor riesgo de MIE (OR 2,3; IC95%: 0,8–6,8), aunque sin alcanzar significación estadística, probablemente por el tamaño muestral.

Conclusión: En esta cohorte de portadores de marcapasos permanente, los varones presentaron mayor incidencia de MIE que las mujeres, a pesar de una carga de estimulación ventricular similar. La interacción sexo×tiempo en la trayectoria de FEVI sugiere patrones de respuesta diferencial a la estimulación crónica, con implicancias para la vigilancia ecocardiográfica y las estrategias de programación según sexo.

0937 - ALFABETIZACIÓN DIGITAL E INGENIERÍA DE PROMPTS EN MÉDICOS Y ESTUDIANTES DE MEDICINA: ¿ESTAMOS PREPARADOS PARA LA ERA DE LA IA GENERATIVA?

Medicina Digital E Inteligencia Artificial

Cecilia Paula MASIELLO | María Teresa CARNUCCIO | Juan Pablo ESPINOSA | Ignacio GANDINO | Alcides GUILLARDOT | Luis Enrique GOMEZ | Carlos Daniel PIÑEIRO | Andrés Nicolás ATAMAÑUK

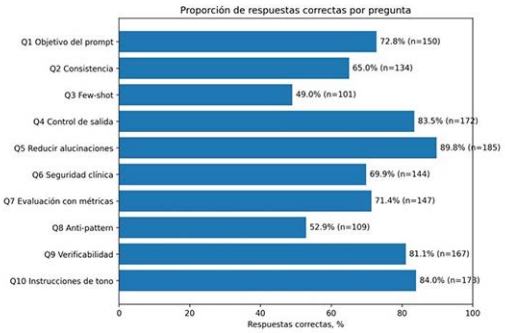
Hospital General de Agudos Dr. J. Fernández

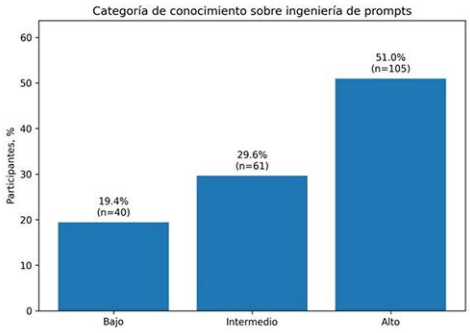
Introducción: El uso modelos de lenguaje de gran escala LLMs en medicina se encuentra en rápida expansión entre médicos(Me)y estudiantes(Es). Calidad, seguridad y utilidad clínica de las rtas dependen de la forma en que se construye la instrucción inicial o prompt. Formulación deficiente puede favorecer rtas ambiguas, poco verificables o inseguras. El conocimiento básico sobre ingeniería de prompts podría constituir una competencia digital relevante para el uso responsable de IA generativa en medicina.

Objetivos: Evaluar el conocimiento sobre ingeniería de prompts en Me y Es de medicina med encuesta anónima de opción múltiple (OM). Objetivos secundarios, comparar el desempeño entre Me y Es, identificar las áreas de mayor y menor conocimiento, explorar patrones de humanización en la interacción con herramientas de IA generativa.

Materiales y Métodos: Est. observacional, transversal y anónimo med una encuesta en Google Forms, a médicos y estudiantes de med. Incluyó variables demográficas, nivel de formación y 10 preguntas de OM sobre conceptos básicos de ingeniería de prompts, incluyendo objet, consistencia de salida, few-shot prompting, control del formato, reducción

de alucinaciones, seguridad en tareas, evaluación de calidad, anti-patterns, verificabilidad y mantenimiento del estilo. Cada rta correcta recibió 1 punto, con un puntaje total posible de 0 a 10. Se categorizó el conocimiento como bajo 0 a 5, intermedio 6 a 7 y alto 8 a 10. Se evaluó la presencia de humanización en la interacción. Las variables continuas se expresaron como media y DE o mediana, y las categóricas como num y%. Para las comparaciones se utilizaron pruebas de t de Student/Welch o Mann-Whitney para variables continuas y chi-cuadrado o Fisher para variables categóricas. Se consideró significativo un valor de p < 0,05.





Resultados: 206 participantes:93 Me y 113 Es. Edad media 34,0 ± 14,9 años y el 60,7% fem. Puntaje medio global 7,19 ± 2,11 sobre 10, mediana de 8. El 51,0% presentó conocimiento alto, el 29,6% intermedio y el 19,4%bajo.Puntaje medio 7,39 ± 2,17 en médicos y7,04 ± 2,06 en estudio, p = 0,23.Conocimiento alto57,0% en Me y del 46,0% Es p = 0,117. Las áreas con mayor respuestas correctas: reducción de alucinaciones mediante fuentes verificables o recuperación de info 89,8%,mantenimiento del estilo mediante instrucciones de tono 84,0%, control de salida mediante esquema definido 83,5% y solicitud de verificabilidad 81,1% y con menor desempeño fueron few-shot prompting 49,0%, reconocimiento de anti-patterns 52,9% y estrategias para mejorar la consistencia 65,0%.El 56,3% refirió conducta de humanización 66,4% Es vs. 44,1% Me; p = 0,001.La rta de evitar humanizar la relación 57,0% Me vs. 34,5% Es; p = 0,001. No se observó asoc signif entre humanización y puntaje total de conocimiento p=0,764, ni correlación signif entre edad y puntaje total Spearman r= 0,04; p=0,552. No se obs dif sign por género en el punt total masc 7,30 ± 2,20 vs. fem 7,17 ± 2,02; p= 0,665 ni en proporción de conoc alto 52,5% vs. 50,4%; p= 0,769. Mujeres demostraron mayor humanización hacia LLMs 64,8%vs.42,5%; p=0,002, persistió tras ajustar por edad y nivel de formación OR ajustado 2,02; IC95% 1,11–3,68; p=0,022.

Conclusión: El conocimiento global sobre ingeniería de prompts fue aceptable, se identificaron brechas relevantes en conceptos técnicos especificos. Sin dif signif en el desempeño global entre Me y Es ni géneros. Las mujeres reportaron mayor humanización hacia los LLMs, sin menor rendimiento de conocimientos. Ante la creciente incorporación de LLMs, la formación estructurada en ingeniería de prompts, verificabilidad, seguridad y límites de uso debería incorporarse como una competencia básica de alfabetización digital médica.

0944 - PREDICCIÓN DE DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA MEDIANTE EL ELECTROCARDIOGRAMA. ¿SUPERA LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL A LA LECTURA DEL CARDIÓLOGO?

Medicina Digital E Inteligencia Artificial / Arritmias y Electrofisiología

Martín GONZÁLEZ ALAK | **Florencia Anabel AGUIRRE** | Diriangen Omar SALAZAR RODRIGUEZ | Inés BLANCO MUIÑO | Víctor Miguel MAURO | Enrique FAIRMAN | Adrián CHARASK | Carlos Manuel BARRERO

CLÍNICA SANTA ISABEL

Introducción: Introducción: El diagnóstico de la disfunción ventricular izquierda (DVI) depende casi exclusivamente de modalidades de imagen, siendo el ecocardiograma transtorácico el estándar de referencia. El electrocardiograma (ECG) es el primer método diagnóstico que el cardiólogo posee en la atención del paciente, y cuya lectura puede sugerir disfunción ventricular. Algoritmos de Inteligencia Artificial (IA) con deep learning han permitido identificar patrones no lineales imperceptibles al ojo humano, transformando al ECG en un biomarcador de imagen virtual. Si bien esta metodología va cobrando cada día más interés, no existe evidencia definitiva acerca de su valor comparándola con la experiencia del cardiólogo.

Objetivos: Objetivos: 1. Analizar la capacidad predictiva de DVI mediante la lectura del ECG del algoritmo de IA (Pm Cardio app) y la del cardiólogo tratante comparada con el ecocardiograma transtorácico (ECO). 2. Analizar el rendimiento de la IA con la del cardiólogo en la detección de DVI.

Materiales y Métodos: Métodos: Estudio prospectivo, unicéntrico, comparativo y ciego. Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años ingresados en sala de internación general y unidad coronaria, con un ECG de 12 derivaciones de buena calidad diagnóstica al ingreso y factibilidad de realizar el ecocardiograma dentro de las 72 hs. DVI: FEY =40%. El ECG de ingreso fue procesado por el algoritmo de IA. El resultado de la IA permaneció oculto (ciego) al equipo tratante y a los lectores humanos. Luego se realizó la lectura del ECG por 2 cardiólogos y un eventual tercero si hubiera discordancia. La información se registró en una base de datos específica y el análisis se realizó por Jamovi. Estándar de referencia: ECO con medición de FEy por método de Simpson biplano. La concordancia predictiva entre las 2 lecturas se evaluó mediante el índice de Kappa de Cohen. Ausencia de sesgos sistemáticos se verificó mediante la prueba de McNemar con un valor de p < 0.001 al comparar los desaciertos de la IA y los cardiólogos.

Resultados: Resultados: Fueron incluidos 250 pacientes. Edad mediana 73 años (RIC 57 - 81,75), sexo masculino 55.6%. Las características de la población fueron hipertensas 60%, dislipidemia 24%, Diabetes 16%, tabaquismo activo 16%. Antecedentes de fibrilación auricular (FA) 17,2%, infarto 16% e insuficiencia cardíaca 12,3%. ECG normal 16%, bloqueo completo de rama derecha 14%, bloqueo completo de rama izquierda 11%, hipertrofia ventricular izquierda 6%, Q patológicas 13%, FA 21%, bloqueo bifascicular 5% y otros 14%. Prevalencia de DVI por ECO 43/250 (17,2%). Para detectar DVI, la IA tuvo una sensibilidad del 81.4 %, especificidad de 71%, VPN 94.8 %, VPP 36.8%. El cardiólogo tuvo una sensibilidad de 53.5%, especificidad 88.4%, valor predictivo negativo (VPN) 90.1%, valor predictivo positivo (VPP) 48.9%. La concordancia predictiva de la lectura del ECG con el ECO mediante IA fue de 0.35, (IC 0.195 - 0.452) mientras que la del cardiólogo fue de 0.39 (IC 0,25-0,54). Hubo diferencia a favor del análisis del cardiólogo en comparación a la IA en la detección de DVI analizada por el Test de McNemar con un valor de X2 de 10.7 (p<0,001).

Conclusión: Conclusiones. La predicción de DVI mediante la lectura del ECG realizada por el cardiólogo fue superior a aquella realizada por la aplicación de IA (Pm Cardio). Sin embargo, la concordancia predictiva con ambos métodos fue modesta en relación al ecocardiograma.

0951 - SEGUIMIENTO CLÍNICO Y ECOGRÁFICO A 4 AÑOS TRAS ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA: TASA DE EVENTOS Y RE INTERVENCIONES EN UN CENTRO DE REFERENCIA.

Medicina Vascular

Melina LIMA | José Maximiliano VILLAGRA | Marcelo HERRASTI | Ignacio DE LUCA | Sebastian Oscar GHIBAUDO | Marcelo HERRASTI | Mariano Andrés CASTELLI | Fernando BELCASTRO

Instituto Cardiovascular

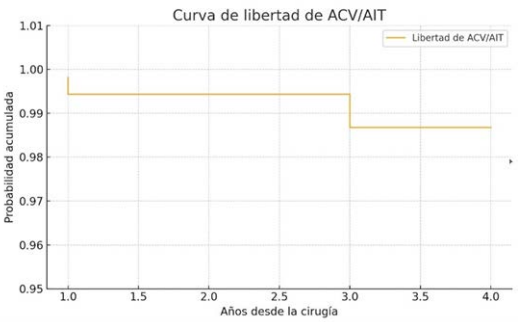
Introducción: El control postoperatorio a largo plazo tras la cirugía carotidea es esencial para prevenir recurrencias y detectar enfermedad progresiva, especialmente en el territorio contralateral. Este estudio analiza los resultados del seguimiento clínico y por imágenes en una cohorte de pacientes operados en un centro de referencia, con un enfoque en los eventos neurológicos y la necesidad de nuevas intervenciones.

Objetivos: Demostrar la importancia de un seguimiento post intervención quirúrgica carotídea.

Materiales y Métodos: Se realizó seguimiento prospectivo de 529 pacientes operados por endarterectomía carotídea. Las evaluaciones clínicas y ecográficas se realizaron a los 30 días, y luego anualmente durante 4 años. Se registraron síntomas neurológicos, complicaciones locales, reestenosis u oclusión, y re intervenciones (homolaterales o contralaterales

Resultados: A los 30 días, el 98.1% acudió a control clínico y el 99.6% a ecodoppler. El 2.7% fue sintomático, principalmente por disfonía o paresia lingual. Se detectó reestenosis en el 1.35% y oclusión en el 0.19%, todos tratados médicamente. La cirugía carotídea contralateral fue necesaria en el 1.73% de los pacientes, con síntomas en 0.57%.





Durante el seguimiento anual: A 1 año, el 89.4% asistió a control. No se registraron síntomas ni eventos neurológicos homolaterales. La reestenosis y la oclusión fueron del 0%. La cirugía contralateral se realizó en el 1.9%, principalmente por AIT (0.63%) o hallazgos asintomáticos (2.11%). A 2 años, el 73.9% mantuvo el seguimiento. Se observaron 2 casos de reestenosis (0.51%) y una oclusión (0.26%), sin necesidad de tratamiento invasivo. La cirugía contralateral fue del 2.05%, todos asintomáticos. A 3 años, el 66.4% completó el seguimiento. No hubo eventos sintomáticos ni reestenosis/oclusión reportadas. Se realizaron 5 cirugías contralaterales (1.42%), 4 de ellas con síntomas (2 AIT y 2 ACV). En todo el período de seguimiento no se registraron reintervenciones sobre la carótida homolateral ni mortalidad de causa cerebrovascular atribuible

Conclusión: El seguimiento estructurado hasta 4 años post endarterectomía carotídea mostró una baja tasa de reestenosis y oclusión, sin necesidad de reintervención homolateral. La cirugía contralateral fue infrecuente y mayoritariamente electiva. Estos resultados destacan la importancia de un programa de seguimiento regular para optimizar el manejo y prevenir eventos cerebrovasculares a largo plazo.

0952 - IMPLEMENTACIÓN DE UN EQUIPO DE RESPUESTA (PERT) EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y SU IMPACTO EN EL TIEMPO HASTA EL INICIO DE LA ANTICOAGULACIÓN Y LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

Enfermedad Vascular Pulmonar

Francisco ALVARADO | Ignacio BARBANI MOGLIE | José BONORINO | Patricio Javier GARCES CRUZ | Mariano LEMOS | **Denise Belén MAGNIFICO** | Ignacio Carlos MELEM | Nicolás Arturo TORRES

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Introducción: La anticoagulación precoz reduciría la mortalidad intrahospitalaria (MIH) en el tromboembolismo pulmonar agudo (TEP). Los equipos multidisciplinarios de respuesta (PERT, por su sigla en inglés) estandarizan el manejo y podrían optimizar el tratamiento mejorar el pronóstico.

Objetivos: Evaluar el impacto de la implementación de un PERT sobre el tiempo transcurrido entre la sospecha clínica de TEP y el inicio de la anticoagulación con heparina (TH); y, asimismo, valorar su asociación con la MIH.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva de 483 pacientes con TEP, sin contraindicaciones para la anticoagulación. Se definió era pre–PERT (2004–junio 2019) y post–PERT (julio 2019–2025). Se compararon medianas de TH y proporción de heparina precoz (<=3 h). Se analizó la tendencia temporal del TH y la asociación con MIH ajustada de acuerdo a la clasificación AHA/ACC 2026 y edad.

Resultados: La mediana de TH se redujo de 3–6 h pre–PERT a 1–3 h post–PERT (p<0,001). La anticoagulación en un tiempo <=3 h, ascendió de 52,0% a 66,3% (p=0,002), con una tendencia anual creciente significativa (p=0,018). La MIH fue 8,9% pre–PERT y 7,4% post–PERT (p=0,62). Un TH >6 h se asoció a mayor MIH global (OR ajustado 1,92; IC95% 1,04–3,56; p=0,038). En la era post–PERT el riesgo de la demora para el inicio de la anticoagulación pareció atenuarse (OR 1,42 vs. 2,41 pre–PERT), aunque sin valor estadístico significativo.

Conclusión: La implementación del PERT se asoció con una reducción significativa y sostenida del tiempo hasta el inicio de la anticoagulación con heparina, reflejando una mejora en el proceso asistencial. Aunque no se observó un descenso significativo de la mortalidad, la optimización del TH respalda el valor de los equipos multidisciplinarios en el TEP.

0959 - IMPACTO DE LA REPERFUSION ANGIOGRAFICA EXITOSA SOBRE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Cardiopatía Isquémica

Nilton Raúl MENDEZ CHOQUE | Silvia HUARACHI JUAREZ | Agustín MARTINEZ | Gabriel DIONISIO | Natacha RUIZ | Sergio Daniel BRANDEBURGO | Maria ETCHEVERRY | Sergio CENTENO

Hospital General de Agudos F. Santojanni

Introducción: La angioplastia primaria constituye la estrategia de reperfusión de elección en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST), demostrando reducir mortalidad y complicaciones

cardiovasculares. La obtención de reperfusión angiográfica exitosa, expresada mediante flujo TIMI 3 final, representa uno de los principales determinantes pronósticos posteriores a la intervención. Sin embargo, existe escasa evidencia contemporánea proveniente de hospitales públicos latinoamericanos de alto volumen con programas de reperfusión activos las 24 horas.

Objetivos: intrahospitalaria en pacientes con IAMCEST sometidos a angioplastia primaria.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico realizado en un hospital público de alto volumen con disponibilidad de angioplastia primaria las 24 horas del día durante todo el año. Se incluyeron consecutivamente pacientes con IAMCEST sometidos a angioplastia primaria entre enero de 2014 y marzo de 2026. El punto final primario fue mortalidad intrahospitalaria. Los puntos finales secundarios incluyeron insuficiencia cardíaca y sangrado mayor intrahospitalario. Se analizaron variables clínicas, angiográficas y evolutivas. La reperfusión angiográfica exitosa se definió como flujo TIMI final 3 posterior al procedimiento. Se realizó análisis multivariado mediante regresión logística para identificar predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 1611 pacientes con una edad media de 60,8 años; el 80,4% fueron hombres. La prevalencia de hipertensión arterial fue 56,9%, diabetes 23,1% y tabaquismo activo 51,8%. La enfermedad multivaso estuvo presente en el 43,4% y el compromiso de tronco coronario izquierdo (TCI) en el 4,6%. El uso de balón de contrapulsación intraaórtico ocurrió en el 3,9% de los casos. El flujo TIMI 0 inicial se observó en el 65,9% de los pacientes, mientras que se alcanzó flujo TIMI 3 final en el 79,5%. La mortalidad intrahospitalaria global fue del 8,2%, la insuficiencia cardíaca ocurrió en el 3,2% y el sangrado mayor en el 0,5%. En el análisis multivariado, la angioplastia exitosa se asoció con una reducción significativa de mortalidad intrahospitalaria (OR 0,14; IC95% 0,07–0,31; p<0,001). Por el contrario, la enfermedad de TCI (OR 6,43; IC95% 2,31–17,86; p<0,001) y Killip-Kimball D (OR 13,88; IC95% 6,23–30,9; p<0,001) fueron predictores independientes de mortalidad.

Conclusión: En esta experiencia contemporánea de un hospital público de alto volumen, la reperfusión angiográfica exitosa se asoció con una marcada reducción de la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con IAMCEST sometidos a angioplastia primaria. La presencia de compromiso del TCI y shock cardiogénico identificaron subgrupos de muy alto riesgo.

0962 - FRAGILIDAD: DIMENSIONES NO CAPTADAS POR FRAIL EN ADULTOS MAYORES

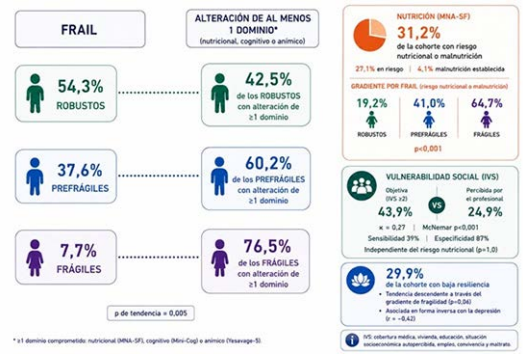
Cardio Geriatría / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Patricia BLANCO | Guillermo SUAREZ | Florencia SOBRINO | Pablo SCHYGIEL | Florencia Inés CANALES | Silvina ALONSO | **Laura FLOR** | María Soledad PALACIO

Consejos: Cardiogeriatría

Introducción: En la práctica clínica, la fragilidad suele evaluarse mediante el FRAIL, mientras que la vulnerabilidad multidominio queda con frecuencia sujeta a la impresión del profesional. Sin embargo, en adultos mayores estos abordajes unidimensionales podrían no reflejar la complejidad real en la toma de decisiones.

Objetivos: Analizar la presencia de compromiso nutricional, cognitivo, anímico y de resiliencia según el estrato de fragilidad por FRAIL, y comparar la vulnerabilidad social estimada por un índice objetivo basado en la acumulación de déficits con la percibida por el profesional.



Materiales y Métodos: Se realizó un análisis transversal de un registro de pacientes mayores o iguales a 60 años la consulta ambulatoria a cardiología, que incluyó 221 pacientes. La edad mediana fue de 74 años [RIC 68–79] y el 62,9% fueron mujeres. A partir de los ítems registrados se recalcularon las escalas FRAIL, MNA-SF, Mini-Cog, Yesavage-5 y Brief Resilience Scale (BRS). Además, se construyó un índice de vulnerabilidad social (IVS, 0–7) mediante la acumulación de determinantes estructurales: cobertura médica, vivienda, educación, situación socioeconómica autopercibida, empleo, convivencia y maltrato. La vulnerabilidad social definida por el IVS se comparó con la percibida por el profesional mediante el índice kappa, la prueba de McNemar, la sensibilidad y la especificidad

Resultados: Según la escala FRAIL, el 54,3% de los pacientes fue clasificado como robusto, el 37,6% como prefrágil y el 7,7% como frágil. El compromiso de al menos un dominio (nutricional, cognitivo o anímico) estuvo presente en el 42,5% de los robustos, el 60,2% de los prefrágiles y el 76,5% de los frágiles, con un gradiente significativo entre categorías (p de tendencia=0,005). En particular, el riesgo nutricional o la malnutrición (MNA-SF) afectó al 31,2% de la cohorte (27,1% en riesgo y 4,1% con malnutrición establecida) y mostró un gradiente ascendente a lo largo de la fragilidad: 19,2% en los robustos, 41,0% en los prefrágiles y 64,7% en los frágiles (p<0,001). Entre los pacientes clasificados como robustos, los dominios comprometidos con mayor frecuencia fueron el anímico, con depresión en el 30,4%, y el nutricional, con riesgo en el 19,2%. La vulnerabilidad social percibida por el profesional fue del 24,9%, mientras que la objetiva por IVS mayor o igual a2 alcanzó el 43,9% (kappa =0,27; McNemar p<0,001; sensibilidad 39%; especificidad 87%). Esta vulnerabilidad social fue independiente del riesgo nutricional (p=1,0). La resiliencia baja se observó en el 29,9% de la cohorte, mostró una tendencia descendente a través del gradiente de fragilidad (p=0,06) y se asoció en forma inversa con la depresión (r= - 0,42).

Conclusión: En esta cohorte ambulatoria, la escala FRAIL subestimó la vulnerabilidad de los pacientes, incluso en cuatro de cada diez pacientes clasificados como robustos. El compromiso nutricional, cognitivo, anímico y de resiliencia fue frecuente aún entre los pacientes considerados robustos y aumentó progresivamente a lo largo del gradiente de fragilidad; el riesgo nutricional, en particular, alcanzó a casi dos tercios de los frágiles. A su vez, el juicio clínico subestimó la vulnerabilidad social, cuya magnitud objetiva fue casi el doble de la percibida. Estos hallazgos sugieren que la evaluación basada exclusivamente en instrumentos unidimensionales o en la apreciación clínica puede subestimar dimensiones relevantes para la toma de decisiones, y que la valoración integral estructurada aporta información clínica adicional para una caracterización más completa de la fragilidad y la vulnerabilidad.

0963 - EJERCICIO AMBULATORIO DE LA CARDIOLOGÍA: CONDICIONES LABORALES, IMPACTO ECONÓMICO PERCIBIDO Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA ENCUESTA A CARDIÓLOGOS ARGENTINOS

Educación Médica y Políticas de Salud / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Guillermina Paz BARONI[1] | Gonzalo RODRIGUEZ[2] | Maria Luz ARRI[3] | Martin Eitan BARMAK[4] | Ezequiel QUINTANA[5] | Santiago GALGANI[6] | Lucas Nicolás CAMPANA LANCMAN[7] | Ezequiel LERECH[8]

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. IGNACIO PIROVANO[1]; FUNDACIÓN FAVALORO[2]; SANATORIO SANTA FE[3]; SANATORIO ANTARTIDA[4]; SANATORIO GÜEMES[5]; INSTITUTO CARDIOVASCULAR SAN GERÓNIMO[6]; HOSPITAL DR COSME ARGERICH[7]; HOSPITAL EL CRUCE DR. NESTOR KIRCHNER[8]

Introducción: La atención ambulatoria constituye un pilar central en el ejercicio de la cardiología, aunque sus condiciones laborales han sido escasamente caracterizadas en argentina. La combinación de condiciones como una alta demanda asistencial, tiempos reducidos para la consulta, sobreturnos, inasistencia de pacientes, tiempos prolongados para el cobro de las prestaciones realizadas y costos del espacio de atención podrían atentar contra la sostenibilidad económica de la práctica profesional.

Objetivos: Describir las condiciones laborales ambulatorias de los cardiólogos en Argentina y estimar la frecuencia de pérdida económica percibida asociada a la inasistencia de pacientes, y explorar factores asociados con dicha perdida y con la presencia de condiciones laborales ambulatorias desfavorables marcadas.

Factores asociados con pérdida económica percibida relevante

Variable	% con desenlace: sí vs no	OR	IC 95%	p	n
Inasistencia elevada ≥15%	72,2% vs 36,3%	4,56	2,88–7,22	<0,001	356
Condiciones desfavorables marcadas ≥5	67,4% vs 19,5%	8,52	5,05–14,38	<0,001	356
Acepta al menos un sobre-turno	54,2% vs 32,7%	2,43	1,32–4,46	0,003	356
Consulta breve ≤20 min	54,7% vs 38,4%	1,94	1,18–3,19	0,009	353
Edad ≤45 años	57,0% vs 42,9%	1,76	1,15–2,69	0,009	356
Sobre-turnos de alta intensidad >1/hora	58,3% vs 47,8%	1,52	0,96–2,42	0,074	356
Cobro demorado >60 días	54,0% vs 44,9%	1,44	0,92–2,27	0,112	314
Honorario bajo ≤$20.000	54,6% vs 46,3%	1,40	0,92–2,12	0,117	356
Alta carga ambulatoria >20 h/semana	48,1% vs 52,0%	0,86	0,54–1,35	0,502	356
Sin penalidad efectiva	51,2% vs 44,4%	1,31	0,50–3,40	0,577	356
Copago adicional	49,7% vs 51,9%	0,92	0,60–1,39	0,680	356
Consultorio propio	47,9% vs 52,3%	0,84	0,54–1,30	0,431	356
Costo consultorio elevado ≥$300.000	46,2% vs 45,0%	1,05	0,61–1,81	0,857	213

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico, basado en una encuesta nacional autoadministrada dirigida a médicos cardiólogos que realizan actividad ambulatoria en Argentina. La encuesta fue respondida por 370 profesionales entre el 20 y 29 de mayo de 2026. Se relevaron variables demográficas, profesionales, asistenciales, organizativas y económicas. Se definió pérdida económica percibida relevante como la percepción de pérdida moderada, importante o muy importante asociada a inasistencias. Además, se construyó un índice exploratorio de condiciones laborales ambulatorias desfavorables, compuesto por nueve criterios predefinidos. Las asociaciones se evaluaron mediante análisis bivariado y modelos de regresión logística multivariable.

Resultados: Se incluyeron 370 cardiólogos, el 57,3% era menor a 45 años y el 58,4% eran hombres. El 51.9% trabajaba exclusivamente en el ámbito privado. El 75,4% asignaba 20 minutos o menos por consulta y el 84,1% aceptaba al menos un

sobreturno. La inasistencia estimada fue >=15% en el 39,2%, mientras que el 94,3% no contaba con un mecanismo efectivo de seña, reserva o penalidad frente a ausencias. La pérdida económica percibida relevante asociada a inasistencias estuvo presente en el 48,9% de la muestra. En el modelo multivariable, se asociaron independientemente con éste desenlace la inasistencia elevada (OR 3,79; IC95% 2,27–6,33; p<0,001), la aceptación de sobreturnos (OR 3,18; IC95% 1,41–7,16; p=0,005) y la consulta breve (OR 2,01; IC95% 1,04–3,88; p=0,037). La edad <=45 años mostró una asociación limítrofe (OR 1,68; IC95% 1,00–2,81; p=0,050). El índice compuesto fue clasificable en 366 participantes; el 64,5% presentó condiciones laborales ambulatorias desfavorables marcadas. Tener consultorio propio se asoció con menor probabilidad de este desenlace (OR 0,52; IC95% 0,32–0,84; p=0,008), al igual que no realizar prestaciones ambulatorias (OR 0,37; IC95% 0,18–0,76; p=0,007), mientras que la modalidad de obra social/prepaga o pago por paciente se asoció con mayor probabilidad (OR 1,83; IC95% 1,10–3,04; p=0,020).

Conclusión: El ejercicio ambulatorio de la cardiología en Argentina mostró una elevada frecuencia de condiciones laborales desfavorables y de pérdida económica percibida asociada a inasistencias. Estos resultados podrían sugerir algunos aspectos de vulnerabilidad organizativa y económica de la práctica ambulatoria e identificar dimensiones potencialmente modificables para mejorar su sostenibilidad.

0965 - PUNTAJE ANATÓMICO POR ECOTRANSESOFAGICO TRIDIMENSIONAL PARA ESTRATIFICAR LA COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA EN LA REPARACIÓN MITRAL DEGENERATIVA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS RESULTADOS QUIRÚRGICOS

Valvulopatías / Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Maria Marta ZANIER | Alejandro Tomas YOUNG | Fernando PICCININI | Juan Mariano VRANCIC | Daniel Oscar NAVIA | Pablo Fernando ELISSAMBURU | Martin VIVAS

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La predicción preoperatoria de la complejidad de la reparación valvular mitral continúa siendo un desafío. La ecocardiografía transesofágica tridimensional (ETE 3D) permite una caracterización anatómica detallada del aparato mitral y podría contribuir a la estratificación preoperatoria de la complejidad quirúrgica.

Objetivos: Evaluar la asociación entre un puntaje anatómico basado en ETE 3D y los resultados de la reparación valvular mitral en pacientes con insuficiencia mitral degenerativa considerados candidatos a reparación.

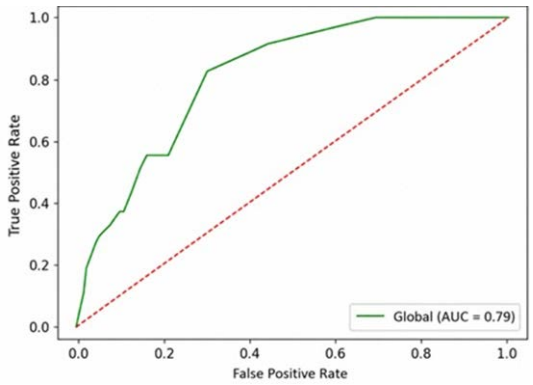
Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos sometidos a cirugía por insuficiencia mitral estructural aislada entre 2015 y 2025. Se incluyeron 195 pacientes con intención inicial de reparación y evaluación preoperatoria completa mediante ETE 3D. Se aplicó un puntaje anatómico de complejidad basado en la extensión y localización de las lesiones valvulares, clasificando los casos en anatomía simple, intermedia y compleja. El punto final primario fue reparación exitosa, definida como insuficiencia mitral residual menor o igual a leve sin necesidad de reemplazo valvular. La capacidad discriminativa del puntaje se evaluó mediante curvas ROC.

Cálculo del Puntaje de Complejidad (Modificado*)

Variable de complejidad	Peso
Prolapso del segmento – P1	1
Prolapso del segmento – P2	1
Prolapso del segmento – P3	1
Prolapso del segmento – A1	2
Prolapso del segmento – A2	2
Prolapso del segmento – A3	2
Prolapso de la comisura anterolateral	2
Prolapso de la comisura posteromedial	2
Restricción de cualquier valva	2
Músculo papilar o calcificación de la valva (sin compromiso anular)	2
Calcificación del anillo	3

Puntaje de complejidad = suma de los pesos. Estratos: Simple (1); Intermedio (2–4); Complejo (≥5).

*Anyanwu AC, Itagaki S, Chikwe J, El-Eshmawi A, Adams DH. Un sistema de puntuación de complejidad para la reparación de la válvula mitral degenerativa. J Thorac Cardiovasc Surg. 2016 Jun;151(6):1661-70. doi: 10.1016/j.jtcvs.2016.01.033. Epub 2016 Jan 22. PMID: 26936003.



Resultados: La edad media fue 65,6 ± 14,7 años y el 54,9% fueron hombres. La tasa global de reparación exitosa fue 90,8% (177/195). Se observó un gradiente progresivo de resultados según complejidad anatómica: 100% en anatomía simple (58/58), 92,0% en intermedia (81/88) y 77,6% en compleja (38/49) (p para tendencia <0,0001). La capacidad discriminativa global del puntaje para identificar reparación exitosa fue moderada, con un área bajo la curva ROC de 0,79 (IC95% 0,70–0,87). La mortalidad intrahospitalaria fue 0,5% (1/195).

Conclusión: En una cohorte seleccionada de pacientes con intención de reparación, un puntaje anatómico derivado de la ETE 3D mostró asociación con la complejidad valvular y con la probabilidad de reparación mitral exitosa. Estos hallazgos sugieren que la evaluación anatómica sistemática mediante ETE 3D podría contribuir a la estratificación preoperatoria y a la planificación quirúrgica.

0968 - LA TRÍADA CARDIOGERIÁTRICA EN EL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA: ¿UN CONSTRUCTO ÚNICO O TRES EJES INDEPENDIENTES DE VULNERABILIDAD?

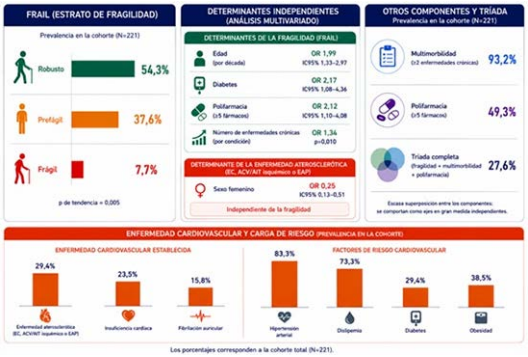
Cardio Geriatría / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

María Soledad PALACIO | Guillermo SUAREZ | Maria Sol DONATO | Analía ROBILOTTE | Lilian Alicia HAMITY | Antonio DE LUCA | Florencia SOBRINO | Patricia BLANCO

Consejos: Cardiogeriatría

Introducción: La coexistencia de fragilidad, multimorbilidad y polifarmacia, conceptualizada recientemente como una «tríada» geriátrica, se ha propuesto como un eje unificado de vulnerabilidad. Su comportamiento en la población cardiológica, sin embargo, permanece poco explorado, pese a que estos pacientes se hallan sistemáticamente subrepresentados en los ensayos cardiovasculares

Objetivos: Caracterizar la prevalencia y la interrelación de los tres componentes e identificar, mediante análisis multivariado, los determinantes independientes de la fragilidad y de la enfermedad aterosclerótica.



Materiales y Métodos: Registro transversal de pacientes mayores o iguales a 60 años que concurren al consultorio de cardiología (N=221; edad mediana 74 años [RIC 68–79]; 62,9% mujeres). La fragilidad se evaluó con la escala FRAIL; la multimorbilidad: como la presencia de más y igual de 2 enfermedades crónicas, cardíacas y no cardíacas; y la polifarmacia: como el uso de ≥5 fármacos. Se ajustaron modelos de regresión logística para la fragilidad y para la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (enfermedad coronaria, ACV/AIT isquémico o enfermedad arterial periférica).

Resultados: La cohorte presentó una elevada carga de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial en el 83,3%, dislipemia en el 73,3%, diabetes en el 29,4% y obesidad en el 38,5%; asimismo, el 29,4% tenía enfermedad aterosclerótica establecida, el 23,5% insuficiencia cardíaca y el 15,8% fibrilación auricular. La multimorbilidad resultó prácticamente universal (93,2%), con polifarmacia en el 49,3% y pre fragilidad o fragilidad en el 45,3%; la tríada completa se observó en el 27,6%. No obstante, los tres componentes mostraron escasa superposición entre sí, comportándose como ejes en gran medida independientes. En el análisis multivariado, la fragilidad se asoció de manera independiente con la edad (OR 1,99 por década; IC95% 1,33–2,97), la diabetes (OR 2,17; IC95% 1,08–4,36) y la polifarmacia (OR 2,12; IC95% 1,10–4,08), pero no con la enfermedad aterosclerótica ni con la insuficiencia cardíaca; la multimorbilidad, por su carácter casi universal, no aportó capacidad discriminativa, si bien el número de enfermedades sí se asoció con la fragilidad (OR 1,34 por condición; p=0,010). La enfermedad aterosclerótica, por su parte, se asoció inversamente con el sexo femenino (OR 0,25; IC95% 0,13–0,51) y resultó independiente de la fragilidad.

Conclusión: En esta población la fragilidad, la multimorbilidad y la polifarmacia coexisten con frecuencia, pero se comportan como ejes independientes, más que como una tríada homogénea. La fragilidad estuvo determinada por la edad, la diabetes y la polifarmacia (en concordancia con la evidencia internacional sobre la relación bidireccional entre diabetes y fragilidad) y resultó independiente de los diagnósticos macrovasculares. Asimismo, la ausencia de asociación independiente entre fragilidad y enfermedad cardiovascular aterosclerótica en esta población, sugiere que ambas, reflejan dimensiones diferentes de riesgo y vulnerabilidad. Estos hallazgos indican que la valoración de la fragilidad aporta información clínica adicional que no puede inferirse únicamente a partir de la carga de enfermedad cardiovascular, y respaldan su incorporación sistemática en la evaluación cardiológica

0969 - FACTIBILIDAD Y SEGURIDAD TEMPRANA DE LOS ENDOANCLAJES EN ANEURISMAS DE AORTA ABDOMINAL INFRARRENAL CON CUELLO HOSTIL

Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Wilson Johnny CHOQUE QUINO | Juan Manuel PÉREZ ASOREY

CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES

Introducción: El sellado proximal constituye un determinante fundamental de la durabilidad de la reparación endovascular del aneurisma de aorta abdominal infrarrenal. En presencia de cuello hostil definido por longitud reducida, angulación severa, trombo mural, calcificación significativa o morfología cónica, la aposición y estabilidad de la endoprótesis pueden verse comprometidas, aumentando el riesgo de pérdida del sellado proximal y endofuga tipo Ia. En este contexto, los endoanclajes representan una estrategia de fijación mecánica activa destinada a reforzar el sellado proximal y ampliar la factibilidad del tratamiento endovascular en anatomías complejas.

Objetivos: Evaluar la factibilidad técnica, la seguridad temprana y el desempeño del refuerzo proximal mediante endoanclajes como estrategia de fijación activa en pacientes con aneurisma de aorta abdominal infrarrenal y anatomía de cuello hostil.

FIGURA 1. CRITERIOS DE CUELLO HOSTIL

Criterio	%	Representación visual
Morfología cónica	70	70%
Longitud <15 mm	50	50%
Angulación >60 grados	50	50%
Calcificación severa	30	30%
Trombo significativo	10	10%

FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DEL SCORE ANATÓMICO

Categoría	%	Representación visual
Complejidad baja	40	40%
Complejidad intermedia	20	20%
Alta complejidad	40	40%

FIGURA 3. RESULTADOS TEMPRANOS

Desenlace	%	Representación visual
Factibilidad técnica	100	100%
Éxito técnico	100	100%
Endofuga tipo Ia	0	0%
Reintervención temprana	0	0%
Mortalidad intrahospitalaria	0	0%

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de una serie consecutiva de 10 pacientes con aneurisma de aorta abdominal infrarrenal tratados mediante reparación endovascular con endoprótesis bifurcada Endurant II y refuerzo proximal profiláctico con endoanclajes entre mayo de 2025 y enero de 2026. La edad media fue de 73,3 años, con predominio masculino y elevada carga de factores de riesgo cardiovascular. Los endoanclajes fueron utilizados como estrategia de fijación activa y refuerzo primario del sellado proximal en pacientes con cuello hostil. Se analizaron características clínicas, anatómicas y procedimentales, junto con la evolución clínica temprana. El cuello hostil se definió por longitud <15 mm, angulación >60°, trombo significativo, calcificación severa o morfología cónica. El seguimiento incluyó evaluación clínica y angiotomografía computada a los 30 días y, cuando estuvo disponible, a los 6 meses. El análisis estadístico fue descriptivo

Resultados: Todos los pacientes presentaron al menos un criterio anatómico de cuello hostil y 6 presentaron dos o más criterios de complejidad. Se observó longitud <15 mm en 5 pacientes, angulación >60° en 5, trombo significativo en 1, calcificación severa en 3 y morfología cónica en 7. El diámetro medio del cuello proximal fue de 25,6 mm (22–31,5 mm), la longitud media de 15,5 mm (4–40 mm) y el diámetro aneurismático máximo de 58,6 mm (43–69 mm). Se utilizaron endoprótesis bifurcadas Endurant II con diámetro proximal medio de 28,9 mm (23–36 mm) y una media de 6 endoanclajes por paciente (4–8). La factibilidad técnica fue del 100%, sin evidencia de endofuga tipo Ia en la angiografía final. No se registraron endofugas tipo Ia o III, conversión quirúrgica, trombosis protésica, complicaciones vasculares mayores, reintervención temprana ni mortalidad intrahospitalaria. Durante el seguimiento clínico y tomográfico a 30 días en todos los pacientes y a 6 meses en 6 casos, no se evidenciaron endofugas tipo Ia, migración protésica ni falla del sellado proximal. Se registró un óbito a los 3 meses por shock séptico secundario a neumonía, no relacionado con el procedimiento.

Conclusión: En esta serie inicial de pacientes con aneurisma de aorta abdominal infrarrenal y anatomía compleja del cuello proximal, el refuerzo profiláctico del sellado proximal mediante endoanclajes fue técnicamente factible y se asoció con una evolución clínica y tomográfica favorable. La ausencia de endofuga tipo Ia, migración protésica y reintervención durante el seguimiento disponible sugiere que la fijación activa mediante endoanclajes puede constituir una estrategia eficaz para optimizar el sellado y la estabilidad proximal en anatomías hostiles seleccionadas

0970 - IMPACTO DEL COMPROMISO HEMODINÁMICO Y LA MORTALIDAD DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR DEL GRUPO 3

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

José Manuel FIGUEROA[1] | Pablo Alcantara COSTAS MARTIGNAGO[2] | Julieta SORICETTI[1] | Martin FERNÁNDEZ[3] | Fabián CARO[3] | Juan ENGHELMAYER[3] | Laura ALBERTI[3] | Adrián José LESCANO[1]

CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES[1]; TRINIDAD QUILMES[2]; HOSPITAL M. FERRER[3]

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) del grupo 3 representa un escenario clínico complejo, en el que la enfermedad pulmonar de base se asocia con distintos grados de compromiso vascular pulmonar. En este contexto, reconocer variables que permitan identificar a los pacientes con peor pronóstico puede contribuir a una estratificación más precisa del riesgo.

Objetivos: Evaluar la asociación entre variables hemodinámicas, clínicas, paraclínicas y mortalidad en pacientes con HP del grupo 3.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico de una cohorte de pacientes con HP del grupo 3. Se analizaron variables clínicas, de analítica sanguínea y hemodinámicas obtenidas por cateterismo cardíaco derecho (CCD). La mortalidad fue evaluada mediante análisis univariado y regresión logística multivariada. Las variables categóricas se compararon mediante prueba de chi-cuadrado y las variables continuas mediante prueba t de Student o prueba no paramétrica, según correspondiera. Se consideró significativo un valor de p <0,05.

Variable hemodinámica	No fallecidos	Fallecidos	p
PAD, mmHg	7,79 ± 4,09	8,91 ± 4,51	0,2417
PPM, mmHg	32,70 ± 9,47	42,75 ± 13,21	<0,001
RVP, UW	4,66 ± 2,77	8,00 ± 5,39	<0,001
GTP, mmHg	22,53 ± 9,83	30,98 ± 11,84	0,0004
Volumen minuto, L/min	5,31 ± 1,38	4,52 ± 1,27	0,0288
Índice cardíaco, L/min/m²	2,92 ± 0,79	2,44 ± 0,52	0,0094
Frecuencia cardíaca, lpm	80,93 ± 14,26	86,86 ± 10,97	0,0685
Índice de volumen sistólico, ml/lat/m²	36,66 ± 11,47	31,13 ± 12,05	0,0485
Saturación arteria pulmonar, %	71,96 ± 6,68	69,90 ± 7,77	0,2153

PAD: presión aurícula derecha; PPM: presión pulmonar media; GTP: gradiente transpulmonar; RVP: resistencia vascular pulmonar; UW: unidades Wood.

Resultados: Se incluyeron 149 pacientes. La edad media fue de 71,28 ± 8,16 años y el 51,68% fueron hombres. Las etiologías predominantes fueron enfermedad pulmonar intersticial difusa y EPOC, presentes en el 61,64% y 18,49%, respectivamente. La mortalidad global fue del 19,9%. En el análisis univariado, los pacientes fallecidos presentaron un perfil hemodinámico de mayor severidad, caracterizado por mayor presión pulmonar media (42,75 ± 13,21 vs. 32,70 ± 9,47 mmHg; p <0,001), mayor resistencia vascular pulmonar (8,00 ± 5,39 vs. 4,66 ± 2,77 UW; p <0,001) y mayor gradiente transpulmonar (30,98 ± 11,84 vs. 22,53 ± 9,83 mmHg; p = 0,0004). Asimismo, presentaron menor volumen minuto (4,52 ± 1,27 vs. 5,31 ± 1,38 L/min; p = 0,0288), menor índice cardíaco (2,44 ± 0,52 vs. 2,92 ± 0,79 L/min/m²; p = 0,0094) y menor índice de volumen sistólico (31,13 ± 12,05 vs. 36,66 ± 11,47 ml/lat/m²; p = 0,0485). En el modelo de regresión logística multivariado, se mantuvieron como predictores independientes de mortalidad: el sexo masculino (OR 6,69; IC 95% 1,79-25,00; p=0,005), la edad mayor de 70 años (OR 9,42; IC 95% 2,03-43,71; p=0,004), y la elevación de la presión pulmonar media (OR 1,06; IC 95% 1,00-1,13; p=0,040).

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con HP del grupo 3, la mortalidad se relacionó con un fenotipo caracterizado por mayor carga vascular pulmonar, menor rendimiento cardíaco. Estos resultados sugieren que la evaluación de las diferentes variables del CCD y de los parámetros clínicos y paraclínicos permiten identificar un subgrupo de pacientes con peor pronóstico.

0973 - INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA A LA VARIABILIDAD DINÁMICA DEL INTERVALO QT Y ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL COMO BIOMARCADOR PRECOZ DE RIESGO ARRÍTMICO POR ESTRÉS CRÓNICO EN ADULTOS JÓVENES.

Arritmias y Electrofisiología

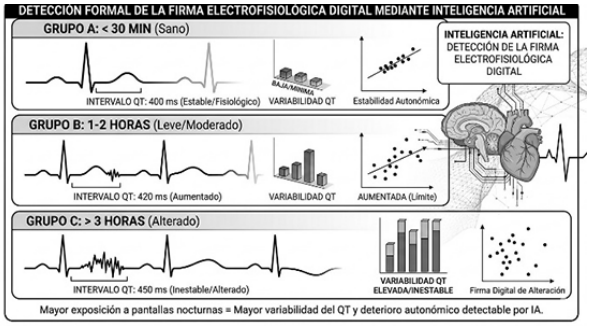
Eliana FERRARESE

-

Introducción: El estrés psicosocial crónico y los hábitos de vida disruptivos en la población joven inducen una hiperactivación sutil del sistema nervioso simpático. Esta alteración autonómica suele pasar desapercibida en el electrocardiograma (ECG) convencional en reposo. Sin embargo, la IA permite explorar la micro-arquitectura de la repolarización ventricular

a través del análisis de la variabilidad del intervalo QT (VQT), un marcador emergente de inestabilidad electrofisiológica subclínica que antecede al daño estructural.

Objetivos: Evaluar la capacidad de modelos de aprendizaje automático para identificar patrones de riesgo arrítmico latente mediante el análisis computacional de la VQT en registros ambulatorios de adultos jóvenes, y correlacionar dichos hallazgos con el acoplamiento ventrículo-arterial (AVA) y determinantes de estrés.



Materiales y Métodos: El software médico tradicional mide el QT de forma estática. Este proyecto utiliza una RNC para el análisis dinámico latente. 1. Segmentación: El algoritmo recibe las 24hs de ECG continuo (a 500Hz) y detecta automáticamente cada complejo QRS y onda T. 2. Filtrado inteligente: La IA descarta de forma automática los latidos ectópicos (ESV o EV) para que no alteren la medición del intervalo QT fisiológico. 3. Cálculo del índice de variabilidad (QTVI): El algoritmo aplica una fórmula matemática que compara la variabilidad de la duración del intervalo QT con la variabilidad del intervalo R-R (Frecuencia cardiaca). Si el intervalo QT varía mucho de un latido a otro, aunque la frecuencia cardiaca se mantenga estable, el software detecta una "inestabilidad de la repolarización", que es el marcador de estrés miocárdico. 3- El cruce de datos (AVA) Lo que hace que el trabajo es totalmente único, es que estos datos eléctricos se cruzan con datos mecánicos mediante un software estadístico: Se toman las mediciones ecocardiográficas del paciente (volumen de fin de sístole y eyección) y se calcula la rigidez arterial La IA analiza mediante un modelo de regresión lineal si los pacientes que mostraron mayor inestabilidad eléctrica en el holter durante los picos de estrés digital o psicosocial son los mismos que presentan un desacoplamiento entre la fuerza del ventrículo y la resistencia de las arterias. Se reclutaron 60 personas sanas (18-30 años) sin cardiopatías conocidas. Se adquirieron los registros de Holter continuos (tasa de muestreo de 500 Hz) para garantizar la delimitación matemática precisa del final de la onda T. Las señales RAW fueron procesadas mediante una RNC para el filtrado automático de artefactos y la extracción del índice de variabilidad del QT. En paralelo, se estimó el AVA de forma no invasiva mediante ecocardiografía, y se cuantificó el nivel de estrés autopercibido mediante escalas.

Resultados: El algoritmo de IA identificó una firma electrofisiológica específica en el 34% de la muestra, caracterizada por un incremento significativo del QTVI durante los periodos de vigilia y estrés agudo. Esta alteración en la repolarización ventricular mostró una correlación lineal positiva directa con el aumento del AVA, evidenciando un desacoplamiento funcional temprano por rigidez arterial incipiente. El modelo predictivo basado en RNC logró clasificar de forma óptima a las personas con disautonomía inducida por estrés.

Conclusión: La aplicación de IA sobre variables electrocardiográficas dinámicas avanzadas, como la QT, demostró ser un método de screening único, altamente sensible y reproducible para detectar vulnerabilidad miocárdica funcional en etapas pre sintomáticas, Este enfoque disruptivo redefine las competencias técnicas diagnósticas y abre una ventana de intervención preventiva inédita en la cardiología moderna.

0974 - MORTALIDAD Y HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PORTADORES DE MARCAPASOS PERMANENTE: ANÁLISIS EN UNA COHORTE INSTITUCIONAL CON AJUSTE MULTIVARIABLE

Arritmias y Electrofisiología

Ezequiel MINISINI | Juan Pablo MESA BELLUCCI | Nicolás María NIEVES PIAZZA | Mauro PEREIRA | Juan Manuel SILVA VILLALBA | Francisco TOSCANO | Pedro DIAZ UBERTI | Juan Pablo GUZMÁN

Hospital Churruca - Visca

Introducción: Los portadores de marcapasos permanente presentan alta prevalencia de comorbilidades que condicionan su pronóstico. El impacto diferencial de la indicación de implante y de la función sistólica ventricular sobre los eventos clínicos a largo plazo en cohortes con ajuste exhaustivo por comorbilidades no está bien definido.

Objetivos: Analizar la mortalidad total y la hospitalización por insuficiencia cardíaca (HIC) según indicación de marcapasos en una cohorte institucional, con ajuste multivariable por comorbilidades, medicación y función sistólica.

Materiales y Métodos: Cohorte observacional retrospectiva (1996–2025) de pacientes portadores de marcapasos permanente con seguimiento en un centro de alta complejidad. Se registraron mortalidad por cualquier causa, HIC durante el seguimiento, comorbilidades basales (hipertensión arterial, diabetes, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca previa, fibrilación auricular), función renal (tasa de filtrado glomerular), medicación activa (inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona, betabloqueantes, inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2) y ecocardiogramas post-implante. Se utilizaron modelos de Cox con variables tiempo-dependientes para la fracción de eyección y se calcularon hazard ratios (HR) con IC del 95%.

Resultados: Se incluyeron 487 pacientes (seguimiento mediano 8,1 años). La mortalidad global fue del 35% (n=171) y la HIC del 28% (n=138). Los pacientes con ENS presentaron mayor mortalidad (37%) que los de BAVC (34%) y BAV 2° (24%; p=0,041). En el modelo de Cox ajustado, la FEVI <50% (HR 2,1; IC95%: 1,5–3,0; p<0,001), la tasa de filtrado glomerular <45 ml/min (HR 1,8; IC95%: 1,2–2,7; p=0,003), la insuficiencia cardíaca previa (HR 1,6; IC95%: 1,1–2,3; p=0,012) y la edad (HR 1,04/año; IC95%: 1,02–1,06; p<0,001) fueron predictores independientes de mortalidad. El uso de inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 se asoció con menor riesgo de HIC (HR 0,52; IC95%: 0,29–0,93; p=0,028).

Conclusión: En esta cohorte de larga evolución, la FEVI reducida, la disfunción renal y la IC previa fueron los principales determinantes pronósticos independientes de mortalidad. El beneficio de los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 sobre la HIC en portadores de marcapasos merece confirmación prospectiva.

0976 - ACUERDOS Y CONTROVERSIAS EN EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DEL PACIENTE OCTOGENARIO Y/O FRÁGIL: RESULTADOS DE ROUNDTABLE DE EXPERTOS.

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Cardio Geriatría

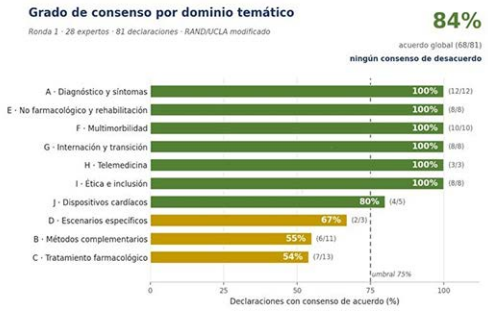
Guillermo SUAREZ | María Soledad PALACIO | Pablo SCHYGIEL | **Laura FLOR** | Patricia BLANCO | Mayra VILLALBA NUÑEZ

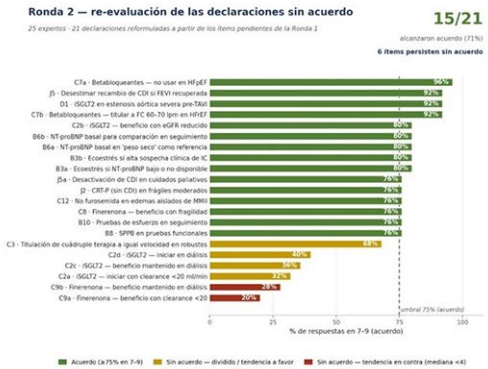
Consejos: Cardiogeriatría

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) en mayores de 80 años se caracteriza por presentación atípica, alta carga de fragilidad y polifarmacia, y escasa representación en los ensayos clínicos.

Objetivos: Nuestro objetivo fue construir, mediante un consenso formal, recomendaciones prácticas y factibles, adaptadas al contexto argentino y estratificadas por grado de fragilidad.

Materiales y Métodos: Consenso tipo RAND/UCLA modificado en tres rondas. Un panel multidisciplinario de cardiólogos con experiencia en IC y cardiogeriatría puntuó declaraciones agrupadas en 10 dominios (escala 1–9). Se definió consenso de acuerdo como mediana >=7 con >= 75% de respuestas en 7–9. La primera votación fue virtual, en una segunda ronda presencial se discutieron los ítems sin consenso o ambiguos y se reformularon para una segunda votación virtual.





Resultados: En la primera votación (28 expertos) se evaluaron 81 declaraciones: 68 (84%) alcanzaron consenso de acuerdo y ninguna alcanzó consenso de desacuerdo. El acuerdo fue del 100% en diagnóstico, rehabilitación, multimorbilidad, internación, telemedicina y ética, y menor en métodos complementarios (55%) y tratamiento farmacológico (54%). En la segunda ronda (24 expertos) se resolvieron 15 de 21 declaraciones reformuladas. La incertidumbre persistente se concentró en escenarios sin evidencia firme: uso de inhibidores de SGLT2 y de finerenona con clearance <20 ml/min o en diálisis, y titulación de la cuádruple terapia a igual velocidad que en jóvenes en octogenarios robustos.

Conclusión: El primer Round Argentino sobre IC en el octogenario y/o frágil logró un elevado grado de acuerdo, sin desacuerdos, y se integró en un algoritmo estratificado por fragilidad. Su valor distintivo es delimitar con transparencia las brechas de evidencia que deben priorizarse en la investigación futura.

0977 - IDENTIFICACIÓN DE FENOTIPOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA OBESIDAD MEDIANTE TÉCNICAS DE MACHINE LEARNING: ENFOQUE EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FUNCIÓN PRESERVADA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Corazón y Mujer

Lourdes Del Valle BAILON SEGURA | Federico GONZALEZ | Juan Pablo GUZMÁN | Juan Pablo MESA BELLUCCI | Ezequiel MINISINI | Oriana Lia QUIROGA ANGULO | Lucrecia SECCO | Juan Manuel SILVA VILLALBA

Hospital Churruca - Visca

Introducción: La respuesta adaptativa del miocardio ante la obesidad presenta una elevada heterogeneidad clínica y estructural. Las clasificaciones convencionales en ecocardiografía, basadas habitualmente en el análisis de variables aisladas o promedios poblacionales, podrían resultar insuficientes para capturar la complejidad de las interacciones entre el remodelado y la función ventricular. El objetivo del presente estudio fue explorar, mediante algoritmos de Machine Learning, la existencia de fenotipos biológicos diferenciados en una población con obesidad. Se buscó determinar si la integración automatizada de múltiples parámetros ecocardiográficos permite identificar grupos con distintos niveles de compromiso hemodinámico y perfiles de riesgo específicos para el desarrollo de insuficiencia cardíaca con función preservada (ICFEp).

Objetivos: Se realizó un estudio observacional y retrospectivo abarcando el periodo comprendido entre enero de 2015 y octubre de 2025. Se seleccionó una cohorte de 10.638 pacientes únicos adultos con diagnóstico de obesidad (IMC mayor o igual a 30 kg/m2). Para el análisis de datos, se implementó un modelo de aprendizaje no supervisado utilizando el algoritmo de K-Means Clustering. Este modelo integró de forma simultánea cinco dimensiones cuantitativas fundamentales: edad, índice de masa ventricular izquierda (IMVI), espesor parietal relativo (EPR), fracción de eyección (FEY) y relación E/A. Tras la identificación de los clústeres o fenotipos, se analizó de forma independiente su asociación con la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) y la distribución por género. El procesamiento estadístico se enfocó en la caracterización de estos grupos y su relevancia clínica. Resultados: El algoritmo de Machine Learning identificó tres perfiles de asociación fenotípica claramente diferenciados. El primer grupo, denominado Fenotipo Adaptado (n igual a 2.815), se compuso de pacientes más jóvenes con parámetros de geometría y función dentro de límites normales. El segundo grupo, Fenotipo Hipertrófico-Masculino (n igual a 3.055), presentó un predominio de hombres (59 por ciento) y se caracterizó por el mayor grado de hipertrofia ventricular y los niveles más elevados de presión pulmonar (PSAP de 32.6 mmHg). Finalmente, se identificó un tercer grupo denominado Fenotipo de Rigidez-Femenino (n igual a 4.768), siendo el más prevalente y con predominio de mujeres (52 por ciento). Este último perfil se caracterizó por una fracción de eyección preservada (71 por ciento) y una masa ventricular moderada, pero asociado al menor valor de relación E/A (0.81) de toda la cohorte. A pesar de presentar un remodelado estructural menos marcado que el grupo masculino, este fenotipo mostró niveles de PSAP de 27.8 mmHg, sugiriendo un impacto funcional significativo mediado por la rigidez diastólica.

Materiales y Métodos: En esta población retrospectiva, el uso de Machine Learning permitió identificar un fenotipo específico, predominantemente femenino, caracterizado por una disociación entre el grado de hipertrofia y la severidad de la rigidez diastólica. Estos hallazgos sugieren que, en la mujer obesa, la disfunción diastólica representa un componente central del compromiso miocárdico, incluso ante cambios estructurales que podrían considerarse moderados bajo criterios estándar. La integración de datos mediante fenomapeo permite superar las limitaciones de la evaluación variable por variable, optimizando la identificación de sujetos con el sustrato fisiopatológico de la ICFEp. Se requieren estudios prospectivos adicionales para validar la utilidad de estos clústeres en la predicción de eventos clínicos y en la personalización de las estrategias terapéuticas en el paciente obeso.

0978 - PREDICTORES DE RECURRENCIA TRAS ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA Y NO PAROXÍSTICA EN UNA COHORTE ARGENTINA CON SEGUIMIENTO MAYOR A 12 MESES

Arritmias y Electrofisiología

Maximiliano Pablo MASSA | Lucas PIEDRAFITA VICO | Leandro Luis POZZER | Luis Ignacio MONDRAGÓN | Nicolás Mario MARTINENGHI | Marcelo Sergio TRIVI | Gastón ALBINA | Fernando Adrián SCAZZUSO

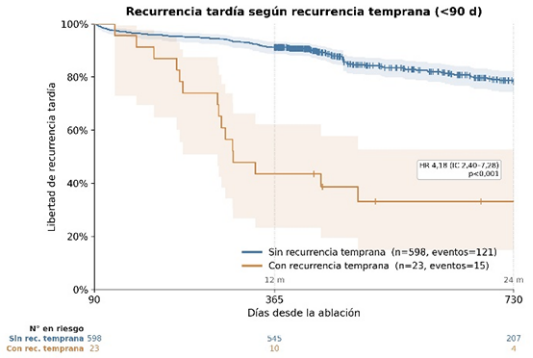
ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: La ablación por catéter, particularmente el aislamiento de las venas pulmonares, se ha consolidado como una estrategia terapéutica fundamental para el control del ritmo en pacientes con fibrilación auricular (FA)

sintomática, tanto paroxística como no paroxística, especialmente en aquellos refractarios al tratamiento antiarrítmico. Sin embargo, la recurrencia luego del procedimiento continúa siendo un desafío clínico relevante, con una incidencia que puede acumularse a lo largo del seguimiento. Diversos estudios han identificado predictores asociados a recurrencia post-ablación, aunque algunos factores pronósticos solo emergen con períodos de observación prolongados. En este contexto, los datos contemporáneos provenientes de cohortes argentinas con seguimiento extendido que incluyan tanto FA paroxística como no paroxística continúan siendo limitados.

Objetivos: Identificar los predictores independientes de recurrencia tardía de FA en una cohorte argentina contemporánea con seguimiento >=12 meses, y evaluar la eficacia y seguridad del procedimiento.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva unicéntrica. Se incluyeron 621 pacientes con ablación índice de FA (96% por radiofrecuencia) realizada entre marzo de 2022 y mayo de 2025, con seguimiento clínico mínimo de 12 meses. El desenlace primario fue la recurrencia tardía (FA, aleteo o taquicardia auricular sostenida >=30s documentada por ECG o Holter, motivados por síntomas o controles programados, >90 días post-ablación) durante todo el seguimiento disponible. Se utilizó el volumen auricular izquierdo indexado (LAVi) >=42 mL/m² como punto de corte de dilatación moderada-severa (clasificación ASE/EACVI). La incidencia acumulada se estimó por Kaplan-Meier. Se ajustaron modelos de Cox uni y multivariado bajo diseño landmark con inicio del seguimiento al día 90, evaluando variables clínicas, ecocardiográficas y procedimentales. Los desenlaces peri-procedimentales se reportan sobre la cohorte índice completa (n=863, seguimiento mínimo 30 días).



Resultados: La edad media fue 63,7 ± 11,4 años; el 75% eran hombres; la FA fue paroxística en el 63,6%; LAVi mediana 35 mL/m² y fracción de eyección ventricular izquierda mediana 60%. La mediana de seguimiento fue de 670 días (423–945; máximo 1450). Se documentaron 136 recurrencias tardías, con el 58% ocurriendo más allá del primer año post-ablación; la incidencia acumulada de Kaplan-Meier fue del 10,6% a los 12 meses y del 23,5% a los 24 meses. En el modelo multivariado emergieron tres predictores independientes, presentados como hazard ratio (HR) ajustado con su intervalo de confianza (IC) al 95%: la recurrencia temprana <90 días (HR 4,18; IC 2,40–7,28; p<0,001), LAVi >=42 mL/m² (HR 1,68; IC 1,17–2,42; p=0,005) y el antecedente de accidente cerebrovascular isquémico (ACVi) (HR 2,22; IC 1,08–4,54; p=0,030). El análisis estratificado por tipo de FA mostró predictores consistentes. Los eventos en pacientes con ACVi previo se concentraron en el período tardío (tiempo mínimo a recurrencia: 181 días). La mortalidad a 30 días fue 0% y las complicaciones mayores peri-procedimentales del 1,4%.

Conclusión: En esta cohorte argentina, la recurrencia temprana y el LAVi en rango moderado-severo se identificaron como predictores independientes de recurrencia tardía, consistentes entre subtipos de FA. El patrón temporal de los eventos respalda la utilidad del seguimiento prolongado y de la estratificación ecocardiográfica auricular pre-procedural. La eficacia y seguridad del procedimiento resultaron concordantes con los estándares contemporáneos.

0979 - INFARTO CON SUPRADESNIVEL DEL ST EN ARGENTINA. REPORTE ANUAL DEL REGISTRO ARGEN IAM-ST

Cardiopatía Isquémica

Heraldo D' IMPERIO | Adrián CHARASK | Juan GAGLIARDI | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA | Stella Maris MACIN | Gerardo ZAPATA | Mauro Andrés QUIROGA | Flavio Andrés DELFINO

Áreas SAC: Área de Investigación

Introducción: El infarto de miocardio (IAM) es la principal causa de muerte prevenible en Argentina. La consulta por parte del paciente y la rápida atención administración de los recursos son cruciales en su atención para lograr un impacto a corto, mediano y largo plazo en términos de morbimortalidad. El registro ARGEN-IAM es un reporte nacional que recaba información para conocer la realidad del IAM. Se presenta un reporte anual del estado del IAM en Argentina

Objetivos: Evaluar los principales indicadores de atención en el IAM como reperfusión, tiempos de atención y complicaciones intrahospitalarias en el registro ARGEN IAM-ST

Materiales y Métodos: Se realiza un análisis del registro ARGEN IAM-ST desde el año 2015 hasta 2025. El estudio fue presentado previamente, y se trata de un relevamiento de casos de IAM a nivel nacional de participación voluntaria. Se presentan resultados de características de la población, tiempos de atención, reperfusión y causas de demoras.

Resultados: Se incluyeron 8077 casos, la media de edad fue de 61 años (+/- 12), 79% de sexo masculino, hipertensión arterial 54%, diabetes 27%, dislipemia 38%, enfermedad coronaria previa 13, antecedente de insuficiencia cardiaca 1,9%, ACV, 1,6%, enfermedad vascular periférica 1,3%, EPOC 3,1%. El 93% fue reperfundido, el 10% fue tratado con fibrinolíticos. En cuanto a los tiempos, el tiempo a la consulta fue de 120 minutos de mediana (58-244), la puerta aguja 56 minutos (30-120), el tiempo ventana para fibrinolíticos 180 minutos (105-300), puerta balón 77 minutos (44-135), el tiempo de ventana para ATC 317 minutos (190-610). El 37% presentó una fracción de eyección del ventrículo izquierdo normal y el 12% fue severa. 13% evolución con IC en la internación y 9,4% tuvo shock cardiogénico y la mortalidad intrahospitalaria fue de 8,5%. (ver tabla 1) Cuando se analizan las demoras reportadas y se cruzan con los tiempos se observa que cuando se reporta demora en la consulta, el tiempo de consulta tuvo una mediana 40 minutos (120-480), el doble que la mediana de tiempo general. Si se reporta demora institucional, el retraso en puerta aguja tiene una mediana de 66 minutos (35-125). Ver tabla 2

	n = 8077	IC 95%
PCR prehospitalario, %	0,9	0,7-1,1
PCR intrahospitalario, %	4,7	4,2-5,2
PCR durante la internación, %	7,4	6,8-8
FSVI en la internación		
FSVI normal, %	37	36-38
FSVI leve, %	29	28-30
FSVI moderada, %	22	21-23
FSVI severa, %	12	11-13
Killip y Kimball > 1,%	23	21-24
IC en la evolución, %	13	12-14
APIAM, %	2,1	1,8-2,1
RE-IAM, %	1,7	1,5-2,1
ACV, %	0,9	0,7-1,1
FA, %	4,4	4-4,9
ARM, %	8,3	7,8-9
Sangrado, %	4	3-5
Muerte, %	8,5	7,9-9,1

Tiempos en las demoras	Demora en la consulta	Demora Ambulancia	Demora Institución	p
Tiempo-consulta, mediana (RIC)	240 (120-480)	60 (30-120)	60 (30-120)	<0.001
Puerta-aguja, mediana (RIC)	81 (40-172)	55 (28-120)	66 (35-125)	0.012
Ventana-fibrinolíticos, mediana (RIC)	300 (208-420)	150 (100-236)	160 (105-275)	0.012
Puerta-balón, mediana (RIC)	90 (50-159)	70 (40-128)	120 (62-211)	<0.001
Ventana-ATC, mediana (RIC)	490 (290-853)	370 (246-615)	336 (210-610)	<0.001

Conclusión: En este reporte anual del registro ARGEN IAM-ST vemos tiempos prolongados de consulta del paciente y de atención. Se observa un elevado porcentaje de reperfusión, así como elevada mortalidad intrahospitalaria. Cuando se reportan demoras los tiempos se elevan de forma considerable, lo que nos marca los segmentos del proceso de atención a mejorar. El reporte anual de ARGEN IAM-ST no muestra mejoras en cuanto a tiempos de atención con la consecuente elevada mortalidad a pesar de la elevada tasa de reperfusión.

0981 - UTILIDAD DEL ESTUDIO DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA GATED-SPECT Y SU ASOCIACIÓN CON LOS ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS SEGÚN LAS CLASIFICACIONES SAC, SBC Y AHA

Enfermedad de Chagas / Multimagen

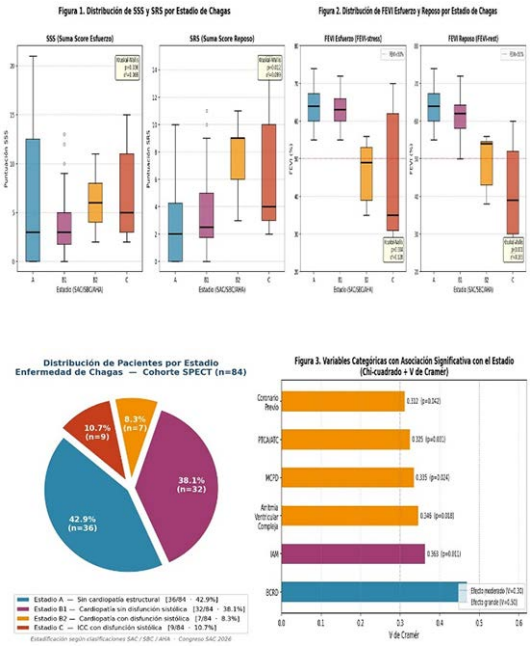
Roberto Nicolás AGUERO | Miguel Ángel GUZZO | Luis Federico MATORRA | Aley PALAU SAN PEDRO | Martin BURGOS | Gerardo Luis VAZQUEZ | Rosa RODRIGUEZ | Ricardo José GERONAZZO

FUNDACION CENTRO DIAGNOSTICO NUCLEAR

Introducción: La cardiomiopatía chagásica (CCh) constituye una de las principales causas de insuficiencia cardíaca y muerte súbita en América Latina. Su estadificación mediante las clasificaciones de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), la Sociedad Brasileña de Cardiología (SBC) y la American Heart Association (AHA 2018) orienta el pronóstico y la estrategia terapéutica. Desde el punto de vista fisiopatológico, la CCh se caracteriza por daño miocárdico progresivo asociado a microangiopatía, inflamación y fibrosis difusa, con predominio de alteraciones estructurales sobre la isquemia reversible. En este contexto, los parámetros derivados del estudio de perfusión miocárdica Gated-SPECT (EPM) que cuantifican la carga de hipoperfusión podrían reflejar la progresión del daño miocárdico y, potencialmente, diferenciar entre estadios clínicos

Objetivos: Evaluar la asociación entre los parámetros cuantitativos del estudio de perfusión miocárdica Gated-SPECT y los estadios de la enfermedad de Chagas según las clasificaciones SAC, SBC y AHA.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente 84 pacientes con historia de serología positiva para Chagas y estadio asignado: A=36, B1=32, B2=7, C=9. Se cuantificaron SSS, SRS, SDS, FEVI en esfuerzo y reposo, y TID. Las asociaciones se evaluaron con Kruskal-Wallis, Mann-Whitney con corrección de Bonferroni, correlación de Spearman y Chi-cuadrada con V de Cramér.



Resultados: El score SSS mostró una tendencia ascendente de sus medianas con el estadio (A: 0; B1: 2; B2: 6; C: 3) y asociación significativa (H=8,54; p=0,036; ε^2=0,069). SRS exhibió un patrón similar (medianas: 0, 2, 9 y 3, respectivamente; H=10,90; p=0,012; ε^2=0,099), confirmando la preponderancia del defecto fijo. FEVI-esfuerzo (H=13,24; p=0,004; ε^2=0,128) y FEVI-reposo (H=16,20; p=0,001; ε^2=0,165) mostraron descenso progresivo e inverso con la severidad clínica, con diferencias post hoc significativas entre estadios tempranos (A, B1) y avanzados (B2, C). En contraste, SDS (H=0,81; p=0,848) y TID (H=3,32; p=0,345) no evidenciaron asociación significativa. SSS se correlacionó inversamente con FEVI-esfuerzo (ρ=−0,596; p<0,001) y directamente con SRS (ρ=0,914; p<0,001), reflejando el predominio del componente fijo en la carga total de hipoperfusión. Entre las variables categóricas, BCRD (V=0,469; p<0,001), IAM (V=0,363; p=0,011), arritmia ventricular compleja (V=0,346; p=0,018) y antecedente coronario (V=0,312; p=0,042) se asociaron significativamente con el estadio, con tamaños de efecto moderados.

Conclusión: Los parámetros del Gated-SPECT vinculados al daño estructural fijo (SSS y SRS) y a la disfunción ventricular (FEVI-esfuerzo y FEVI-reposo) se vinculan significativamente entre distintos estadios de la enfermedad de Chagas según las clasificaciones SAC, SBC y AHA, con tamaños de efecto de pequeños a moderados. Los EPM demuestran así capacidad para detectar diferencias clínicamente relevantes a lo largo de la progresión de la cardiomiopatía chagásica. En contraste, el componente reversible de perfusión (SDS) y la TID no mostraron asociación significativa, lo que respalda el predominio del daño miocárdico estructural progresivo como eje fisiopatológico central de esta enfermedad. Estos hallazgos apoyan la utilidad del Gated-SPECT como herramienta complementaria para la estratificación de pacientes en estadios avanzados.

0983 - ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN Y SU IMPACTO CLÍNICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Florencia Danila DIAZ | Sabrina SCIOLINI | Guillermina SORASIO | Karem PARDO SOTO | Jano Matías LEGAZ | María Belén CANTARINI ECHEZARRETA | Mario Daniel FITZ MAURICE

Hospital Rivadavia

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es una de las principales causas de morbimortalidad cardiovascular. Los pacientes con IC presentan mayor riesgo de infecciones respiratorias graves, incluyendo influenza y enfermedad neumocócica, cuyas complicaciones pueden desencadenar descompensaciones agudas, reinternaciones y muerte. Las guías internacionales actuales recomiendan la vacunación antigripal anual y la vacunación antineumocócica en todo paciente con IC, como estrategia de prevención secundaria. Sin embargo, la tasa de adherencia a estas recomendaciones en la práctica clínica, particularmente en centros públicos de Argentina, permanece insuficientemente documentada.

Tabla 1. Características basales y comparación según vacunación.

Variable	Total (n=70)	Vacc. antigripal (n=41)	No vacc. antigripal (n=26)	p
Edad (años), media ± DE	65.5 ± 12.2	66.8 ± 12.2	62.7 ± 12.3	0.414
Sexo masculino, n (%)	47/70 (67.1%)	26/41 (63.4%)	18/26 (69.2%)	0.822
HTA, n (%)	66/70 (94.3%)	38/41 (92.7%)	25/26 (96.2%)	1.000
Diabetes mellitus, n (%)	20/70 (28.6%)	12/41 (29.3%)	6/26 (23.1%)	0.784
Dislipemia, n (%)	40/70 (57.1%)	25/41 (61.0%)	13/26 (50.0%)	0.528
Tabaquismo, n (%)	10/70 (14.3%)	6/41 (14.6%)	4/26 (15.4%)	1.000
IAM previo, n (%)	31/70 (44.3%)	20/41 (48.8%)	10/26 (38.5%)	0.565
FA/AA, n (%)	18/70 (25.7%)	11/41 (26.8%)	5/26 (19.2%)	0.677
IC previa, n (%)	39/70 (55.7%)	24/41 (58.5%)	14/26 (53.8%)	0.901
IRC, n (%)	14/69 (20.3%)	7/40 (17.5%)	7/26 (26.9%)	0.544
EPOC, n (%)	10/70 (14.3%)	7/41 (17.1%)	3/26 (11.5%)	0.729
Obesidad, n (%)	13/69 (18.8%)	10/40 (25.0%)	3/26 (11.5%)	0.219
Depresión, n (%)	20/70 (28.6%)	13/41 (31.7%)	7/26 (26.9%)	0.886
FEVI (%), media ± DE (n=69)	40.2 ± 12.8	42.6 ± 12.5	36.4 ± 12.4	0.088
Etiología isquémica, n (%)	29/70 (41.4%)	19/41 (46.3%)	9/26 (34.6%)	0.488

Objetivos: Evaluar la estrategia de vacunación antigripal y antineumocócica en una cohorte de pacientes con IC crónica de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires e identificar su asociación con variables clínicas, terapéuticas y de seguimiento.

Tabla 2. Eventos clínicos según estado vacunal (n = 70).

Outcome	Total (n=70)	Vacc. antigripal (n=41)	No vacc. antigripal (n=26)	Vacc. neumococo (n=46)	p*
Muerte, n (%)	1/70 (1.4%)	0/41 (0.0%)	1/26 (3.8%)	1/46 (2.2%)	0.388
Reinternación por IC a 12 meses, n (%)	9/70 (12.9%)	4/41 (9.8%)	5/26 (19.2%)	6/46 (13.0%)	0.294
Lista de trasplante cardíaco, n (%)	6/70 (8.6%)	5/41 (12.2%)	1/26 (3.8%)	5/46 (10.9%)	0.392

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, de cohorte única que incluyo 70 pacientes con diagnóstico establecido de IC crónica en seguimiento ambulatorio durante el período de mayo de 2025 a mayo de 2026. Se registraron datos de vacunación antigripal y antineumocócica consignados en la historia clínica, junto con variables demográficas, ecocardiográficas, bioquímicas, tratamiento. Las variables cualitativas se expresan en porcentaje y las cuantitativas en media o mediana con desvío estándar (DE) o rango intercuartilo según distribución. Se utilizó el programa SPSS 27 para el análisis estadístico. Se definió significancia estadística con una $p < 0.05$

Resultados: Se analizaron 70 pacientes con edad media fue 65.5 ± 12.2 años (mediana 66, rango 32-91), con predominio de sexo masculino (67.1%). La etiología isquémica fue la más frecuente (41.4%), seguida de valvular (12.9%), hipertensiva (8.6%) e idiopática (7.1%). La FEVI media fue 40.2 ± 12.8%: 54.28% presentaron FEVI reducida, 20% ligeramente reducida y 24% preservada. El 94.3% presentó hipertensión arterial, 55.7% IC previa y 57.1 dislipemia. De los 70 pacientes, 3 (4.3%) no contaban con registro de vacunación en la historia clínica. Entre los 67, la cobertura de vacuna antigripal fue del 61.2% y la antineumocócica del 68.7%. El 55.2% había recibido ambas vacunas, mientras que el 25.4% no recibió ninguna. 4 pacientes recibieron únicamente vacuna antigripal y 9 únicamente antineumocócica. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes vacunados y no vacunados con vacuna antigripal en ninguna de las variables demográficas ni comorbilidades analizadas. La FEVI mostró una tendencia no significativa a ser mayor en el grupo vacunado (42.6 ± 12.5% vs. 36.4 ± 12.4%, p = 0.088). La reinternación por IC a 12 meses ocurrió en 12.9%: 9.8% en vacunados vs. 19.2% en no vacunados con antigripal (p = 0.294); y 13.0% en vacunados vs. 14.3% en no vacunados con neumococo (p = 1.000).

Conclusión: En esta cohorte con insuficiencia cardíaca crónica atendidos en un Hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, la estrategia de vacunación fue del 61.2% para influenza y del 68.7% para neumococo, cifras que resultan subóptimas respecto al objetivo recomendado por las guías internacionales en esta población de alto riesgo. La tasa de reinternación por IC a 12 meses fue numéricamente menor en pacientes vacunados con antigripal (9.8% vs. 19.2%), aunque sin significación estadística (p = 0.294). Estos resultados subrayan la necesidad de incorporar la vacunación como indicador de calidad asistencial en la consulta cardiológica e implementar estrategias activas de vacunación.

0987 - PERFIL HEMODINÁMICO EN HIPERTENSIÓN PULMONAR: COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES DE BAJO RIESGO Y NO-BAJO RIESGO BASAL

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

José Manuel FIGUEROA[1] | Julieta SORICETTI[1] | Adrián José LESCANO[1] | Pablo Alcantara COSTAS MARTIGNAGO[2] | Nicolás SILVA CROOME[1] | Ianina Alejandra FERNÁNDEZ[1] | Mariela Mayra MERCADO ORELLANA[1] | Ilan Ezequiel BACHER[3]

CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES[1]; TRINIDAD QUILMES[2]; FUNDACIÓN FAVALORO[3]

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es una entidad heterogénea y progresiva, en la que la evolución clínica está determinada por la interacción entre el remodelado vascular pulmonar, el incremento de la carga impuesta al ventrículo derecho (VD) y la capacidad de este para preservar el flujo anterógrado. Alcanzar un perfil de bajo riesgo constituye un objetivo terapéutico central, dado que se asocia con menor morbimortalidad en comparación con aquellos pacientes en no-bajo riesgo. Sin embargo, aunque en las guías de práctica clínica (GPC) incorporan variables hemodinámicas invasivas en la estratificación pronóstica, otros parámetros derivados del cateterismo cardíaco derecho, como la resistencia vascular pulmonar, la compliance arterial pulmonar y el índice de volumen sistólico, podrían aportar información adicional para caracterizar el perfil hemodinámico asociado a cada categoría de riesgo.

Objetivos: Comparar el perfil hemodinámico invasivo de pacientes con HP clasificados como bajo riesgo frente a no-bajo riesgo

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y comparativo de 526 pacientes con HP confirmada mediante CCD. Se analizaron variables demográficas, clínicas y hemodinámicas basales. Los pacientes con estratificación basal disponible fueron agrupados en bajo riesgo y no-bajo riesgo. Las variables continuas se expresaron como media ±

desviación estándar y las categóricas como frecuencias y porcentajes. La comparación entre grupos se realizó mediante prueba t de Student. Se consideró significativo un valor de p <0,05

Variable	No bajo riesgo	Bajo riesgo	p
PAD, mmHg	10,1 ± 5,1	7,5 ± 3,8	<0,001
PPM, mmHg	43,1 ± 14,6	31,9 ± 9,3	<0,001
PCP, mmHg	12,3 ± 4,7	10,9 ± 4,0	0,005
GTP, mmHg	30,8 ± 15,3	20,9 ± 10,4	<0,001
RVP, UW	7,7 ± 5,2	4,0 ± 2,5	<0,001
Compliance	2,1 ± 1,4	3,6 ± 1,9	<0,001
Índice cardíaco, L/min/m²	2,6 ± 0,7	3,4 ± 0,8	<0,001
Volumen minuto, L/min	4,64 ± 1,38	5,94 ± 1,56	<0,001
IVS	32,0 ± 10,5	44,7 ± 11,5	<0,001
Saturación AP, %	71,2 ± 7,7	77,2 ± 6,1	<0,001
FC, lpm	83,7 ± 12,6	78,2 ± 12,9	<0,001

PAD: presión aurícula derecha; PPM: presión pulmonar media; PCP: presion oclusión arteria pulmonar; GTP: gradiente transpulmonar; RVP: resistencia vascular pulmonar; UW: unidades Wood; IVS: índice de volumen sistólico; FC: frecuencia cardiaca.

Resultados: Se incluyeron 526 pacientes con HP. La edad media fue 63,3 ± 17,2 años y el 65,8% fueron mujeres. Las etiologías más frecuentes fueron HP idiopática (26,2%), fibrosis pulmonar (23,1%) y enfermedad del tejido conectivo (15,4%). De los 457 pacientes en los que se evaluó la estratificación de riesgo basal, 129 (28,2%) fueron clasificados como bajo riesgo y 328 (71,8%) como no-bajo riesgo: 246 de riesgo intermedio (53,8%) y 82 de alto riesgo (17,9%) El grupo no-bajo riesgo presentó un perfil hemodinámico significativamente más desfavorable, evidenciándose mayor presión media de arteria pulmonar (43,1 ± 14,6 vs. 31,9 ± 9,3 mmHg; p<0,001), mayor gradiente transpulmonar (30,8 ± 15,3 vs. 20,9 ± 10,4 mmHg; p<0,001), mayor resistencia vascular pulmonar (7,7 ± 5,2 vs. 4,0 ± 2,5 UW; p<0,001) y menor compliance arterial pulmonar (2,1 ± 1,4 vs. 3,6 ± 1,9 mL/mmHg; p<0,001). En paralelo, los parámetros que reflejan la función anterógrada del VD resultaron inferiores, con mayor presión auricular derecha (10,1 ± 5,1 vs. 7,5 ± 3,8 mmHg; p<0,001), menor índice cardíaco (2,6 ± 0,7 vs. 3,4 ± 0,8 L/min/m²; p<0,001), menor índice de volumen sistólico (32,0 ± 10,5 vs. 44,7 ± 11,5 mL/m²; p<0,001) y menor saturación de oxígeno en arteria pulmonar (71,2 ± 7,7 vs. 77,2 ± 6,1%; p<0,001). Además, este grupo presentó mayor frecuencia cardíaca (83,7 ± 12,6 vs. 78,2 ± 12,9 lpm; p<0,001), compatible con una respuesta compensatoria frente a la reducción del volumen sistólico

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes con HP, las variables hemodinámicas de circulación pulmonar (PPM, RVP, Compliance) y de función del VD (PAD, IC, IVS) se asociaron con el perfil de riesgo basal. Estos hallazgos refuerzan la importancia de integrar la evaluación hemodinámica invasiva en la estratificación pronóstica y en la toma de decisiones terapéuticas individualizadas

0989 - REEMPLAZO VALVULAR MITRAL TRANSCATÉTER CON PRÓTESIS BALÓN EXPANDIBLE NO DEDICADA EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN PROTÉSICA

Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Renzo VALENTI | Pablo Manuel LAMELAS | Carlos FAVA | Gustavo LEV | Juan Manuel PEREZ ASOREY | Gastón HEREDIA SERENO | Oscar Alfredo MENDIZ

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: El implante transcatéter mitral valve-in-valve (ViV) se ha consolidado como una alternativa terapéutica válida en pacientes con disfunción protésica mitral y alto riesgo quirúrgico. El MITRAL Trial demostró la factibilidad y seguridad de esta estrategia en escenarios seleccionados.

Objetivos: Describir las características clínicas, ecocardiográficas y procedimentales, y los resultados tempranos de una cohorte consecutiva de pacientes sometidos a implante mitral ViV.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó pacientes consecutivos entre 2018 y 2026. Se analizaron variables demográficas, clase funcional y parámetros ecocardiográficos pre y postprocedimiento. El éxito técnico y las complicaciones periprocedimiento se definieron según los criterios del Valve Academic Research Consortium-3 (VARC-3). El riesgo quirúrgico se estratificó mediante el score STS (mortalidad y morbimortalidad).

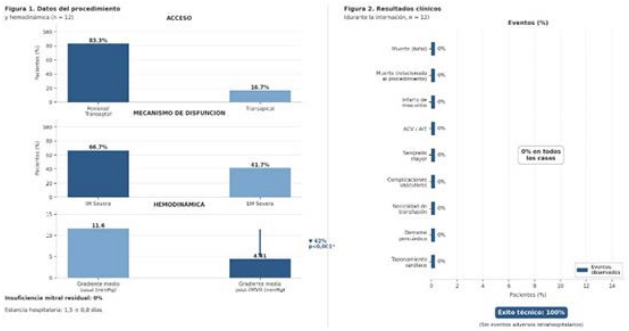
Tabla 1. Características basales de la población (n = 12)

Variable	Resultado
Edad (años)	73,1 ± 8,5
Sexo femenino	9 (75%)
Hipertensión arterial	11 (64,7%)
Diabetes mellitus	1 (5,9%)
Tabaquismo (antecedente)	2 (11,8%)
Fibrilación auricular	9 (75%)
STS Mortalidad (%)	7,45%
STS Morbimortalidad (%)	21,99%
Clase Funcional (NYHA III)	12 (100%)
FEVI promedio (%)	54%

Los datos se expresan como media ± DE o n(%).

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes con una edad promedio de 73,1 años, predominio de sexo femenino (76,5%), hipertensión arterial en el 64,7%, diabetes mellitus en el 5,9% y

tabaquismo en el 11,8%. La fibrilación auricular (FA) fue el ritmo basal más frecuente (76,5%). El score STS de mortalidad promedio fue del 7,45% y de morbimortalidad del 21,99%. El síntoma predominante fue disnea en clase funcional NYHA III. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) promedio fue del 54%. En cuanto al mecanismo de falla, 8 pacientes (66,7%) presentaron insuficiencia mitral (IM) severa y 5 (41,7%) estenosis mitral severa. El gradiente medio basal fue de 11,6 mmHg. El procedimiento se realizó por vía femoral/transeptal en 10 casos y transapical en 2. Se utilizaron válvulas balón expandibles: Edwards Sapien XT/3 (n=10) y Myval (n=2). Tras el implante, el gradiente medio descendió a 4,41 mmHg y no se reportó IM residual en ningún caso. No se registró ningún evento adverso durante la internación (muerte, infarto, ACV/AIT, sangrado, complicaciones vasculares, derrame pericárdico ni taponamiento), con éxito técnico del 100% y estancia hospitalaria promedio de 1,5 ± 0,8 días.



Conclusión: En esta serie, el ViV demostró ser un procedimiento seguro con una tasa de éxito técnico óptima. La marcada reducción del gradiente medio y la ausencia de IM residual, junto con la corta estancia hospitalaria, confirman la eficacia de esta terapia en pacientes con disfunción protésica compleja y alto riesgo quirúrgico.

0991 - EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN CIRUGÍA DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 10 AÑOS

Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas Del Adulto / Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Giselle Romina VERA LÓPEZ | Federico Ignacio ZEPPA | Ignacio BERRA | María Eugenia DELLE DONNE | Roberto Rene FAVALORO | Héctor Alfredo RAFFAELLI | José Alberto ABUD | Diego ANTONI

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La proporción de pacientes que nacen con cardiopatías congénitas y llegan a la adultez se encuentra en constante crecimiento debido a los avances en el diagnóstico precoz, los métodos por imágenes, la cirugía cardiovascular y los cuidados intensivos que llevan a un incremento en la expectativa de vida. Estos pacientes adultos frecuentemente requieren procedimientos quirúrgicos complejos, muchas veces en el contexto de reoperaciones. La experiencia de centros especializados resulta fundamental para optimizar los resultados clínicos.

Objetivos: Describir las características demográficas, tipo de procedimientos realizados y sus resultados hospitalarios en pacientes adultos sometidos a cirugía por cardiopatías congénitas en el Hospital Universitario Fundación Favaloro entre los años 2015 y 2025.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron consecutivamente todos los pacientes adultos intervenidos quirúrgicamente por cardiopatías congénitas entre enero de 2015 y diciembre de 2025. Se analizaron variables demográficas, tipo de procedimiento, reoperaciones y mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 141 pacientes adultos sometidos a cirugía por cardiopatía congénita entre enero de 2015 y diciembre de 2025. La edad al momento de la intervención fue de 41,0 ± 15,9 años (mediana 37,6 años, RIC 26,3–52,8) y el 51,1% (72/141) correspondió al sexo femenino. Respecto al estado funcional preoperatorio, 98 pacientes (69,5%) se encontraban sintomáticos (NYHA I–IV), mientras que 42 (29,8%) eran asintomáticos (NYHA 0). El 54,6% (77/141) presentaba antecedente de cirugía cardíaca previa y el 53,9% (76/141) había sido sometido al menos a una esternotomía previa. Los procedimientos realizados incluyeron reemplazo valvular pulmonar asociado o no a cirugía tricuspídea (48; 34,0%), cierre de CIA (25; 17,7%), corrección de anomalía del retorno venoso pulmonar asociado o no a CIA (25; 17,7%), cirugía subaórtica aislada (13; 9,2%), cierre de CIV asociado o no a resección de doble cámara del ventrículo derecho (12; 8,5%), cirugía tricuspídea aislada (7; 5,0%), otras combinadas (7; 5,0%) y otros procedimientos (4; 2,8%). Se requirió soporte circulatorio mecánico mediante ECMO en 2 pacientes (1,4%) y la mortalidad intrahospitalaria fue del 6,4% (9/141).

Conclusión: La cirugía de cardiopatías congénitas del adulto en un centro de referencia mostró una baja mortalidad intrahospitalaria pese a una elevada proporción de reoperaciones y procedimientos complejos. Estos resultados respaldan la necesidad de centralizar la atención de esta población en centros de alta complejidad cardiovascular que cuenten con equipos multidisciplinarios.

0992 - DEL CONSENSO A LA PRÁCTICA: FACTIBILIDAD DE LAS RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES OCTOGENARIOS Y/O FRÁGILES

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Cardio Geriatría

María Soledad PALACIO | Patricia BLANCO | Guillermo SUAREZ | Pablo SCHYGIEL | Laura FLOR | Mayra VILLALBA NUÑEZ

Consejos: Cardiogeriatría

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) en pacientes octogenarios y/o frágiles plantea desafíos clínicos que exceden la evidencia disponible en guías y ensayos clínicos. En este contexto, una recomendación puede ser considerada apropiada por expertos, pero no necesariamente factible de implementar en la práctica cotidiana

Objetivos: Evaluar la relación entre el grado de acuerdo clínico y la factibilidad percibida de las recomendaciones surgidas de un roundtable sobre IC en pacientes octogenarios y/o frágiles.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de un consenso tipo RAND/UCLA modificado en tres etapas. En una primera ronda virtual, un panel multidisciplinario de expertos puntuó declaraciones agrupadas en 10 dominios temáticos, mediante una escala de 1 a 9, según grado de acuerdo y, cuando correspondía, factibilidad de implementación. Posteriormente, en una reunión presencial, se discutieron los ítems sin consenso, con resultados ambiguos o con comentarios que sugerían necesidad de reformulación. A partir de esa discusión se elaboró una segunda ronda virtual, dirigida a reevaluar las declaraciones reformuladas. Se definió consenso como mediana >=7 y >=75% de respuestas en el rango 7–9. Se consideró brecha de factibilidad cuando una declaración alcanzaba consenso de acuerdo, pero no alcanzaba consenso de factibilidad.





Resultados: n la primera ronda (28 expertos), se evaluaron 81 declaraciones. De ellas, 68/81 alcanzaron consenso de acuerdo, sin consenso de desacuerdo. La factibilidad fue evaluada en 54 declaraciones: 24/54 alcanzaron consenso de factibilidad. Al cruzar acuerdo y factibilidad, 23/54 declaraciones tuvieron acuerdo y factibilidad simultáneamente, por lo que fueron consideradas recomendaciones con mayor aplicabilidad; 25/54 presentaron acuerdo clínico, pero sin consenso de factibilidad, y 6/54 no alcanzaron acuerdo suficiente. Las recomendaciones con mayor acuerdo y factibilidad se concentraron en la evaluación clínica inicial, el uso de laboratorio básico y ecocardiograma, la revisión de polifarmacia, la rehabilitación adaptada, la educación al paciente y cuidador, la planificación del alta y el control precoz post internación. En cambio, las mayores brechas de implementación se observaron en el uso sistemático de biomarcadores, pruebas funcionales, evaluación multidimensional, telemedicina, atención domiciliaria, equipos interdisciplinarios, inclusión de pacientes frágiles en ensayos clínicos y algunas decisiones sobre dispositivos cardíacos. Luego de la discusión presencial, 21 declaraciones fueron reformuladas y reevaluadas en una segunda ronda virtual (24 expertos), con una tasa de retención del 85,7%, que permitió resolver 15/21 declaraciones previamente ambiguas o sin consenso suficiente. Sin embargo, persistieron brechas de factibilidad en áreas vinculadas al acceso a recursos diagnósticos, seguimiento especializado, evaluación integral y decisiones sobre dispositivos en pacientes frágiles. Las controversias no resueltas se concentraron principalmente en escenarios con evidencia limitada, como el uso de inhibidores de SGLT2 o finerenona con clearance <20 ml/min o en diálisis.

Conclusión: Si bien el acuerdo clínico fue elevado, la factibilidad percibida fue menor. Menos de la mitad de las declaraciones con evaluación de factibilidad alcanzaron acuerdo y factibilidad simultáneamente. Estos hallazgos muestran que no todas las recomendaciones aceptadas por expertos tienen la misma posibilidad de implementación en la práctica real. Incorporar la factibilidad al análisis permite diferenciar recomendaciones centrales, recomendaciones deseables según disponibilidad y áreas donde persisten brechas asistenciales o de evidencia

0993 - USO DE TREPROSTINIL PARENTERAL EN LA CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES MÁS ALLÁ DE LA EVALUACIÓN DE RIESGO EN ARGENTINA Y COLOMBIA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Pablo Alcantara COSTAS MARTIGNAGO[1] | Adrián José LESCANO[2] | Rafael CONDE[3] | Luis LEMA[3] | Jorge CANEVA[2] | Nicolás D´AMELIO[1] | Paula KAPLAN[3] | José Manuel FIGUEROA[2]

TREPAR-HP[1]; CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES[2]; TREPAR-HP[3]

Introducción: La prostaciclina parenteral se recomienda para pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) con alto riesgo de mortalidad. Sin embargo, en la práctica clínica, las decisiones de tratamiento a menudo están influenciadas por la gravedad hemodinámica y la disfunción del ventrículo derecho (VD) más allá de la estratificación de riesgo convencional

Objetivos: Caracterizar el fenotipo clínico, hemodinámico y ecocardiográfico del VD de pacientes que inician treprostinil subcutáneo en Latinoamérica y su relación con la estratificación de riesgo convencional

Materiales y Métodos: TREPAR-HP es un estudio prospectivo, multicéntrico y observacional en Argentina y Colombia que incluye pacientes con HAP o hipertensión pulmonar tromboembólica crónica tratados con treprostinil subcutáneo. Se analizaron datos clínicos, hemodinámicos, ecocardiográficos y de estratificación de riesgo (ESC/ERS y REVEAL 2.0)

Resultados: Se incluyeron noventa y cuatro pacientes (86% mujeres, edad media 46,7±18,9 años). La mayoría tenía HAP grupo 1 (93,5%), predominantemente idiopática. La clase funcional III-IV estaba presente en el 70%. La hemodinámica indicó enfermedad grave: presión arterial pulmonar media de 58 mmHg, resistencia vascular pulmonar de 15,5 UW y un índice cardíaco de 2,2 L/min/m². La Ecocardiografía mostró una alta prevalencia de remodelado adverso del ventrículo derecho (VD), incluyendo dilatación del VD (79,9%), cambio de área fraccional reducido (<35% en el 89%), relación TAPSE/PASP anormal (92%) y deformación longitudinal de la pared libre del VD reducida (<20% en el 93%). A pesar de esto, el 38% fueron clasificados como de bajo riesgo por REVEAL 2.0 y solo el 22% como de alto riesgo por los criterios ESC/ERS

Conclusión: Los pacientes que iniciaron treprostinil subcutáneo en esta cohorte latinoamericana exhibieron un deterioro hemodinámico marcado y remodelado avanzado del VD, incluso cuando no fueron clasificados como de alto riesgo por las puntuaciones convencionales. Estos hallazgos sugieren que la intensificación del tratamiento puede estar impulsada por la gravedad de la enfermedad que no se captura completamente con las herramientas de estratificación de riesgo convencionales

Variable	Total n=94	Argentina n = 57	Colombia n = 37	p
Edad (años)	46.7 (18.9)	50 (20)	41 (13)	0.01
Sexo Femenino (%)	81 (86)	47 (82)	34 (91)	0.19
HP idiopatica (%)	53 (56.38)	64.9	43.2	0.038
HP CC (%)	16 (17.02)	10.5	27	0.038
HP ETC (%)	15 (15.96)	17.5	13.5	0.58
HVI (%)	3 (3.19)	1.7	5.4	0.7
Hereditaria	1 (1.06)	1.7	-	
HP Grupo IV (%)	6 (6.4)	3.5	10.8	0.15
Clase Funcional, n (%)				
I	1 (1.0)	0	2.7	0.009
II	27 (28.7)	38	13.5	
III	59 (62.7)	50.8	81	
IV	7 (7.45)	10.5	2.7	
Hemodinamia				
PAD	10.2 (5)	10.5 (0.8)	9.7 (0.6)	0.4
PPM (mm Hg)	58 (16)	55.9 (17)	62.5 (14)	0.06
Indice cardiaco	2.2 (0.9)	2.3 (0.7)	2.2 (1)	0.7
RVP (UW)	15.5 (12-20)	16 (7.6)	19 (8.7)	0.02
IVS (ml/min/mt2)	26 (13, RI 21-32)	27 (13)	26 (14)	0.62
Sat O2 AP (%)	67 (10)			
Ecocardiograma				
AD area (cm2)		26.2 (6)	27.5 (8.1)	0.56
VD Basal Diametro (mm)		50.3 (7)	53.1 (7.1)	0.4
Area VD (cm2)		33 (0.98)	34 (1.4)	0.37
CAF (%)		24.4 (9.3)	20.7 (5.8)	0.25
Area AD (cm2)		27 (0.9)	26.3 (1)	0.63
Strain Rate VD (%)		12.4 (3.7)	12.1 (3)	0.78
Strain Rate VD < 20 % (%)		44 (95.6)	33 (91.6)	0.45
SRPL VD		16% (1.1)	14.5 (1)	0.18
TAPSE		16.6 (0.49)	16.2 (0.75)	0.66
TAPSE/PSAP		20 (1.1)	17 (1)	0.04
Riesgo REVEAL .20				0.4
Bajo	36 (38)	23 (40)	10 (27)	
Intermedio	28 (29.7)	22 (38)	17 (45)	
Alto	30 (31)	12 (21)	10 (27)	
Riesgo ESC/ERS				0.78
Bajo	2 (2.1)	1 (1.7)	1 (2.7)	
Intermedio	71 (75)	42 (73.7)	29 (78)	
Alto	21 (22.3)	14 (24)	7 (18.9)	

0994 - FENOMAPEO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: IDENTIFICACIÓN DE FENOTIPOS CON DIFERENTE PRONÓSTICO A LARGO PLAZO

Cardiopatía Isquémica

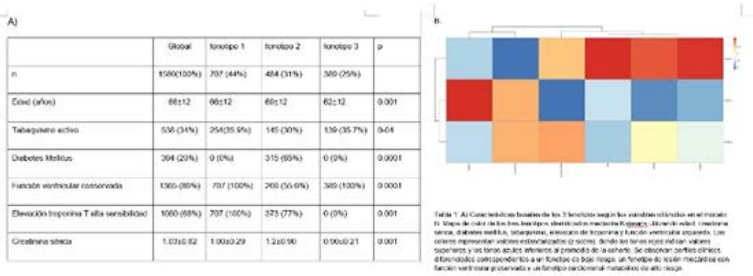
Marlon BRAUN DAHER | Cristofer MERIDA | Maria Laura ROCHA | Claudio César HIGA

Hospital Alemán

Introducción: Considerando la heterogeneidad del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, planteamos la hipótesis de que técnicas de fenomapeo podrían identificar fenotipos clínicos diferenciados asociados con distinta evolución alejada.

Objetivos: Identificar fenotipos dentro de una población aparentemente homogénea y evaluar su asociación con el pronóstico.

Materiales y Métodos: Se aplicó un análisis de conglomerados en dos etapas en una cohorte de pacientes con SCASEST ingresados en un hospital de comunidad entre 2008 y 2026. Se evaluaron variables demográficas, factores de riesgo coronario, tratamiento previo, antecedentes, tratamiento hospitalario y evolución alejada. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y las numéricas en media ± DS o medianas según distribución. La selección de variables fue iterativa y guiada por relevancia clínica, plausibilidad biológica, estabilidad del agrupamiento y completitud de datos evitando redundancia entre variables correlacionadas. Se seleccionó un modelo final compuesto por edad, creatinina sérica, diabetes, tabaquismo, troponina T y función ventricular. Para determinar la similitud entre conglomerados se utilizó una medida basada en log-verosimilitud y el criterio bayesiano de Schwarz (BIC). La calidad del agrupamiento fue evaluada mediante el índice silhouette. La estabilidad de los conglomerados fue explorada mediante K-means y clustering jerárquico. El desenlace primario fue mortalidad por todas las causas. Se construyeron curvas de Kaplan–Meier y se compararon mediante prueba de log-rank. Se consideró significativo a un valor de $p<0,05$.



	Global	fenotipo 1	fenotipo 2	fenotipo 3	p
n	1580(100%)	707 (44%)	484 (31%)	389 (25%)	
Edad (años)	66±12	66±12	69±12	62±12	0.001
Tabaquismo activo	538 (34%)	254(35.9%)	145 (30%)	139 (35.7%)	0.04
Diabetes Mellitus	394 (25%)	0 (0%)	315 (65%)	0 (0%)	0.0001
Función ventricular conservada	1365 (86%)	707 (100%)	269 (55.6%)	389 (100%)	0.0001
Elevación troponina T alta sensibilidad	1060 (68%)	707 (100%)	373 (77%)	0 (0%)	0.001
Creatinina sérica	1.03±0.62	1.00±0.29	1.2±0.90	0.90±0.21	0.001

Tabla 1. A) Características basales de los 3 fenotipos según las variables utilizadas en el modelo. B. Mapa de calor de los tres fenotipos identificados mediante K-means. Además edad, creatinina sérica, diabetes mellitus, tabaquismo, asociación de troponina y función ventricular izquierda. Los colores representan valores estandarizados (z-scores), donde los tonos rojos indican valores superiores y los tonos azules inferiores al promedio de la cohorte. Se observan perfiles clínicos diferenciados correspondientes a un fenotipo de bajo riesgo, un fenotipo de lesión miocárdica con función ventricular preservada y un fenotipo cardiorrenal-metabólico de alto riesgo.



Figura 1. Curvas de supervivencia de Kaplan-Meier según fenotipo clínico identificado mediante análisis de agrupamiento. Se observaron diferencias significativas en la supervivencia a largo plazo entre los tres fenotipos (log-rank p=0,011), con peor evolución en el fenotipo cardiorrenal-metabólico y mejor pronóstico en el fenotipo de bajo riesgo.

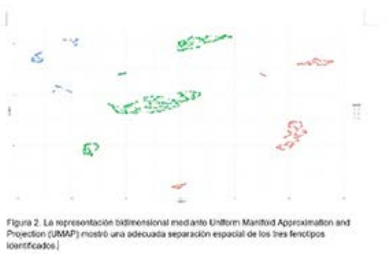


Figura 2. La representación bidimensional mediante Uniform Manifold Approximation and Projection (UMAP) mostró una adecuada separación espacial de los tres fenotipos identificados.

Resultados: Se analizaron las características de1580 pacientes con SCASEST (Tabla 1). Se identificaron tres fenotipos clínicos. El mapa de calor confirmó perfiles diferenciados caracterizados por un fenotipo de bajo riesgo, un fenotipo de lesión miocárdica con función ventricular preservada y un fenotipo cardiorrenal-metabólico de alto riesgo. La calidad del agrupamiento fue moderada y consistente entre algoritmos, el índice silhouette fue de 0,28 para K-means y de 0,31 para el clustering jerárquico. Los tres, mostraron perfiles similares mediante análisis de conglomerados en dos etapas, K-means y clustering jerárquico. La mediana de seguimiento fue de 12 años. El seguimiento completo se realizó en 600 pacientes. Se observaron diferencias significativas entre las curvas de Kaplan–Meier (Figura 1) (log-rank p=0,01). El fenotipo 2 presentó mayor edad, mayor prevalencia de diabetes, creatinina sérica más elevada y deterioro de la función ventricular, asociándose con la peor supervivencia. El fenotipo 1 se caracterizó por elevación de troponina con función ventricular conservada y presenta riesgo intermedio. El fenotipo 3 estuvo constituido por pacientes más jóvenes, con función ventricular preservada y sin elevación de troponina, asociándose con un mejor pronóstico. Los tres fenotipos identificados mediante análisis de conglomerados en dos etapas fueron reproducidos utilizando K-means y clustering jerárquico. El fenotipo 2 fue consistentemente identificado por los tres algoritmos, apoyando la estabilidad de las estructuras fenotípicas observadas. La representación bidimensional mediante UMAP demostró una adecuada separación espacial de los tres fenotipos, apoyando la consistencia de las estructuras fenotípicas observadas mediante diferentes algoritmos de agrupamiento (grafico 2). La asociación entre los fenotipos y mortalidad persistió luego del ajuste por el puntaje GRACE (p=0,016).

Conclusión: El análisis por fenomapeo permitió identificar fenotipos reproducibles en pacientes con SCASEST, mediante diferentes algoritmos de aprendizaje no supervisado y asociados con diferente pronóstico a largo plazo.

0995 - PREVALENCIA DE ATEROMATOSIS CAROTÍDEA EN PACIENTES CON DIABETES SEGÚN CATEGORÍA DE RIESGO CARDIOVASCULAR ESTIMADA POR SCORE PREVENT

Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

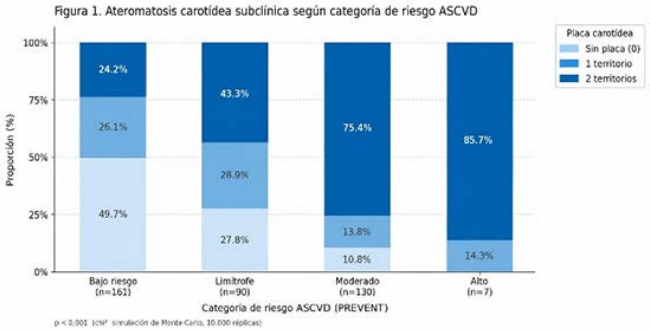
Juan Pablo YAPUR | Manuel Ignacio ZUBIMENDI | Jimena Rocío SALOMON | María Victoria FERRARA | María Del Rosario RODRÍGUEZ | Fiorella Sofia CHICOTE | Lucia SELVAGGIO | Hugo Daniel SANABRIA

ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Introducción: El score PREVENT permite estimar el riesgo de eventos aterotrombóticos a 10 años. Sin embargo, al igual que otros modelos de predicción, no incorpora la carga aterosclerótica subclínica como variable. En pacientes con diabetes mellitus (DM), la ateromatosis carotídea es frecuente y se asocia con mayor riesgo cardiovascular, por lo que su evaluación podría aportar información adicional a la estratificación clínica por scores.

Objetivos: Evaluar la relación entre la carga de ateromatosis carotídea con las categorías de riesgo cardiovascular (CV) asignada por score PREVENT en una población de pacientes con DM.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes con DM sin eventos CV previos que concurrieron a un control ambulatorio en un centro monovalente de Buenos Aires. Se recabaron datos de sobre factores de riesgo, datos de laboratorio y ecografía de vasos de cuello. La ateromatosis carotídea fue codificada como: 0 = sin placa, 1 = placa en un territorio, 2 = placa en dos territorios. A su vez, Los pacientes fueron clasificados según el score PREVENT en cuatro categorías de riesgo aterotrombótico: bajo (< 5%), limítrofe (5–7,5%), moderado (7,5–20%) y alto (> 20%). La asociación entre variables se analizó mediante chi² con simulación de Montecarlo (10.000 réplicas) y test exacto de Fisher.



Resultados: Se incluyeron 396 pacientes, de los cuales el 57,6% eran de sexo masculino, con una mediana de edad de 60 años. El 82,8% presentaron DM2 y 17,2% correspondían a DM1. La prevalencia de obesidad fue del 42,4%, de hipertensión del 58,1% y de dislipemia del 79,5%. El 75 % se encontraba bajo tratamiento con estatinas, y el LDL medio fue de 90,5 mg/dl. De toda la población el 69,3% presentaron alguna evidencia de ateromatosis subclínica carotidea. La distribución por categoría de riesgo PREVENT fue: bajo riesgo 40,9% (n=162), limítrofe 22,7% (n=90), moderado 34,6% (n=137) y alto 1,8% (n=7). La prevalencia y extensión de ateromatosis subclínica aumentaron progresivamente con la categoría de riesgo PREVENT. El grupo de bajo riesgo, el 50,3% presentaba placa en al menos un territorio (26,1% en uno y 24,2% en dos territorios) y en el grupo limítrofe fue del 72,2% (28,9% y 43,3% respectivamente). En los grupos de riesgo moderado y alto la prevalencia de placa en dos territorios fue de 75,4% y 85,7%, respectivamente. La asociación entre mayor categoría de riesgo PREVENT y mayor carga aterosclerótica fue estadísticamente significativa. Un hallazgo relevante es que aproximadamente la mitad de los pacientes considerados de bajo riesgo y casi tres cuartos de los limítrofes ya presentaban enfermedad aterosclerótica.

Conclusión: En pacientes con DM sin eventos cardiovasculares previos, la prevalencia de ateromatosis carotídea subclínica fue elevada, incluso en categorías de menor riesgo estimadas por PREVENT. La presencia de carga aterosclerótica significativa en un porcentaje relevante de estos pacientes sugiere que la combinación de scores clínicos e imágenes vasculares podría optimizar la estratificación del riesgo cardiovascular.

1001 - SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA LITOTRICIA INTRAVASCULAR EN LESIONES ILIOFEMORALES SEVERAMENTE CALCIFICADAS: EXPERIENCIA EN SUBGRUPOS DE ALTO RIESGO, DIABÉTICOS CON LESIONES TRÓFICAS Y TABAQUISTAS

Cardiopatía Intervencionista y Estructural

Wilson Johnny CHOQUE QUINO | Juan Manuel PÉREZ ASOREY

CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES

Introducción: La enfermedad arterial periférica severamente calcificada del eje iliofemoral representa un desafío para el tratamiento endovascular, debido a la menor compliance vascular, dificultad para la adecuada expansión de balones y stents, y mayor riesgo de disección, recoil y necesidad de bailout stent. La litotricia intravascular (IVL) permite modificar el calcio vascular mediante ondas de presión, facilitando la preparación de la lesión y optimizando el resultado angiográfico. La evidencia disponible en subgrupos de alto riesgo como tabaquistas y pacientes diabéticos con lesiones tróficas continúa siendo limitada.

Objetivos: Evaluar la seguridad y eficacia del tratamiento endovascular asistido por IVL en pacientes con enfermedad arterial periférica severamente calcificada del eje iliofemoral, con énfasis en pacientes tabaquistas con alta carga de calcio y diabéticos con lesiones ulcerosas infrapatelares

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluyó 18 pacientes tratados entre diciembre de 2024 y diciembre de 2025. La edad media fue 65±10 años; 60% eran hombres. Los factores de riesgo incluyeron tabaquismo 80%, diabetes 70%, hipertensión arterial 45% y dislipemia 40%. El 20% presentaba antecedente de enfermedad coronaria tratada con stent. En el subgrupo diabético (70%), el 60% presentó úlceras infrapatelares Wagner 1–2. Todos presentaban enfermedad severamente calcificada del eje iliofemoral. Se utilizó la clasificación de Rutherford para estratificación clínica, TASC II para caracterización anatómica y Wagner para clasificación de lesiones ulcerosas. El tratamiento incluyó IVL con balones de 5.0 mm en arteria femoral superficial y 6.0–7.0 mm en territorio ilíaco, seguida de angioplastia y eventual implante de stent según criterio del operador.

TABLA 1

Dimensión	Hallazgo principal	Interpretación clínica
Población	18 pacientes tratados con litotricia intravascular	Experiencia inicial en enfermedad arterial periférica compleja
Complejidad anatómica	Lesiones iliofemorales severamente calcificadas	Escenario anatómico desafiante para angioplastia convencional
Subgrupos de alto riesgo	Tabaquismo 80% y diabetes mellitus 70%	Población con elevada carga aterosclerótica y riesgo clínico
Lesiones tróficas	60% de los diabéticos presentó úlceras Wagner	Subgrupo relevante por amenaza tisular inicial
Éxito técnico	93%	Estenosis residual <30% sin complicaciones mayores
Necesidad de stent	Stent 80%; bailout stent 30%	Refleja enfermedad calcificada y anatomía compleja
Seguridad intrahospitalaria	Complicaciones mayores 0%	Perfil de seguridad temprano favorable
Respuesta clínica	Mejoría clínica 100%	Descenso de al menos una categoría de Rutherford
Evolución de úlceras	Cicatrización completa 80%; parcial 20%	Beneficio clínico relevante en pacientes diabéticos con lesiones tróficas
Amputación mayor	0% a 6 meses	Desenlace clínico favorable en seguimiento temprano

Resultados: Se obtuvo éxito técnico en el 93% de los casos, definido como estenosis residual <30% sin complicaciones mayores. El fracaso técnico se observó en el 7%, correspondiente a lesiones anatómicamente complejas TASC C-D asociadas a disecciones tipo C-F y embolización distal. Se implantaron stents en el 80% de los procedimientos, con una tasa de bailout stent del 30%, predominando stents cubiertos en territorio ilíaco y autoexpandibles en el segmento femoral. Los accesos utilizados incluyeron abordaje femoral retrógrado, crossover y radial/humeral según anatomía. No se registraron complicaciones mayores intrahospitalarias. Se observó mejoría clínica en el 100% de los pacientes, con descenso de al menos una categoría de Rutherford. En pacientes diabéticos con lesiones tróficas, se evidenció cicatrización completa en el 80% y parcial en el 20% de las úlceras. La tasa de amputación mayor fue del 0% a 6 meses

Conclusión: En esta experiencia inicial, la IVL en enfermedad arterial periférica severamente calcificada del eje iliofemoral se asoció con alta tasa de éxito técnico, baja incidencia de complicaciones intrahospitalarias y evolución clínica favorable a 6 meses. En subgrupos de alto riesgo, como tabaquistas con marcada carga cálcica y pacientes diabéticos con lesiones tróficas, la IVL podría representar una herramienta útil para optimizar la preparación del vaso y facilitar una revascularización efectiva. Estos hallazgos son alentadores, aunque requieren validación en estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento prolongado.

1003 - NEUMONÍA POST OPERATORIA EN CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE TERCER NIVEL

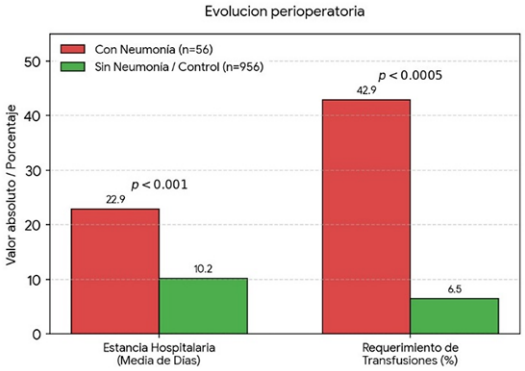
Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Beymar FLORES OMONTE | **Gonzalo BELLEZZA** | Marcelo PEREZ | Alejandra Inés CHRISTEN | Alejandro TRAININI | Antonella INZAURRALDE | Andrea CRUZ ROMERO | Neyda Daniela CONTRERAS BARRIENTOS

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PRESIDENTE PERÓN (EX-FINOCHIETTO)

Introducción: La neumonía postoperatoria tras cirugía cardíaca es una complicación frecuente que aumenta la mortalidad, la duración de la ventilación mecánica y la estancia en área cerrada y hospitalaria. Su incidencia oscila aproximadamente entre 2–10% en grandes series, con tasas más altas según tipo de cirugía y centro analizado.

Objetivos: Examinar de forma retrospectiva y estructurada la incidencia, los factores de riesgo, el impacto clínico y las principales complicaciones de la neumonía tras cirugía cardíaca, incluyendo la morbilidad y mortalidad.



Materiales y Métodos: Se evaluaron de forma retrospectiva las historias clínicas consecutivas de 1012 pacientes operados de cirugía de revascularización miocárdica (CRM) en el período de enero 2015 a diciembre 2025. Se tomaron en cuenta factores de riesgo, parámetros epidemiológicos y evoluciones postoperatorias. Se utilizaron las pruebas Test de Student y Chi Cuadrado (SPSS v26).

Resultados: Durante el período 2015-2025, se incluyó a un total de 1012 pacientes sometidos a CRM como procedimiento aislado, de los cuales 56 (5.5%) desarrollaron neumonía postoperatoria. La edad media de este subgrupo fue 59±8.4 años, con un marcado predominio del sexo masculino (85.7%). Entre las comorbilidades más prevalentes se incluyeron la hipertensión arterial (94.5%), tabaquismo (69.6%), diabetes mellitus (46.4%), obesidad (39.3%), y EPOC (14.3%). El 60 % de los pacientes que requirieron asistencia respiratoria por más de 48 horas contrajeron esta infección ($p<0.01$), siendo Klebsiella pneumoniae el microorganismo aislado con mayor frecuencia. Asimismo, el grupo que desarrolló neumonía asoció un incremento significativo del tiempo de internación (22.9 vs. 10.2 días; $p<0.001$). El requerimiento perioperatorio de transfusiones se asoció significativamente al desarrollo de neumonía postoperatoria (42.9 % vs. 6.5 %; $p<0.0005$). La mortalidad por neumonía fue menor al 1%, con un solo fallecimiento registrado, directamente atribuible al proceso infeccioso.

Conclusión: La neumonía postoperatoria en la CRM presenta una incidencia del 5.5% en la población de nuestro Centro, afectando principalmente a varones con alta comorbilidad y sin aumentar significativamente la mortalidad directa. Su desarrollo prolonga drásticamente la estancia y está asociada con el uso de hemoderivados. Afecta principalmente a pacientes con un perfil metabólico complejo y ventilación mecánica prolongada. Dado el predominio de Klebsiella pneumoniae, es prioritario optimizar los protocolos de destete ventilatorio temprano y fortalecer la vigilancia epidemiológica local para reducir la carga asistencial de esta complicación.

1004 - IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE LA CAPACIDAD DE EJERCICIO Y CALIDAD DE VIDA: ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS DE TC6M Y SF- 36

Cardiología Del Ejercicio

Consuelo MEJIAS | **Flavia Luisina AMENDOLA** | Ulises ARROYO | Andrea COLMEIRO | Pablo Martin ALUJÚ | Liliana Eleonora CINCOTTA | Luis Guillermo GODOY ZAMMARRELLI

Hospital San Juan de Dios (La Plata)

Introducción: La rehabilitación cardiovascular (RCV) constituye una intervención multidisciplinaria fundamental dentro de la prevención secundaria cardiovascular. La American Heart Association y la European Society of Cardiology la definen como un conjunto de estrategias destinadas a optimizar la condición física, psicológica y social del paciente con enfermedad cardiovascular. Estos pacientes suelen presentar limitación funcional, intolerancia al ejercicio, fatiga y deterioro de la calidad de vida (CV), afectando significativamente sus actividades cotidianas. En este contexto, la

evaluación de la CV se ha convertido en un outcome relevante dentro de los programas de RCV, ya que permite valorar el impacto integral de las intervenciones terapéuticas desde la perspectiva del paciente. El cuestionario SF-36 es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar calidad de vida relacionada con la salud, debido a su adecuada validez y confiabilidad en población cardiovascular. Por otro lado, la capacidad funcional (CF) constituye un marcador clínico y pronóstico relevante. El Test de Caminata de 6 Minutos (TC6M) es una prueba submáxima ampliamente utilizada para evaluar tolerancia al ejercicio y CF. Diversos estudios demostraron correlación entre mejoras en el TC6M y mejores puntajes en el SF-36 luego de programas de rehabilitación cardiovascular.

Tabla 1. Cambios en la capacidad funcional y calidad de vida relacionada con la salud tras la rehabilitación cardiovascular

Variable	Resultado
Pacientes incluidos, n	55
Edad, años (media)	59,6
Distancia recorrida en 6MWT, Δ (m)	+72 m (IC95%: 54–89)
Escala de Borg	Sin cambios significativos
Dominios SF-36	**Δ mediana (RIQ)**
1) Funcionamiento físico	7,5 (21)
2) Limitaciones por salud física (Rol físico)	0 (37)
3) Dolor corporal	0 (20)
4) Salud general	0 (15)
5) Vitalidad (Energía/Fatiga)	7,5 (15)
6) Funcionamiento social	0 (13)
7) Limitaciones por problemas emocionales (Rol emocional)	0 (33)
8) Bienestar emocional (Salud mental)	4 (20)

Abreviaturas: 6MWT: Test de Marcha de 6 Minutos; IC95%: intervalo de confianza del 95%; SF-36: Short Form-36; Δ: diferencia entre la evaluación final y basal; RIQ: rango intercuartílico.

Objetivos: El presente estudio busca analizar la evolución de la calidad de vida y la capacidad funcional en pacientes que realizan rehabilitación cardiovascular, mediante la comparación de los resultados obtenidos en el SF-36 y en el test de caminata de 6 minutos al inicio y luego de seis meses de tratamiento

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal, observacional que incluyo 55 pacientes incorporados a un programa de rehabilitación cardiovascular entre los años 2024 y el año 2025. Se incluyeron pacientes adultos mayores de 18 años que participan de sesiones de RCV con tres sesiones semanales. Se excluyeron aquellos con imposibilidad de realizar el TC6M, deterioro cognitivo que impida comprender el cuestionario y aquellos que abandonaron de forma precoz. Las principales variables estudiadas fueron, el resultado del Test de Calidad de vida SF 36 (en su resultado total y en cada una de las esferas que evalúa) y la distancia recorrida en el TC6M. El SF 36 y el TC6M fueron realizados al ingreso y luego de seis meses de rehabilitación cardiovascular.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes, con edad media de 59,6 años. La distancia recorrida en el Test de Marcha de 6 Minutos (6MWT) mostró una mejoría de 72 m (IC95%: 54–89 m), superando ampliamente el umbral considerado clínicamente relevante de 30 metros, lo que indica una mejoría significativa de la capacidad funcional. En contraste, no se observaron cambios en la percepción subjetiva del esfuerzo evaluada mediante la escala de Borg. Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, evaluada mediante el cuestionario SF-36, de los ocho dominios analizados solo se evidenciaron cambios leves en tres de ellos. Las diferencias se expresan como Δ = mediana (RIQ). Los resultados fueron: Energía/Fatiga, Δ = 7,5 (15); Bienestar Emocional, Δ = 4 (20); y Funcionamiento Físico, Δ = 7,5 (21).

Conclusión: La rehabilitación cardiovascular se asoció con mejoría significativa de la capacidad funcional evaluada por TC6M con hallazgos en el límite de la significancia estadística en las esferas de la energía/ fatiga, bienestar emocional y funcionamiento físico del Cuestionario de calidad de vida SF 36.

1007 - CARACTERÍSTICAS BASALES E INCIDENCIA DE EVENTOS EN PACIENTES SOMETIDOS A REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO POR INSUFICIENCIA AÓRTICA SEVERA

Valvulopatías / Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular

Pedro TOUZAS | **Mauro RODRIGUEZ GOREN** | Pilar DOMENECH | Bianca AMBROSETTI | Pablo OBERTI | Vadim KOTOWICZ | Rodolfo PIZARRO

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El reemplazo quirúrgico de la válvula aórtica (RVA) continúa siendo el tratamiento estándar para la insuficiencia aórtica (IAo) severa crónica, con escasos datos locales disponibles.

Objetivos: Nuestro objetivo es describir las características basales y la incidencia de eventos clínicos mayores durante el primer año en pacientes sometidos a cirugía de RVA por IAo severa.

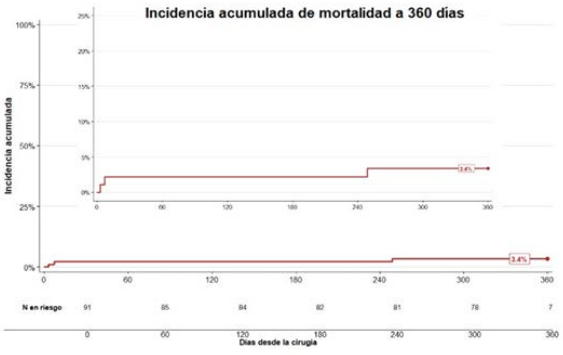
Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectiva que incluyó pacientes adultos con diagnóstico de IAo severa crónica aislada sometidos a RVA quirúrgico en un hospital de alta complejidad entre 2012 y 2025. Se excluyeron pacientes con cirugía cardíaca previa, IAo severa aguda o valvulopatías concomitantes de grado severo. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico, según correspondiera; las variables categóricas, como frecuencias absolutas y porcentajes. El punto final combinado se definió como mortalidad

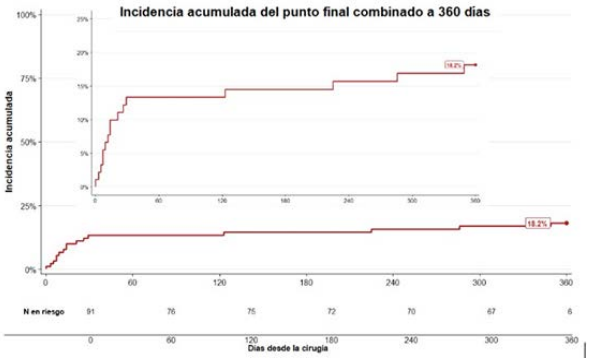
por cualquier causa, reoperación cardíaca o internación por insuficiencia cardíaca durante el primer año de seguimiento. Se realizó una censura administrativa al año de la cirugía.

Resultados: Se incluyeron 91 pacientes sometidos a RVA por IAo severa. La edad media fue de 65,2 ± 15,6 años, con predominio del sexo masculino 78 (n=71). El 22% (n=20) presentó IMC >= 30 kg/m². Entre los antecedentes clínicos, el 74,7% (n=68) tenía hipertensión arterial y el 9,9% (n=9) FA previa. Al momento de la evaluación prequirúrgica, el 57,1% (n=52) se encontraba en clase funcional NYHA >= II. El riesgo quirúrgico fue bajo, con STS-PROM <4% en el 89% (n=81) de la cohorte. En el ecocardiograma prequirúrgico, el 26,4% (n=24) presentaba válvula aórtica bicúspide. La FEVI <55% se observó en 45,6% (n=41). El 11,2% (n=10) presentó diámetro de fin de sístole del ventrículo izquierdo mayor a 50 mm y el 19,1% (n=17) DFSVI indexado >25 mm/m². La dilatación indexada de raíz aórtica estuvo presente en 68,1% (n=62) y la dilatación indexada de aorta ascendente en 79,1% (n=72), según los puntos de corte publicados en el registro MATEAR. En relación con el procedimiento quirúrgico, el 13,2% (n=12) requirió cirugía concomitante del arco aórtico y el 27,5% (n=25) cirugía de revascularización miocárdica asociada. El reemplazo valvular se realizó con válvula biológica en 75,8% (n=69) de los casos. La mediana de tiempo de circulación extracorpórea fue de 125 minutos [RIC 105–170]. La mortalidad intrahospitalaria fue de 2,2% (n=2). Durante el seguimiento al año, el punto final combinado de mortalidad por cualquier causa, reoperación cardíaca o internación por insuficiencia cardíaca ocurrió en 17,6% (n=16) de los pacientes. La mortalidad por cualquier causa al año fue de 3,3% (n=3). La reoperación cardíaca se registró en 13,2% (n=12) y la internación por insuficiencia cardíaca en 5,5% (n=5). La FA de novo se observó en 40.2% (n=33782), mientras que el evento combinado de accidente cerebrovascular o mediastinitis ocurrió en 5,5% (n=5).

	IAo severa quirúrgica (n=91)
Edad, media (DE)	65.2 ± 15.6
Sexo masculino, % (n)	78 (71)
IMC ≥30 kg/m², % (n)	22 (20)
Hipertensión arterial, % (n)	74.7 (68)
Fibrilación auricular previa, % (n)	8.8 (8)
Clase funcional NYHA ≥ II, % (n)	57.1 (52)
Score STS-PROM <4, % (n)	89 (81)
Válvula aórtica bicúspide	26.4 (24)
FEVI <55, % (n)	45.6 (41)
DFSVI >50 mm, % (n)	11.2 (10)
DFSVI indexado >25 mm/m², % (n)	19.1 (17)
Dilatación raíz indexada*, % (n)	68.1 (62)
Dilatación aorta ascendente indexada* , % (n)	79.1 (72)
Cirugía del arco aórtico concomitante, % (n)	13.2 (12)
Cirugía de revascularización miocárdica concomitante, % (n)	27.5 (25)
RVA con válvula biológica, % (n)	75.8 (69)
Tiempo de CEC en minutos, mediana [RIC]	125 [105–170]
Mortalidad intrahospitalaria, % (n)	2.2 (2)
Tabla 2. Incidencia de eventos al año	
Punto final combinado, % (n)	17.6 (16)
Mortalidad por cualquier causa, % (n)	3.3 (3)
Reoperación cardíaca, % (n)	13.2 (12)
Internación por insuficiencia cardíaca, % (n)	5.5 (5)
Fibrilación auricular, % (n)	39.6 (36)
ACV/Mediastinitis, % (n)	5.5 (5)

*valores indexados según valores publicados en registro MATEAR





Conclusión: En esta cohorte contemporánea de pacientes sometidos a RVA por IAo severa crónica predominó un perfil de bajo riesgo quirúrgico, con elevada prevalencia de síntomas, remodelado ventricular y dilatación aórtica indexada. La mortalidad intrahospitalaria y al año fueron bajas, mientras que el punto final combinado estuvo principalmente determinado por reoperación cardíaca e internación por insuficiencia cardíaca. La incidencia de FA de novo al seguimiento fue alta.

1011 - FENOTIPOS CLÍNICOS DE RIESGO CRÓNICO SUBDIAGNOSTICADOS EN LA UNIDAD CORONARIA: DISCREPANCIAS ENTRE LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y LA VALORACIÓN OBJETIVA.

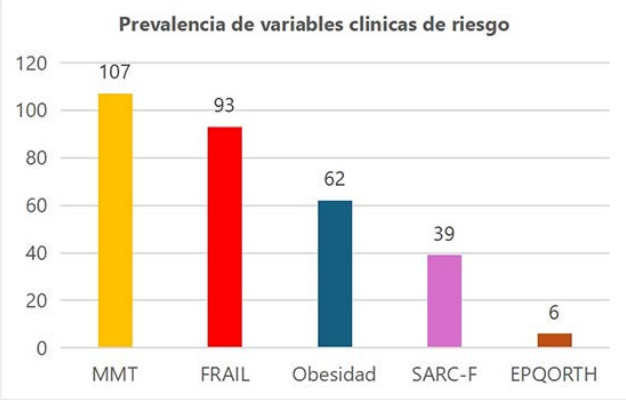
Cardio Geriatría / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Mauricio ZAMBRANO HERNANDEZ | Andrés VÉLEZ GARCÍA | Carolina Jacqueline MORALES CARDENAS | Meribeth SÁNCHEZ | Ignacio Miguel BRUSCO | Jorge Enrique TRONGÉ | Norberto Gustavo ALLENDE | Fernando José SOKN

Clínica IMA Adrogué

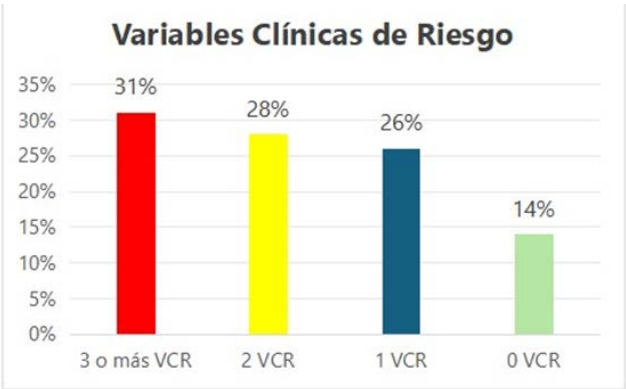
Introducción: Los pacientes internados en la Unidad Coronaria (UCO) constituyen una población heterogénea cuya estratificación de riesgo se basa habitualmente en scores orientados a cada patología (ej.TIMI-GRACE-MEESSI-AHF). Sin embargo, estas escalas no contemplan otras condiciones clínicas que potencialmente podrían condicionar el pronóstico, entre las que se destacan: fragilidad, sarcopenia, apnea obstructiva del sueño (AOS), deterioro cognitivo y obesidad. Estas entidades frecuentemente son subestimadas en la valoración clínica inicial del paciente agudo y pueden operar como factor de riesgo oculto.

Objetivos: Determinar la prevalencia de variables clínicas de riesgo oculto (VCR): fragilidad, sarcopenia, AOS, deterioro cognitivo y obesidad en los pacientes internados en UCO.



Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo y observacional. Se incluyeron los pacientes ingresados en UCO desde diciembre hasta abril de 2026. Se excluyeron aquellos con inestabilidad hemodinámica o deterioro cognitivo al ingreso que impedían un interrogatorio adecuado. Como parte del estudio se solicitaba al médico tratante una estimación del número de VCR presentes en cada paciente al momento de la valoración clínica inicial. Luego se evaluó la presencia de VCR a través de distintos scores validados para cada patología: fragilidad (FRAIL), sarcopenia (SARC-F), AOS (EPWORTH), deterioro cognitivo (MINIMENTAL TEST) y obesidad (índice cintura/altura). A través de los datos obtenidos se cuantificó la prevalencia de VCR en la población evaluada.

Resultados: Se incluyeron 161 pacientes, con una edad media de 75 años; 103 (65%) eran varones. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron síndrome coronario agudo (31%), angioplastia transluminal coronaria programada (13%), angioplastia transluminal periférica (12.5%), insuficiencia cardíaca (11%), arritmias (13%) y otros (19.5%). La VCR más prevalente fue el deterioro cognitivo leve, detectado en 107 pacientes (67%), seguido de prefragilidad en 58 (36%), fragilidad en 35 (21,8%), sarcopenia en 39 (25%) y AOS en 6 (4%). (Figura 1). En cuanto a la obesidad, se registraron 62 pacientes (32%); sin embargo, según el índice cintura/altura, 89 pacientes (55%) fueron clasificados como obesos. Se observó que en 50 pacientes correspondiente al 31% presentan tres o más condiciones clínicas asociadas. (Figura 2).



Conclusión: Se observó elevada prevalencia de condiciones clínicas de riesgo ocultas en los pacientes internados en la unidad coronaria, siendo la más frecuente la alteración del estado cognitivo, seguida de la fragilidad y obesidad. En la población estudiada, aproximadamente en un tercio de los pacientes se observaron varias condiciones clínicas asociadas.

1013 - LOS FENOTIPOS VENTRICULARES ECOCARDIOGRÁFICOS REFLEJAN LA ADAPTACIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO EN LA HIPERTENSIÓN PULMONAR PRECAPILAR: PERSPECTIVAS DE UNA COHORTE DEL MUNDO REAL

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Pablo Alcantara COSTAS MARTIGNAGO[1] | Adrián José LESCANO[2] | Paula KAPLAN[3] | Rafael CONDE[4] | Luis LEMA[4] | Jorge CANEVA[2] | Nicolás D´AMELIO[3] | José Manuel FIGUEROA[2]

TRINIDAD QUILMES[1]; FUNDACIÓN FAVALORO[2]; TREPAR-HP[3]; TREPAR-HP[4]

Introducción: La adaptación del ventrículo derecho (VD) a la sobrecarga de presión es el principal determinante del pronóstico en la hipertensión pulmonar (HP) precapilar. Los parámetros Ecocardiográficos convencionales y las puntuaciones de riesgo clínico pueden no capturar completamente la heterogeneidad de la respuesta del VD

Objetivos: ¿Los fenotipos del VD derivados de la Ecocardiografía que integran el tamaño del VD, la contractilidad y el acoplamiento VD-arteria pulmonar (VD-AP) identifican diferencias en la hemodinámica, la capacidad funcional y el perfil de riesgo clínico en pacientes con HP precapilar elegibles para terapia sistémica con prostaciclina?

Materiales y Métodos: Este estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico y binacional incluyó pacientes consecutivos con HP precapilar candidatos a terapia sistémica con prostaciclina en 22 centros especializados en HP en Argentina y Colombia. Los fenotipos ventriculares (A-F) se definieron utilizando una matriz de clasificación preespecificada que combina el diámetro basal del VD, el cambio de área fraccional y la excursión sistólica del plano del anillo tricuspídeo/ cociente de presión sistólica de la arteria pulmonar. Se compararon marcadores clínicos, funcionales, biomarcadores, Ecocardiográficos y hemodinámicos invasivos entre fenotipos

*. Tabla 1. Caracteristicas demograficas, etiologicas y de riesgo basales según el fenotipo del ventriculo derecho.

	Overall cohort (N = 89)	Phenotype C (n=4)	Phenotype D (n=11)	Phenotype E (n=7)	Phenotype F (n=67)	P value
Age (years), mean (SD)	46.8 (18.9)	72.5 (14.4)	50.09 (19.7)	53.43 (21.6)	44.03 (17.7)	.016
Female, n (%)	77 (86.5)	3 (75)	11 (100)	6 (85.7)	57 (85.1)	.514
Weight (kg), mean (SD)	64.08 (14.7)	66.25 (21.7)	59.64 (12.3)	57.86 (16.3)	65.33 (14.5)	.422
Height (cm), mean (SD)	160.49 (7.5)	154.5 (6.1)	154.82 (5.8)	160.71 (6.3)	161.76 (7.4)	.010
Etiology, n (%)						
Idiopathic	52 (58.4)	1 (25.0)	7 (63.6)	3 (42.9)	41 (61.2)	.009
Chronic thromboembolic	5 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (7.5)	
Hereditary/Genetic	1 (1.1)	1 (25)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Connective tissue disease	14 (15.7)	2 (50)	2 (18.2)	2 (28.6)	8 (11.9)	
Simple or corrected congenital heart disease	14 (15.7)	0 (0.0)	2 (18.2)	2 (28.6)	10 (14.9)	
HIV	3 (3.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (4.5)	
REVEAL 2.0, n (%)						.345
Low	23 (25.8)	0 (0.0)	2 (18.0)	3 (43.0)	18 (27.0)	
Intermediate-low	36 (40.4)	3 (75.0)	6 (55.0)	0 (0.0)	27 (40.0)	
Intermediate-high	19 (21.3)	0 (0.0)	3 (27.0)	1 (14.0)	15 (22.0)	
High	11 (12.4)	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (43.0)	7 (10.0)	

* Phenotypes A and B are not shown because no patients in the cohort had a normal right ventricular basal diameter (<40 mm). Although the phenotype framework includes groups A through F, statistical comparisons reflect differences among the observed phenotypes.
SD, standard deviation; HIV, human immunodeficiency virus; kg, kilograms; cm, centimeters.

Resultados: De 89 pacientes (edad media 46,8 años; 86,5 % mujeres), ningún paciente tenía un diámetro basal del ventrículo derecho normal. Quince pacientes tenían dilatación leve del ventrículo derecho: fenotipo C (n = 4; acoplamiento ventrículo derecho-arteria pulmonar conservado) y fenotipo D (n = 11; acoplamiento alterado). Setenta y cuatro pacientes tenían dilatación del ventrículo derecho >45 mm, incluyendo fenotipo E (n = 7; acoplamiento conservado) y fenotipo F (n = 67; acoplamiento alterado). Los índices de acoplamiento ventrículo derecho-arteria pulmonar estaban fuertemente intercorrelacionados (▌ = ,668–,740; todos P < ,001) y diferían significativamente entre fenotipos. La presión media de la arteria pulmonar y el gasto cardíaco también diferían entre fenotipos, mientras que el índice cardíaco no lo hacía. Se produjeron dieciocho muertes, más frecuentemente en las categorías de riesgo más altas del REVEAL 2.0. La supervivencia global estimada a 3 años fue del 88,8 %

Conclusión: La fenotipificación ecocardiográfica del ventrículo derecho identifica una heterogeneidad clínicamente relevante en la adaptación del ventrículo derecho entre pacientes con hipertensión pulmonar precapilar avanzada que no se detecta con las puntuaciones de riesgo establecidas y puede complementar la estratificación REVEAL 2.0

1016 - "RESULTADOS Y COMPLICACIONES DEL ACCESO INFRAPATELAR DISTAL PARA INTERVENCIONES ARTERIALES PERIFÉRICAS: EXPERIENCIA UNICÉNTRICA"

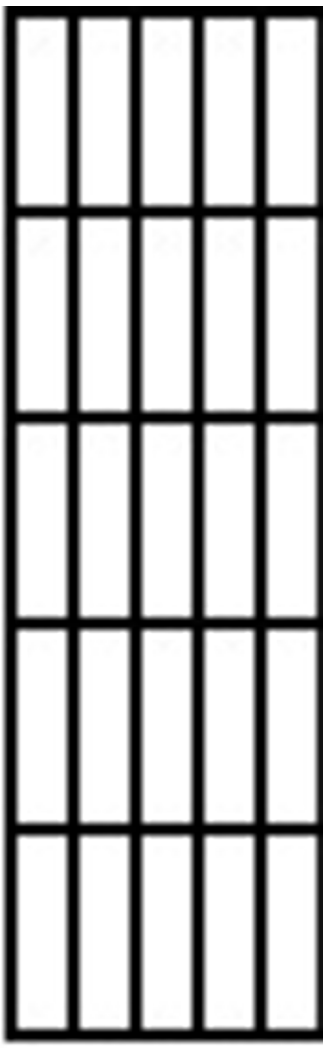
Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Investigación Básica

Drahier Rainell VARGAS PEINADO

Hospital Sirio Libanés

Introducción: La enfermedad arterial periférica (EAP) constituye una causa frecuente de morbilidad y discapacidad que afecta a gran parte de la población mundial, especialmente en pacientes con edad avanzada y múltiples factores de riesgo cardiovascular. Siendo la vía femoral y radial el acceso estándar. No obstante, el acceso retrogrado infrapatelar distal (tibial o pedio), surge como una opción viable para abordar lesiones complejas; Sin embargo, la evidencia sobre la seguridad del acceso infrapatelar distal continúa siendo limitada en Latinoamérica y particularmente en nuestro medio.

Objetivos: Describir la factibilidad, el éxito técnico, el éxito clínico y las complicaciones asociadas al acceso vascular infrapatelar distal en pacientes sometidos a angioplastia periférica en un centro de intervencionismo endovascular.



Materiales y Métodos: Estudio descriptivo observacional, unicéntrico, retrospectivo, Se incluyeron 151 pacientes con EAP sintomáticos (Leriche-Fontaine > IIb y Rutherford > categoría 3), entre enero 2025 y diciembre 2025. De estos 41 (27%) fueron por acceso infrapatelar distal bajo guía ecográfica. 63.4 % Hombres y 36.6% Mujeres, edad media 73,7 ± 8.9 años; hipertensión (90.2%), Sedentarismo (78%), Tabaquistas (58.5%), Dislipidemia (53.7%), Diabetes (43.9%) y Ex tabaquistas (29.3%). La distribución anatómica de las lesiones suprapatelares (53.6%), supra e infrapatelares (24.39%) e infrapatelares (22%). El éxito técnico se definió como la restauración del flujo, estenosis residual < 30% y sin complicaciones severas, el éxito clínico se definió como la resolución de los síntomas o lesiones dérmicas y el aumento de la funcionalidad, Se evaluaron las complicaciones dentro del procedimiento, a las 24 horas y al mes post procedimiento endoluminal.

Resultados: El acceso tibial anterior fue el más utilizado 61%(25), seguido del tibial posterior 22%(9) y los accesos combinados 17%(7), siendo el femoral como acceso primario y el infrapatelar distal secundario. Los segmentos tratados fueron la arteria femoral superficial 75.6% y asociada a enfermedad infrapatelar 24.4%. Se describieron lesiones severas entre 5-10 cm/ 10 - 15 cm y > 15 cm asociadas a obstrucciones 4.87%, sin obstrucciones asociadas 14.6%, y solo obstrucciones con extensión entre 10 – 15 cm (9.7%), > 15 cm (48.7%); categorizadas como lesiones TASC II C y D. El volumen de contraste utilizado presentó una mediana de 75 ml, media de 93 ml +/- 51 con un mayor uso en los accesos combinados, el tiempo de fluoroscopia la media fue de 36 min +/- 21, alcanzando un éxito técnico del 95.1% (39/41) con recanalización intraluminal y muy baja proporción subintimal. El éxito clínico fue del 97.6%(40/41). El 9,8% (4) de los pacientes tenía Stent previo ocluido, y el implante de Stent se requirió en el 22% de los casos (9/41 angioplastias), la mayor causa de implante fue por colgajo miointimal (66.6%) y por lesiones residuales > 50% (33.3%), durante el procedimiento se registró una única complicación dado por fistula arterio-venosa (2.4%); El 70,7% presentó equimosis y/o dolor a las 24 horas, y al mes un caso (2.4%) con úlcera en el sitio de punción, no se reportaron oclusiones del vaso tratado o en el sitio de acceso, ni vasoespasmo en el corto plazo.

Conclusión: En esta cohorte unicéntrica, el acceso infrapatelar distal demostró una elevada tasa de éxito técnico y clínico, con baja incidencia de complicaciones mayores, estos resultados son comparables con estudios y metaanálisis internacionales de autores como Giannopoulos, Palena y Mustapha, respaldando su utilización y siendo necesario estudios prospectivos con mayor número de pacientes para confirmar estos hallazgos.

1018 - MIOPATÍA AURICULAR AVANZADA EN ESTENOSIS MITRAL SEVERA: PREDICTORES ECOCARDIOGRÁFICOS INDEPENDIENTES DE TROMBOGÉNESIS Y RIESGO CARDIOEMBÓLICO

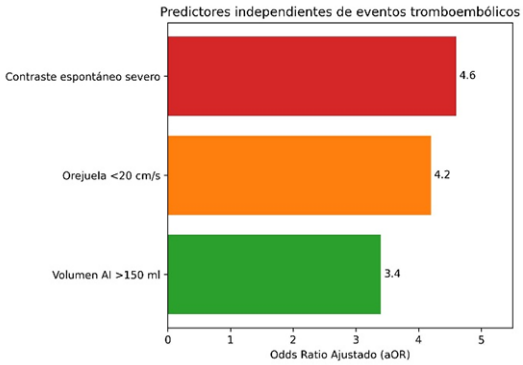
Valvulopatías / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Richard Orlando FUENTES SUAREZ | Fernando Esteban BAZOALTO ORTUBÉ | Christian José CAINZO | Stephanie Elizabeth GARCÍA SOLANO | **Gimena Noemí CORASI**

HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES

Introducción: La estenosis mitral severa se asocia a un elevado riesgo de trombosis intracardíaca y eventos cardioembólicos. Aunque la fibrilación auricular ha sido considerada tradicionalmente el principal factor predisponente, la evidencia actual sugiere que el remodelado estructural y funcional de la aurícula izquierda (miopatía auricular) desempeña un papel determinante en la trombogénesis. La ecocardiografía transesofágica permite identificar marcadores de estasis sanguínea y disfunción auricular, como el contraste espontáneo, la reducción de las velocidades de vaciamiento de la orejuela izquierda y la presencia de trombos intracardíacos. Evaluar el valor pronóstico de estos hallazgos podría mejorar la estratificación del riesgo tromboembólico en pacientes con estenosis mitral severa.

Objetivos: Determinar el valor de los marcadores ecocardiográficos de miopatía auricular avanzada como predictores independientes de trombosis intracardíaca y eventos cardioembólicos en pacientes con estenosis mitral severa.



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó 35 pacientes consecutivos con diagnóstico de estenosis mitral severa, evaluados mediante ecocardiografía transtorácica y transesofágica. Se analizaron variables clínicas, anatómicas y ecocardiográficas potencialmente asociadas al riesgo tromboembólico, incluyendo edad, sexo, presencia de fibrilación auricular, área valvular mitral, gradiente medio transmitral, volumen de aurícula izquierda, contraste espontáneo intracavitario, velocidad de vaciamiento de la orejuela izquierda, trombosis auricular e hipertensión pulmonar. El endpoint primario combinado se definió como la presencia de trombo intracardíaco, accidente cerebrovascular cardioembólico o embolia sistémica. Se realizó análisis univariado y regresión logística multivariada para identificar predictores independientes de eventos tromboembólicos.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes con estenosis mitral severa (68 ± 10 años; 74% mujeres). La fibrilación auricular estuvo presente en el 71%, el contraste espontáneo severo en el 40%, la velocidad de vaciamiento de la orejuela izquierda <20 cm/s en el 46% y la trombosis intracardíaca en el 26%. El 20% presentó antecedente de ACV cardioembólico. Los pacientes con eventos tromboembólicos mostraron mayor volumen auricular izquierdo, mayor frecuencia de contraste espontáneo severo y menores velocidades de vaciamiento de la orejuela izquierda. En el análisis multivariado, el contraste espontáneo severo (aOR 4,6; p=0,021), la velocidad de vaciamiento de la orejuela izquierda <20 cm/s (aOR 4,2; p=0,031) y un volumen auricular izquierdo >150 ml (aOR 3,4; p=0,047) fueron predictores independientes de trombosis intracardíaca y eventos tromboembólicos. La fibrilación auricular no mantuvo significación estadística tras el ajuste multivariado.

Conclusión: Los marcadores ecocardiográficos de miopatía auricular avanzada identificaron de manera independiente a los pacientes con mayor riesgo de trombosis intracardíaca y eventos cardioembólicos. El contraste espontáneo severo, la reducción de la velocidad de vaciamiento de la orejuela izquierda y la dilatación auricular extrema constituyeron los principales predictores de riesgo. La ecocardiografía transesofágica permite caracterizar un fenotipo trombogénico auricular de muy alto riesgo y podría desempeñar un papel central en la estratificación embólica de pacientes con estenosis mitral severa. La fibrilación auricular identifica al paciente. La miopatía auricular identifica el riesgo.

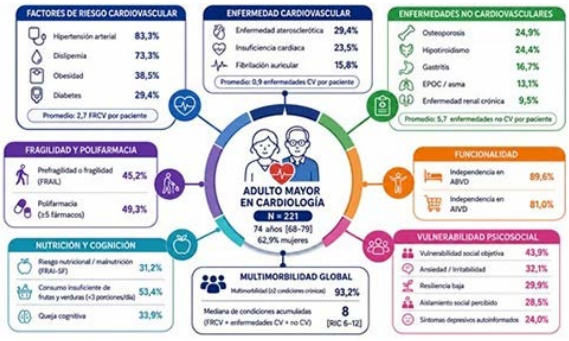
1021 - REGISTRO DE FRAGILIDAD, MULTIMORBILIDAD Y POLIFARMACIA (RAFA): CARACTERIZACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE UNA COHORTE AMBULATORIA DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN CARDIOLOGÍA

Cardio Geriatría / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

María Soledad PALACIO | Guillermo SUAREZ | Maria Sol DONATO | Florencia SOBRINO | Analía ROBILOTTE | Lilian Alicia HAMITY | Antonio DELUCA | Patricia BLANCO

Consejos: Cardiogeriatría

Introducción: El envejecimiento poblacional ha transformado el perfil de los pacientes que consultan en cardiología. Más allá de la enfermedad cardiovascular, estos pacientes presentan una elevada carga de comorbilidades, síndromes geriátricos y vulnerabilidades funcionales y psicosociales, dimensiones habitualmente subrepresentadas en los registros cardiovasculares tradicionales. La caracterización integral de esta población resulta esencial para comprender su complejidad clínica y optimizar la toma de decisiones.



Objetivos: Describir las características sociodemográficas, cardiovasculares, geriátricas, funcionales, nutricionales, cognitivas y psicosociales de una cohorte ambulatoria de adultos mayores evaluados en cardiología.

Materiales y Métodos: Registro observacional transversal de pacientes ≥60 años evaluados consecutivamente en un consultorio de cardiología. Se relevaron variables sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular, enfermedades cardiovasculares y no cardiovasculares, medicación, funcionalidad, fragilidad, nutrición, cognición y aspectos psicosociales mediante instrumentos estructurados administrados por cardiólogos durante la consulta. La fragilidad se evaluó mediante la escala FRAIL, la multimorbilidad como factores de riesgo, antecedentes cardiovasculares (CV) y no CV, y la polifarmacia como el uso de ≥5 fármacos

Resultados: Se incluyeron 221 pacientes, con una edad mediana de 74 años [RIC 68–79], 62,9% mujeres. Una mediana de 8 condiciones acumuladas por paciente [RIC 6–12], La prevalencia de hipertensión arterial (83,3%), dislipemia (73,3%), obesidad (38,5%) y diabetes (29,4%). El 29,4% presentaba enfermedad CV aterosclerótica establecida, el 23,5% insuficiencia cardíaca y el 15,8% fibrilación auricular. Entre las comorbilidades no CV más frecuentes se observaron osteoporosis (24,9%), hipotiroidismo (24,4%), gastritis (16,7%), EPOC/asma (13,1%) y enfermedad renal crónica (9,5%). La multimorbilidad como 2 condiciones crónicas fue prácticamente universal (93,2%) La cohorte presentó una elevada carga acumulada de enfermedad, con un promedio de 2,7 factores de riesgo cardiovascular, 0,9 enfermedades cardiovasculares y 5,7 enfermedades no cardiovasculares por paciente. La polifarmacia estuvo presente en el 49,3%. Según la escala FRAIL, el 45,2% presentó prefragilidad o fragilidad. La independencia funcional se conservó en el 89,6% para las actividades básicas y en el 81,0% para las actividades instrumentales de la vida diaria. El riesgo nutricional o malnutrición afectó al 31,2% y el 53,4% presentó consumo insuficiente de frutas y verduras. La queja cognitiva estuvo presente en el 33,9%. Asimismo, se observaron vulnerabilidades psicosociales frecuentes, incluyendo vulnerabilidad social objetiva en el 43,9%, ansiedad o irritabilidad en el 32,1%, resiliencia baja en el 29,9%, aislamiento social percibido en el 28,5% y síntomas depresivos autoinformados en el 24%.

Conclusión: Los adultos mayores atendidos en cardiología presentan una elevada carga acumulada de factores de riesgo y enfermedad, asociada a una alta prevalencia de fragilidad, polifarmacia y vulnerabilidades funcionales, nutricionales, cognitivas y psicosociales. Estos hallazgos muestran que la complejidad del paciente cardiovascular mayor trasciende la enfermedad cardíaca y respaldan la incorporación sistemática de una valoración multidimensional estructurada en la práctica cardiológica.

1023 - INFARTO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST EN PACIENTES JÓVENES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS Y TENDENCIA DE INCIDENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTO VOLUMEN

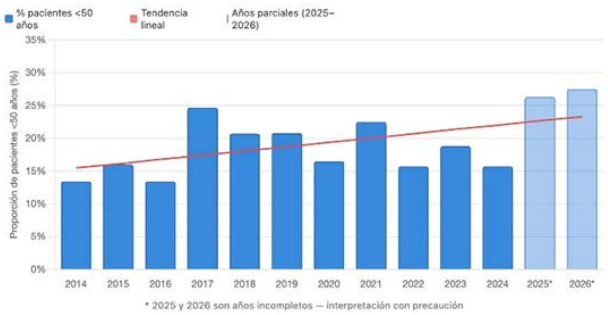
Cardiopatía Isquémica / Investigación Básica

Agustín MARTINEZ | Nilton Raúl MENDEZ CHOQUE | Silvia HUARACHI JUAREZ | Sergio CENTENO | Maria ETCHEVERRY | Natacha RUIZ | Sergio Daniel BRANDEBURGO | Luciano MOZZINO

Hospital Santojanni

Introducción: El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) en pacientes jóvenes representa un desafío creciente por su impacto socioeconómico y la alta prevalencia de factores de riesgo potencialmente prevenibles. Los datos contemporáneos sobre su incidencia y evolución temporal en hospitales públicos latinoamericanos son escasos.

Objetivos: Objetivos: Evaluar las características clínicas, los hallazgos angiográficos y los resultados intrahospitalarios de pacientes jóvenes con IAMCEST sometidos a angioplastia primaria (ATC), y analizar la tendencia de su incidencia a lo largo de 12 años



Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron 1.600 pacientes consecutivos con IAMCEST tratados con ATC primaria entre enero de 2014 y marzo de 2026. Los pacientes fueron estratificados por edad: jóvenes (<50 años) y no jóvenes (≥50 años). El endpoint primario fue la mortalidad intrahospitalaria. Los endpoints secundarios incluyeron insuficiencia cardíaca, uso de balón de contrapulsación intraaórtico (BCPIA) y flujo TIMI 3 final. Se analizó la tendencia anual de incidencia de pacientes jóvenes mediante regresión lineal

Resultados: El 18,9% de los pacientes era menor de 50 años. Los pacientes jóvenes presentaron mayor prevalencia de tabaquismo activo (65,3% vs 49,0%; p<0,001) y sexo masculino (88% vs 79%; p<0,001), con menor frecuencia de hipertensión arterial (34% vs 62%; p<0,001), diabetes mellitus (17% vs 25%; p=0,004) e infarto previo (8,1% vs 13,9%; p=0,01). La enfermedad multivaso fue menos frecuente en jóvenes (30% vs 46%; p<0,001). La mortalidad intrahospitalaria fue significativamente menor en el grupo joven (3,8% vs 9,2%; p=0,003), al igual que la insuficiencia cardíaca (1,0% vs 3,8%; p=0,029). El requerimiento de BCPIA fue menor en jóvenes, aunque sin alcanzar significación estadística (1,8% vs 4,3%; p=0,078). Se observó una tendencia creciente en la proporción de pacientes jóvenes a lo largo del período analizado (+0,65%/año; R^2=0,28; p=0,061), con una incidencia de 26,3% en 2025 y 27,5% en 2026

Conclusión: En esta experiencia contemporánea, los pacientes jóvenes con IAMCEST tratados con ATC primaria presentaron menor mortalidad intrahospitalaria y menos complicaciones que los pacientes de mayor edad. El tabaquismo fue el principal factor de riesgo cardiovascular en esta población. La tendencia creciente en la proporción de pacientes jóvenes, si bien no alcanzó significación estadística, resulta clínicamente relevante y enfatiza la necesidad de estrategias preventivas dirigidas a este grupo etario

1024 - DURABILIDAD CLÍNICA Y ECOCARDIOGRÁFICA DE LA REPARACIÓN MITRAL PERCUTÁNEA BORDE A BORDE: EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA ARGENTINO

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Valvulopatías

Ivana Katherine OREJUELA MENDOZA | Pablo LAMELAS | Carlos FAVA | Gustavo LEV | Gastón HEREDIA | Juan Manuel PEREZ | Gerónimo ALONSO | Oscar Alfredo MENDIZ

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La reparación mitral percutánea borde a borde se ha consolidado como una alternativa terapéutica para pacientes con insuficiencia mitral (IM) severa y riesgo quirúrgico elevado. Sin embargo, los datos de práctica clínica real con seguimiento prolongado continúan siendo limitados en Latinoamérica.

Objetivos: Evaluar los resultados clínicos y ecocardiográficos de la reparación mitral percutánea borde a borde en pacientes con IM severa y riesgo quirúrgico intermedio-alto tratados en un centro de referencia cardiovascular argentino.



Materiales y Métodos: Estudio observacional, unicéntrico y retrospectivo que incluyó 76 pacientes consecutivos con IM severa tratados entre marzo de 2016 y abril de 2026. La edad media fue 75,7 ± 9 años y el 44,7% fueron mujeres. La IM funcional estuvo presente en 35,4% de los casos. La fracción de eyección ventricular izquierda basal promedio fue 48,8%. El STS de mortalidad fue 5,9 ± 4,5% y el STS de morbimortalidad 23,1 ± 13,8%. El éxito técnico se definió como la implantación exitosa de al menos un dispositivo sin mortalidad intraprocedimiento ni conversión quirúrgica. El éxito clínico se definió como reducción de la IM a <= moderada al alta, gradiente transmitral <=5 mmHg y ausencia de eventos cardiovasculares mayores intrahospitalarios.

Resultados: El éxito técnico y clínico se alcanzó en 94,7% de los procedimientos. Se implantó un promedio de 1,6 ± 0,5 dispositivos por procedimiento. La insuficiencia mitral residual moderada/severa al alta se observó en 2,6% de los casos. El gradiente transmitral medio post procedimiento fue de 3,6 ± 2 mmHg, con gradiente >= 5 mmHg en 23,7%. La mortalidad intraprocedimiento e intrahospitalaria fue de 3,9%. No se registraron cirugías urgentes ni reintervenciones percutáneas precoces. Se obtuvo seguimiento clínico en 60 pacientes, con una mediana de 8,5 meses y un seguimiento máximo de 111 meses. Durante el seguimiento se registraron 5 fallecimientos tardíos, 9 reinternaciones y 11 episodios de insuficiencia cardíaca. Entre los pacientes con seguimiento disponible, el 70,5% se encontraba asintomático o en clase funcional I. Dos pacientes requirieron cirugía mitral durante la evolución, sin necesidad de nuevas intervenciones borde a borde. En el seguimiento ecocardiográfico (n=43), el 65,1% presentó IM <= leve y el 34,9% IM >= moderada. Asimismo, la presión sistólica de arteria pulmonar disminuyó significativamente de 52,0 ± 12,6 mmHg en la evaluación basal a 46,0 ± 14,2 mmHg durante el seguimiento (p=0,04).

Conclusión: La reparación mitral percutánea borde a borde demostró elevada tasa de éxito técnico y clínico, baja mortalidad intrahospitalaria y escasa necesidad de reintervención durante el seguimiento. La persistencia de una insuficiencia mitral <= leve en la mayoría de los pacientes, junto con la mejoría significativa de la presión pulmonar y el favorable estado funcional observado a largo plazo, respaldan la efectividad y durabilidad del procedimiento en pacientes con insuficiencia mitral severa y riesgo quirúrgico intermedio-alto. Estos resultados son concordantes con los reportados por los principales registros internacionales y aportan evidencia regional de seguimiento prolongado.

1025 - ASOCIACIÓN ENTRE EL STRAIN VENTRICULAR IZQUIERDO POR RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA Y EL PORCENTAJE DEL CONSUMO PICO DE OXÍGENO PREDICHO EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Tomografía/resonancia Magnética Cardiovascular

Florencia CANTORA | Santiago DECOTTO | Santiago Luis DEL CASTILLO | Rocío BLANCO | Rodolfo PIZARRO | Diego PÉREZ DE ARENAZA

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El strain longitudinal global del ventrículo izquierdo (SLG-VI), permite evaluar de manera cuantitativa el grado de deformación miocárdica y detectar alteraciones funcionales del ventrículo izquierdo. Los pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH) suelen presentar una función de fibra anormal del ventrículo izquierdo, tanto clínica como subclínica, así como una capacidad funcional reducida. El porcentaje del consumo pico de oxígeno predicho (%VO pico predicho) constituye un fuerte predictor de eventos cardiovasculares en esta población. En este contexto, la asociación entre el strain cardíaco y el %VO pico predicho podría aportar información relevante sobre la relación entre la función miocárdica y la limitación funcional en pacientes con MCH.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el SLG-VI medido por resonancia magnética cardíaca y el %VO pico predicho en pacientes con MCH.

VARIABLES ECOCARDIOGRAMA	
Espesor parietal, mm (DE)	18 ± 3
Diámetro anteroposterior aurícula izquierda, mm (DE)	23 ± 20
Gradiente intraventricular, mmHg, (DE)	35 ± 33
Movimiento anterior sistólico valva mitral, % (n)	47% (25)
Obstrucción al tracto de salida*, % (n)	49,2% (29)
VARIABLES RESONANCIA CARDIACA	
FEVI, % (DE)	71 (+/-10)
Volumen fin de diástole VI, mm (DE)	72 (+/-18)
Volumen fin de sístole del VI, mm (DE)	24 (+/-22)
Máximo espesor, mm (DE)	19,4 (+/-3,8)
Presencia de RTG, % (n)	91 (53)
Porcentaje de RTG, % (n)	22 (+/-20)
SLG ventrículo izquierdo, % (DE)	-12 (+/-2,9)
Fracción eyección ventrículo derecho, % (DE)	65 (+/-7)
Volumen fin de diástole VD, mm (DE)	71 (+/-15)
Volumen de fin de sístole del VD, mm (DE)	27 (+/-23)
Masa del VI, gramos (DE)	86,3 (+/-23)
Diámetro anteroposterior aurícula izquierda, cm (DE)	25 (+/-20)
VARIABLES CONSUMO DE OXÍGENO	
VO_2 pico (ml/kg/min), (DE)	23,6 ± 9,5
VO_2 (% del predicho), (DE)	84 ± 19,1

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico que incluyó pacientes con diagnóstico de MCH sarcomérica pertenecientes a un registro institucional entre 2017 y 2026, que contaran con ecocardiograma, RMNc y prueba de consumo de oxígeno realizados en un intervalo menor a un año de diferencia entre sí. Se recolectaron de la historia clínica electrónica datos clínicos, imagenológicos y funcionales. Las exploraciones de RMC se realizaron con un imán de 1.5-T (Avanto, Siemens Medical Solutions®, Erlangen, Alemania). La cuantificación de realce tardío de gadolinio (RTG) y el SLG-VI se efectuaron con el software CMR de MycardiumAI. Se utilizaron modelos de regresión lineal univariados y multivariados para evaluar las asociaciones con el %VO pico predicho.

Tabla 2. Modelo de regresión lineal multivariado.

Variable	Regresión lineal multivariada Coeficiente β (IC 95%)	p valor
Espesor parietal máximo, mm	-1,12 (-2,25 a -0,002)	0,050
Volumen fin de sístole del VD, indexado (ml/m²)	0,50 (0,02 a 0,98)	0,041
Strain longitudinal global del VI	-2,47 (−4,15 a -0,78)	0,033
FEVD (%)	0,95 (0,32 a 1,57)	0,003
Volumen fin de sístole del VI, indexado (ml/m²)	0,16 (-0,01 a 0,34)	0,075
Volumen fin diástole VI, indexado (ml/m²)	-0,39 (-0,78 a -0,007)	0,046

**VI: ventrículo izquierdo. VD: ventrículo derecho*

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes con miocardiopatía hipertrófica, de los cuales el 49,2% presentó forma obstructiva. El %VO pico predicho medio fue de 84,3 ± 19,1% y el SLG-VI medio de -12,1 ± 3,0%. (Tabla 1). En el análisis univariado, un menor %VO pico predicho se asoció significativamente con peor SLG-VI (B=-3,11; p<0,001), mayor masa ventricular izquierda indexada (B=-0,28; p=0,008), mayor espesor parietal máximo (B=-1,64; p=0,011) y menor fracción de eyección ventricular derecha (B=0,71; p=0,026). No se observaron asociaciones significativas con edad, sexo, disnea, gradiente intraventricular, fracción de eyección ventricular izquierda ni extensión de fibrosis. En el análisis multivariado, el SLG-VI se mantuvo como predictor independiente de un menor %VO pico predicho (B=-2,47; IC95% -4,16 a -0,79; p=0,005), junto con el espesor parietal

máximo, la fracción de eyección ventricular derecha, el volumen de fin de sístole y diástole del ventrículo izquierdo y el volumen de fin de sístole del ventrículo derecho. (Tabla 2)

Conclusión: En pacientes con miocardiopatía hipertrófica, el strain longitudinal global medido por resonancia magnética cardíaca se asoció de forma independiente con el %VO pico predicho. Estos hallazgos resaltan la utilidad del strain miocárdico como marcador funcional complementario que podría contribuir a mejorar la estratificación pronóstica en esta población.

1031 - REMODELADO CARDÍACO Y REMODELADO VALVULAR TRICUSPÍDEO: INVERSIÓN DE LAS DIFERENCIAS DE SEXO A PARTIR DE LA SÉPTIMA DÉCADA DE LA VIDA

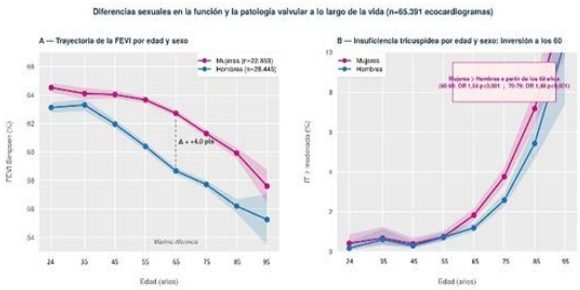
Investigación Básica / Valvulopatías

Federico GONZALEZ | Nicolás María NIEVES PIAZZA | Javier ZUBIRI | Juan Pablo MESA BELLUCCI | Juan Manuel SILVA VILLALBA | Lourdes Del Valle BAILON SEGURA | Ezequiel MINISINI | Juan Pablo GUZMÁN

Hospital Churruca - Visca

Introducción: Las mujeres presentan en general mayor fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y menor diámetro de la aurícula izquierda (AI) que los hombres. Sin embargo, la magnitud de esta diferencia a través de las distintas etapas de la vida, y su comportamiento en la patología valvular asociada al envejecimiento, no ha sido caracterizada en series locales de gran tamaño.

Objetivos: Describir las diferencias sexuales en la función y estructura cardíaca a lo largo del ciclo vital, y evaluar cómo evoluciona la insuficiencia tricuspídea (IT) por edad y sexo, en una cohorte poblacional de estudios ecocardiográficos consecutivos.



Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de todos los ecocardiogramas consecutivos realizados en un laboratorio institucional durante un período continuo de más de dos décadas. Se incluyeron pacientes adultos (edad 18–100 años) con FEVI por método de Simpson registrada. Se realizó limpieza de valores inverosímiles previo al análisis. FEVI Simpson, diámetro de AI, y grado de regurgitación tricuspídea (categorizada como normal, mínima, leve, moderada y severa; desenlace dicotómico IT ≥ moderada). Se estratificó la población por décadas de edad y se compararon las distribuciones por sexo mediante prueba de Mann-Whitney. Para IT ≥ moderada se calculó el odds ratio (OR) por sexo en cada estrato. Se consideraron asociaciones significativas con $p<0,05$.

Resultados: Se analizaron 65.391 ecocardiogramas (mujeres: 29.837 [45,6%]; hombres: 35.480 [54,3%]; edad media 62 años). Las mujeres mostraron FEVI superior a los hombres en todas las décadas, pero la magnitud de la diferencia no fue constante: +1,4 puntos a los 18–29 años, +2,1 a los 40–49, alcanzando un máximo de +4,0 puntos a los 60–69 años (62,7 vs 58,7%; $p<0,001$) y atenuándose progresivamente en edades extremas (+2,4 puntos a los 90+). La AI fue significativamente menor en mujeres en todas las décadas (diferencia entre −0,17 y −0,34 cm; $p<0,001$), con la mayor brecha entre los 40 y 70 años; la diferencia se atenuó después de los 80 años. La prevalencia aumentó con la edad en ambos sexos, pero su patrón por sexo se invirtió: en menores de 60 años no hubo diferencias significativas, mientras que entre los 60 y 89 años las mujeres presentaron mayor prevalencia (60–69 años: 1,8% vs 1,2%, OR 1,54, $p<0,001$; 70–79 años: 3,8% vs 2,6%, OR 1,48, $p<0,001$; 80–89 años: 7,2% vs 5,4%, OR 1,35, $p=0,005$).

Conclusión: En una cohorte poblacional de más de 65.000 ecocardiogramas, la ventaja femenina en la FEVI no es uniforme a lo largo de la vida: se amplifica progresivamente desde la adultez joven hasta alcanzar un máximo en la séptima década y se atenúa en la edad muy avanzada. Paralelamente, las mujeres mayores de 60 años presentan mayor prevalencia de IT ≥ moderada que los hombres del mismo grupo etario, en contraste con el patrón observado en edades jóvenes. Estos hallazgos sugieren un cambio en el balance de los procesos de remodelado y deterioro valvular entre sexos a partir de la edad media, con implicancias para la interpretación clínica del ecocardiograma y para la generación de valores de referencia específicos por sexo y edad.

1032 - EFECTOS DE UNA DIETA ALTA EN GRASA Y SAL SOBRE LOS PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS Y SUS RECEPTORES EN LA RATA

Investigación Básica

Hyun Jin LEE[1] | Candela DOMÍNGUEZ[1] | Nicolás Martín KOUYOUMDZIAN[1] | Silvana María CANTÚ[1] | María Julieta RUDI[1] | Adriana DONOSO[1] | Natalia Lucía RUKAVINA MIKUSIC[2] | Marcelo Roberto CHOI[2]

Facultad de Farmacia y Bioquímica - Universidad de Buenos Aires (UBA)[1]; INSTITUTO ALBERTO C. TAQUINI DE INVESTIGACIONES EN MEDICINA TRASLACIONAL (IATIMET), CONICET-UBA[2]

Introducción: La adiposopatía promovida por una dieta alta en grasas (DG) podría vincular las enfermedades cardiovasculares, renales y metabólicas. Por otra parte, una dieta alta en sal (DS) se asocia a una menor deposición ectópica de grasa. Los péptidos natriuréticos (PN) tipo A (ANP) y tipo B (BNP) presentan efectos pleiotrópicos que dependen de las actividades de su receptor NPR-A provocando cambios en la salud metabólica y se eliminan de la circulación mediante internalización por su receptor de eliminación (NPR-C). Hasta el momento se desconoce la participación de los PN sobre el tejido adiposo en el contexto de dietas combinadas (DG+DS).

Objetivos: Determinar los efectos de las dietas sobre los niveles plasmáticos de ANP y BNP; la expresión de los receptores NPR-A, NPR-C como de marcadores de inflamación en el tejido adiposo mesentérico y en la corteza renal en ratas Wistar macho.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 4 grupos de animales (n=6 grupo) durante 6 semanas: Control (C): dieta balanceada (0,4% de NaCl); DG: 60% de calorías de grasa; DS: sobrecarga de NaCl al 8% en la comida; y DG+DS. Se evaluaron: índice de adiposidad de grasa mesentérica (IA); presión arterial sistólica (PAS); diuresis, clearance de creatinina (ClCr), excreción fraccional (EFNa) y urinaria de sodio (EUNa); niveles plasmáticos de ANP y BNP por ELISA y la expresión de NPR-A, NPR-C interleucina-6 (IL-6), factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa), factor nuclear kappa B (NF-kB) en tejido adiposo mesentérico y corteza renal por Western Blot. Además se analizó la morfología del tejido adiposo mesentérico del yeyunoíleon, hepático y del riñón mediante la técnica histológica convencional con Hematoxilina-Eosina.

Resultados: El IA mesentérico (%) aumentó en DG vs C ($p<0.01$) mientras que disminuyeron en DS y DG+DS vs DG ($p<0.01$). La PAS se incrementó en los tres grupos vs C ($p<0.01$). En los grupos DS y DG+DS, la diuresis, EFNa y EUNa fueron más altos que en los grupos C y DG ($p<0,05$) sin cambios en CrCl. Los niveles plasmáticos de ANP y BNP (ng/ml) disminuyeron en DG vs C ($p<0.01$). En el tejido adiposo, la expresión del NPR-A fue mayor en DS, menor en DG vs C ($p<0,01$), mientras DG+DS presentó una expresión menor que el C pero mayor a la DG. Por otro lado, la expresión del NPR- C fue mayor en DG y menor en DS vs C ($p<0.01$) y en DG+DS fue mayor que DS ($p<0.05$) y ligeramente mayor al C. En la corteza renal, la expresión de NPR-A fue menor en DG, mayor en DS y DG+DS vs C ($p<0,05$). Y la expresión de NPR-C se incrementó en DG, disminuyó en DS vs C ($p<0,05$) y fue mayor en DG+DS vs DS ($p<0,01$).). Además, las expresiones de IL 6 TNF-alfa y NF-kB aumentaron en DG, DS, DG+DS vs C ($p<0.05$). En el análisis histológico del tejido adiposo mesentérico del yeyunoíleon se observó que el tamaño del adipocito medido como área de la vacuola lipídica fue mayor con DG y DG+DS vs C. Por su parte, se observaron alteraciones del parénquima hepático dado por la presencia de gotas macro y micro lipídicas con DG y alteraciones intersticiales con DS. A nivel del parénquima renal se encontró presencia de gotas lipídicas en células tubulares en la corteza renal con DG y alteraciones intersticiales con DS. Ambas alteraciones en DG+DS.

Conclusión: La expresión diferencial de los PN y sus receptores podrían explicar las alteraciones observadas en los distintos modelos dietarios estudiados aportando un diferente mecanismo fisiopatológico en la génesis de la adiposopatía.

1033 - IMPLEMENTACIÓN DE TERAPIAS RECOMENDADAS POR GUÍAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio / Prevención Cardiovascular y Promoción de La Salud

Aldana RODRIGUEZ WAGNER[1] | Nicolás VECCHIO[2]

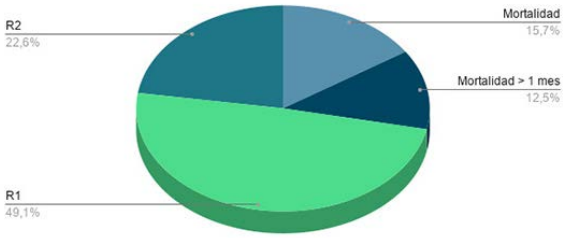
HOSPITAL MUNICIPAL DR HECTOR CURA[1]; CLINICA CORAZON[2]

Introducción: La insuficiencia cardíaca constituye una de las principales causas de morbimortalidad cardiovascular y de utilización de recursos sanitarios. En los últimos años, nuevas terapias farmacológicas han demostrado reducir la mortalidad

y las hospitalizaciones, consolidándose como recomendación clase I en las guías de práctica clínica. En la actualidad las guías recomiendan la rápida implementación de los cuatro pilares farmacológicos. Sin embargo, la implementación de estas estrategias terapéuticas en la práctica asistencial cotidiana, particularmente en el ámbito de la salud pública, puede verse limitada por diversos factores que condicionan su acceso y utilización.

Objetivos: Determinar el alcance de la terapia farmacológica recomendada por la guía de práctica clínica en pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos en un hospital público.

Grafico 1 : Morbimortalidad



Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo que incluyó pacientes internados por descompensación de insuficiencia cardíaca entre enero de 2020 y septiembre de 2025 en un hospital público de la provincia de Buenos Aires. Se analizaron las características demográficas, clínicas, ecocardiográficas y terapéuticas de los pacientes. La población fue estratificada según la fracción de eyección ventricular izquierda. Se evaluó la utilización de las terapias recomendadas por las guías de práctica clínica vigentes para cada fenotipo de insuficiencia cardíaca.

Resultados: Se incluyeron 195 pacientes internados por descompensación de insuficiencia cardíaca. La edad media fue de 78,3 años (DE +-7) y el 52,3% correspondió al sexo femenino. El 44,6% presentaba antecedente de insuficiencia cardíaca crónica y el 12,8% antecedente de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida. Entre las comorbilidades más frecuentes se observaron hipertensión arterial (80,5%), fibrilación auricular previa (36,4%), dislipidemia (29,7%), diabetes mellitus (28,2%). Respecto al tratamiento de base, el 52,8% recibía betabloqueantes, el 29,2% furosemida y el 15,4% espironolactona. La utilización de los cuatro pilares farmacológicos fue limitada, observándose tratamiento con sacubitrilo/valsartán en el 2,1% de los pacientes e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 en el 3,1%. Al ingreso un 34,9% presentó fracción de eyección ventricular izquierda reducida (<40%) y el 39% de los pacientes presentó fibrilación auricular de novo. Al alta, la utilización de betabloqueantes aumentó al 73,3% y la de espironolactona al 30,0%; sin embargo, la indicación de sacubitrilo/valsartán (1,9%) e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (8,1%) permaneció baja. El 40% de los pacientes requirió una primera reinternación por insuficiencia cardíaca y el 18,5% presentó una segunda reinternación. La mortalidad total alcanzó el 32,3%, mortalidad intrahospitalaria fue del 12,8%; 0,3% corresponde al primer mes, 2,1% a los tres meses, 4,1% al año y 3,1% luego del primer año.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes internados por insuficiencia cardíaca en un hospital público se observó una elevada tasa de mortalidad y reinternación durante el seguimiento. Si bien se constató un incremento en la utilización de betabloqueantes y antagonistas de los receptores mineralocorticoides al alta, la implementación de nuevas terapias modificadoras del pronóstico recomendadas por las guías, particularmente sacubitrilo/valsartán e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2, fue marcadamente baja. Estos hallazgos sugieren una brecha entre las recomendaciones de las guías de práctica clínica y su aplicación en la práctica asistencial, poniendo de manifiesto la necesidad de desarrollar estrategias que favorezcan el acceso y la optimización de tratamientos con beneficio pronóstico demostrado.

1034 - EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA CRIOABLACIÓN EN VÍAS ACCESORIAS SEPTALES

Arritmias y Electrofisiología

Guillermo Alejandro CARNERO | **Arturo Hipólito BOZZA** | Mauricio MYSUTA | Mariel ALVAREZ CORREA | Rocío Belén BENITO | José Luis GONZÁLEZ

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La ablación por radiofrecuencia de las vías accesorias (VA) ha demostrado ser una técnica segura y eficaz. Sin embargo, se asocia al riesgo de lesión del sistema de conducción en el caso de las VA septales y parahisianas. La ablación con crioenergía (criomapeo y luego crioablación) otorga estabilidad al catéter, y genera una lesión tisular progresiva y más circunscrita.

Objetivos: Describir la eficacia y seguridad de la crioablación en VA septales.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 144 pacientes (p) sometidos a crioablación con catéteres Freezor y Freezor Xtra Medtronic con punta de 6 mm en un único centro entre enero de 2014 y diciembre de 2025. La ablación se realizó de forma escalonada: criomapeo con un descenso de temperatura hasta -30°C durante 60 segundos y crioablación con un descenso de temperatura hasta -80 °C durante 4 minutos. Hombres 84 p (58%), con una edad promedio global de 21.4 ± 3.5 años.

Resultados: Las localizaciones más frecuentes de las VA fueron: póstero-septales en 48 p (33.3%), ántero-septales en 29 p (20.2%), medioseptales en 20 p (14%) y 3 p con más de una VA (2%). Globalmente las VA parahisianas representaron 30.5% (44 p). El éxito agudo de la crioablación se alcanzó en el 87% de los casos. En 81% de los casos, las VA se mapearon en ritmo sinusal. La duración promedio de la crioablación fue de 136 ± 14 minutos y el tiempo de radioscopía fue de 29 minutos. Sólo 3 p presentaron bloqueo aurículo-ventricular completo transitorio durante el procedimiento.

Conclusión: La crioablación constituye un método seguro y una técnica eficaz en el tratamiento de las de VA septales próximas al sistema de conducción.

1036 - FICCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR. ¿EXISTE EL REMODELADO INVERSO?

Enfermedad Vascular Pulmonar / Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Ilan Ezequiel BACHER | Romina Laura CAPRINI | **Lucia DANA** | Adrián José LESCANO | Mariela Mayra MERCADO ORELLANA | Guillermina SORASIO | Julieta SORICETTI

FUNDACIÓN FAVALORO

Introducción: La hipertensión pulmonar (HP) es una entidad con alta mortalidad y morbilidad. Pocos estudios han evaluado el remodelado reverso de las cavidades cardíacas derechas mediante ecocardiografía: ventrículo derecho (VD); aurícula derecha (AD), acoplamiento ventrículo-arterial, cambio de área fraccional, etc., en pacientes con HP tratados con terapia dual o triple, junto con los cambios hemodinámicos evaluados mediante cateterismo cardíaco derecho durante el seguimiento.

Objetivos: Evaluar, utilizando ecocardiografía y cateterismo cardíaco derecho, los cambios estructurales y hemodinámicos que ocurren en pacientes con HP luego de un año de tratamiento.

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo y prospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico de HP confirmado por cateterismo cardíaco derecho (CCD) entre enero de 2012 y marzo de 2025. Se recolectaron datos demográficos, clínicos y de estudios complementarios (CCD, ecocardiograma Doppler, prueba de marcha de 6 minutos (PM6M), estudios de laboratorio), así como el tratamiento implementado. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes (%), y las variables cuantitativas como media o mediana con desvío estándar (DE) o rango intercuartil, según la distribución. Se utilizó la prueba t de Student para analizar las diferencias entre variables a los 12 meses. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p menor a 0,05.

Variables ecocardiográficas			
	Basal	12 meses	p
Dilatación VD	45,5 ± 6,3	43,0 ± 12,8	0,0163
TAPSE	19,6 ± 4,4	20,9 ± 4,9	0,0016
TAPSE/PSAP	0,33 ± 0,13	0,39 ± 0,17	0,0049

Variables hemodinámicas			
	Basal	12 meses	p
RVP	6,8 ± 4,2	4,7 ± 3,1	0,0001
PAPm	41,2 ± 14,2	34,7 ± 14,2	0,000012
IC	2,8 ± 0,8	4,1 ± 9,9	0,1
PAD	9,5 ± 5,4	8,4 ± 4,8	0,016
IVS	36 ± 11	40 ± 13	0,013

Resultados: Se incluyeron 451 pacientes diagnosticados con HP entre enero de 2012 y marzo de 2025. La edad media fue 62 ± 17 años y el 66,44% mujeres. 48% estuvieron en clase funcional III/IV. 55,7% pertenecían al grupo 1. 53,67% fueron clasificados como riesgo intermedio, y 18,26% como riesgo alto. 64% recibieron terapia combinada y 22% terapia triple. En relación a las variables hemodinámicas: 11,11% presentaron índice cardíaco (IC) < 2 L/min/m² y 20,67% IC entre 2 y 2,5 L/min/m². 86,89% tenían resistencia vascular pulmonar > 5 UW. El ecocardiograma mostró dilatación del ventrículo derecho y disfunción sistólica del ventrículo derecho en 62,14%. Los cambios ecocardiográficos que fueron observados: Disminución del 2,4% del diámetro diastólico del VD (p = 0,01), mejoría del 3,2% en TAPSE (p = 0,0016), mejoría del 2,9% en el acoplamiento ventrículo-arterial (TAPSE/PSAP) (p = 0,0049), e incremento del 3,7% en el cambio de área fraccional (FAC) (p = 0,003). Respecto a los parámetros hemodinámicos: disminución del 5,2% en la resistencia vascular pulmonar (RVP) (p = 0,0000), disminución del 5,1% en la presión arterial pulmonar media (PAPm) (p = 0,0001). El índice

cardíaco (IC), el índice de volumen sistólico y el índice de presión auricular derecha no mostraron un valor de p significativo (p: 0,09; p: 0,05; p: 0,07 respectivamente).

Conclusión: Los pacientes con hipertensión pulmonar tratados en nuestro medio presentan remodelado reverso de las cámaras cardíacas derechas, evidenciado por la reducción del tamaño del ventrículo derecho, la mejoría del acoplamiento ventrículo-arterial (TAPSE y TAPSE/PSAP), y la disminución de la resistencia vascular pulmonar y de la presión arterial pulmonar media. Esto respalda el impacto favorable del tratamiento específico de la HP sobre la función cardíaca derecha.

1040 - MODULACIÓN METABÓLICA DE LA CARDIOPROTECCIÓN INDUCIDA POR ESTEVIÓSIDO FRENTE A LA LESIÓN MIOCÁRDICA POR ISQUEMIA-REPERFUSIÓN

Investigación Básica

Victoria MESTRE CORDERO | Maria de Las Mercedes FERNANDEZ PAZOS | Romina HERMANN | Maria Gabriela MARINA PRENDES

CATEDRA DE FISIOLOGÍA, FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA, UBA.

Introducción: El estado metabólico del miocardio constituye un factor determinante de la función mitocondrial y en la respuesta miocárdica frente a la lesión por isquemia-reperfusión (Is-Rs). En este contexto, el ayuno promueve un cambio en la utilización de sustratos energéticos, favoreciendo la oxidación de ácidos grasos, constituyendo un modelo relevante para evaluar esta influencia. El esteviósido (S), glucósido derivado de Stevia rebaudiana Bertoni, ha mostrado efectos cardioprotectores asociados a la activación de Akt y a la preservación mitocondrial. Sin embargo, su eficacia bajo diferentes condiciones metabólicas no se encuentra completamente establecida.

Objetivos: Es por ello que el objetivo del presente estudio fue evaluar si el ayuno es capaz de modificar los efectos cardioprotectores, mitocondriales y ultraestructurales del S en corazones aislados de ratas sometidos a Is-Rs.

Materiales y Métodos: Se utilizaron ratas Sprague-Dawley hembras las cuales recibieron S (168 mg/kg/día, 15 días) o vehículo y fueron asignadas a grupos alimentados (C, S) o ayunados 24 h (CA, SA) (n=5/grupo). Tras la ecocardiografía basal, los corazones aislados fueron perfundidos en sistema Langendorff y sometidos a 25 min de isquemia global y 60 min de reperfusión. Se evaluaron el producto presión-frecuencia (PxF), ±dP/dT y la presión diastólica final ventricular izquierda (PDF). Al finalizar, se determinó el tamaño de infarto y se analizó la ultraestructura por microscopía electrónica de transmisión. En las micrografías se evaluaron el clustering mitocondrial mediante el índice de vecino más cercano (NNI), el área y el número de mitocondrias. En mitocondrias aisladas se determinaron síntesis de ATP, actividad de complejos respiratorios, capacidad de retención de calcio (CRC) y potencial de membrana. La fosforilación de Akt y GSK-3ß; se analizó por western blot. Estadística: ANOVA seguido deTukey o Kuskal-Wallis seguido del test de Dunn; $p<0,05$.

Resultados: La ecocardiografía basal no mostró diferencias entre grupos. Durante la reperfusión, S y SA presentaron mayor recuperación temprana del PxF a los 5 min ($p<0,05$ vs C/CA); sin embargo, en SA el efecto fue transitorio. El ayuno atenuó los beneficios del S sobre ±dP/dT, PDF y tamaño de infarto, cuya reducción sólo se observó en animales alimentados tratados con S ($p<0,05$ vs C). En condiciones preisquémicas, el ayuno deterioró la función mitocondrial, con menor síntesis y contenido tisular de ATP y menor actividad de complejos respiratorios ($p<0,001$ vs C y S). No obstante, no modificó la mayor CRC inducida por S antes y después de la Is-Rs, aunque eliminó las diferencias en el potencial de membrana entre S y C. El ayuno incrementó la fosforilación basal de Akt y GSK-3ß; Tras la Is-Rs, Akt permaneció elevada sólo en S, mientras que GSK-3ß; se mantuvo aumentada en ambos grupos ayunados y en S respecto de C ($p<0,05$). Ultraestructuralmente, S mostró mejor preservación sarcomérica y mitocondrial, mientras que SA presentó un incremento en el número de mitocondrias de menor área, menor NNI y vacuolización, sugiriendo alteraciones en la dinámica y organización de la red mitocondrial.

Conclusión: Los resultados obtenidos indican que la eficacia cardioprotectora del esteviósido frente a la lesión por Is-Rs depende estrechamente del contexto metabólico. Las modificaciones inducidas por el ayuno alteraron la función mitocondrial, la organización ultraestructural y la señalización asociada a Akt/GSK-3ß, atenuando los efectos beneficiosos del tratamiento con S. Estos hallazgos resaltan la relevancia de considerar el estado metabólico como una variable crítica en la evaluación de estrategias cardioprotectoras.

1041 - PARO CARDIORRESPIRATORIO PREVIO Y RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS DE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Cardiopatía Isquémica / Investigación Básica

Agustín MARTINEZ | Nilton Raúl MENDEZ CHOQUE | Silvia HUARACHI JUAREZ | Sergio CENTENO | Leandro Gastón PUERTA | Alicia Lorena TERRAGNO | Tomás VALVERDE | Gabriel DIONISIO

Hospital Santojanni

Introducción: El paro cardiorrespiratorio (PCR) previo al ingreso a hemodinamia representa una de las formas de presentación más graves del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). A pesar de los avances en las estrategias de reperfusión y soporte circulatorio, estos pacientes continúan presentando elevada mortalidad intrahospitalaria.

Objetivos: Evaluar el impacto del PCR previo sobre la mortalidad intrahospitalaria y los resultados clínicos en pacientes con IAMCEST sometidos a angioplastia primaria (ATC), e identificar predictores independientes de mortalidad.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires. Se incluyeron consecutivamente 1.596 pacientes con IAMCEST sometidos a ATC primaria entre enero de 2014 y marzo de 2026. El punto final primario fue la mortalidad intrahospitalaria. Los puntos finales secundarios incluyeron insuficiencia cardíaca, sangrado mayor y accidente cerebrovascular. Se realizó regresión logística multivariada para identificar predictores independientes de mortalidad

Resultados: El 4,2% de los pacientes presentó PCR previo al ingreso a hemodinamia. Los grupos fueron comparables en cuanto a edad (61±13 vs 61±12 años; p=0,713) y factores de riesgo cardiovascular. Los pacientes con PCR previo presentaron mayor frecuencia de Killip-Kimball D (88,7% vs 7,3%; p<0,001), mayor necesidad de balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA) (24,1% vs 3,0%; p<0,001), mayor enfermedad multivaso (56,7% vs 42,8%; p=0,033) y menor tasa de flujo TIMI 3 final (59,7% vs 80,4%; p<0,001). La mortalidad intrahospitalaria fue significativamente mayor en el grupo con PCR previo (42,6% vs 6,8%; p<0,001), al igual que la insuficiencia cardíaca (8,8% vs 3,1%; p=0,045). En el análisis multivariado, el Killip-Kimball D (odds ratio [OR] 12,29; intervalo de confianza del 95% [IC95%] 6,07–24,88; p<0,001), la enfermedad de tronco de coronaria izquierda (TCI) (OR 2,89; IC95% 1,21–6,93; p=0,017) y el flujo TIMI 3 final (OR 0,29; IC95% 0,16–0,54; p<0,001) resultaron predictores independientes de mortalidad. El PCR previo no alcanzó significación estadística en el multivariado (OR 1,44; IC95% 0,60–3,45; p=0,414), dado que el 88,7% de estos pacientes presentaban Killip-Kimball D al ingreso; el OR crudo fue 9,04 (IC95% 5,31–15,38; p<0,001).

Conclusión: En esta experiencia contemporánea, el PCR previo al ingreso a hemodinamia se asoció con mortalidad intrahospitalaria marcadamente elevada (42,6%) y peor evolución clínica en pacientes con IAMCEST sometidos a ATC primaria. En el análisis multivariado, el Killip-Kimball D explicó la mayor parte del riesgo atribuido al PCR, lo que sugiere que la gravedad hemodinámica al ingreso es el principal determinante pronóstico en esta población.

1045 - IMPACTO DEL SEXO FEMENINO SOBRE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST SOMETIDO A ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Cardiopatía Intervencionista y Estructural / Corazón y Mujer

Silvia HUARACHI JUAREZ | Nilton Raúl MENDEZ CHOQUE | Agustín MARTINEZ | Leandro Gastón PUERTA | Sergio CENTENO | Maria ETCHEVERRY | Sergio Daniel BRANDEBURGO | Mariela HERRERA

Hospital General de Agudos F. Santojanni

Introducción: Las diferencias relacionadas con el sexo en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) continúan representando un importante desafío clínico. Diversos registros internacionales han demostrado que las mujeres presentan mayor edad, mayor carga de comorbilidades y peores resultados intrahospitalarios en comparación con los hombres.

Objetivos: Evaluar el impacto del sexo femenino sobre la mortalidad intrahospitalaria y los eventos cardiovasculares intrahospitalarios en pacientes con IAMCEST sometidos a angioplastia primaria.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico realizado en un hospital público de alto volumen con disponibilidad de angioplastia primaria las 24 horas del día durante todo el año. Se incluyeron consecutivamente pacientes con IAMCEST sometidos a angioplastia primaria entre enero de 2014 y marzo de 2026. El punto final primario fue mortalidad intrahospitalaria. Los puntos finales secundarios incluyeron insuficiencia cardíaca y sangrado mayor intrahospitalario. Se realizó análisis multivariado mediante regresión logística para identificar predictores independientes de mortalidad.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BASALES, ANGIOGRÁFICAS Y RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS SEGÚN SEXO

Variable	Femenino	Masculino	p
Edad, años	68 ± 12	59 ± 11	<0,001
Hipertensión arterial	72%	53%	<0,001
Diabetes mellitus	31%	21%	0,002
Dislipemia	24%	20%	0,18
Tabaquismo activo	32%	57%	<0,001
IAM previo	14%	12%	0,41
ATC previa	13%	11%	0,37
Enfermedad multivaso	46%	42%	0,24
Enfermedad de TCI	5,4%	4,4%	0,51
Killip-Kimball D	11%	6%	0,01
BCIA	6%	3%	0,03
TIMI 0 inicial	67%	65%	0,62
TIMI 3 final	74%	81%	0,02
Mortalidad intrahospitalaria	13%	7%	<0,001
Insuficiencia cardíaca	6%	2%	<0,001
Sangrado mayor	1,6%	0,3%	0,01

Resultados: Se incluyeron 1611 pacientes; el 19,6% correspondió al sexo femenino. Las mujeres presentaron mayor edad, mayor prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Asimismo, presentaron mayor frecuencia de shock cardiogénico. La mortalidad intrahospitalaria fue significativamente mayor en mujeres (13% vs 7%; p<0,001), así como la insuficiencia cardíaca (6% vs 2%; p<0,001) y el sangrado mayor (1,6% vs 0,3%; p=0,01). En el análisis multivariado, el sexo femenino se asoció independientemente con mayor mortalidad intrahospitalaria (OR 1,94; IC95% 1,18–3,21; p=0,009).

Conclusión: En esta experiencia contemporánea de un hospital público de alto volumen, el sexo femenino se asoció con mayor mortalidad intrahospitalaria y peor evolución clínica en pacientes con IAMCEST sometidos a angioplastia primaria.

1047 - IMPACTO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL SOBRE LAS CAMARAS CARDIACAS DERECHAS

Multimagen

Victoria CARRERA | Pablo Alcantara COSTAS MARTIGNAGO | Adrián José LESCANO | Mariela Mayra MERCADO ORELLANA | Maria PEREZ | Nicolás SILVA CROOME

CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES

Introducción: Las alteraciones estructurales de las cavidades derechas son frecuentes en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada sometidos a terapia de reemplazo renal (TRR), debido a la sobrecarga de volumen, la hipertensión pulmonar y el remodelado cardiovascular. Su impacto clínico y su relación con el tratamiento médico habitual no se encuentran completamente caracterizados.

Objetivos: Determinar la prevalencia de dilatación de cavidades cardiacas derechas y analizar su asociación con parámetros ecocardiográficos y tratamiento cardiovascular en pacientes ambulatorios bajo TRR.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, analítico en pacientes en TRR sometidos a ecocardiografía Doppler color de rutina. Se analizaron variables clínicas y parámetros ecocardiográficos. Se definió dilatación auricular derecha (AD) como área >18 cm² y dilatación ventricular derecha (VD) como diámetro basal >41 mm. Además los parámetros de cavidades derechas analizados fueron: área AD, diámetro VD, TAPSE, CAF VD, onda S del VD, presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP), velocidad de regurgitación tricúspidea (VRT) e insuficiencia tricúspidea (IT)). Las asociaciones entre variables categóricas se evaluaron mediante prueba de ?² o test exacto de Fisher, según correspondiera. Se consideró estadísticamente significativa una p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 190 pacientes, la edad media de la población fue de 57,6 ± 12,5 años y el 55,8% correspondió al sexo masculino. Los parámetros ecocardiográficos mostraron: Fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada: 62,9 ± 7,5% (n=188). Área de aurícula izquierda: 21,0 ± 5,6 cm2 (n=144). Área de aurícula derecha: 17,6 ± 4,9 cm² (n=121). Diámetro basal ventrículo derecho: 39,3 mm ± 5,7 (n=146). CAF VD: 44,5 ± 8,0% (n=73). TAPSE: 23,7 ± 3,4 mm (n=122). La insuficiencia tricuspídea (IT) estuvo presente en 97 pacientes (45,3%), siendo leve en 91, moderada en 4 y severa en 2. La PSAP fue >35 mmHg en 38/81 pacientes (46,9%) y >45 mmHg en 19/81 (23,5%); la VRT >2,8 m/s se registró en 15/22 (68,2%). Al analizar la asociación entre VRT >2,8 m/s y remodelado derecho, los pacientes con VRT elevada presentaron un área de AD numéricamente superior (17,99 ± 5,92 cm² vs 17,56 ± 4,61 cm²; p=0,735), sin diferencias significativas en la prevalencia de dilatación auricular derecha (40,0% vs 28,1%; OR 1,70; p=0,330). En contraste, mostraron un mayor

diámetro basal del VD (41,19 ± 5,66 mm vs 38,83 ± 5,66 mm; p=0,055) y una mayor prevalencia de dilatación ventricular derecha (50,0% vs 28,8%; OR 2,47; p=0,044)

Conclusión: En esta cohorte de pacientes en TRR, se observó dilatación de cavidades derechas, con función sistólica ventricular globalmente preservada, la elevada proporción de pacientes con VRT >2,8 m/s sugiere una alta probabilidad ecocardiográfica de hipertensión pulmonar. Estos hallazgos resaltan la importancia de la evaluación ecocardiográfica sistemática de las cavidades derechas para la estratificación de riesgo cardiovascular en pacientes sometidos a TRR, sin embargo, la ausencia de variables de seguimiento en esta cohorte limita el análisis pronóstico formal.

1048 - DÉFICIT DE HIERRO Y ANEMIA EN INSUFICIENCIA CARDÍACA: PREVALENCIA, PERFIL CLÍNICO Y BRECHA TERAPÉUTICA

Insuficiencia Cardíaca, Miocardiopatías y Pericardio

Guillermina SORASIO | Sabrina SCIOLINI | María Belén CANTARINI ECHEZARRETA | Pablo Ezequiel RODRÍGUEZ | Florencia Danila DIAZ | **Karem PARDO SOTO** | Jano Matías LEGAZ | Mario Daniel FITZ MAURICE

Hospital Rivadavia

Introducción: El déficit de hierro es la comorbilidad nutricional más frecuente en la insuficiencia cardíaca (IC), con una prevalencia del 35–55% en la IC crónica. Se asocia de forma independiente a peor capacidad de ejercicio, peor clase funcional y mayor riesgo de hospitalización, y es una condición corregible. [1]

Objetivos: Estimar la prevalencia de déficit de hierro y anemia, su distribución por fenotipo de FEVI y la brecha terapéutica en el registro de IC del Hospital Rivadavia.

Materiales y Métodos: Diseño y población Análisis retrospectivo, unicéntrico, del registro de 70 pacientes con IC del Hospital Rivadavia. Para el estado férrico se incluyó el subgrupo con ferritina y TSAT disponibles (n=43); la hemoglobina estuvo disponible en 66 pacientes. Definiciones - Déficit de hierro (ESC): absoluto = ferritina < 100 ng/mL; funcional = ferritina 100–299 ng/mL con TSAT < 20%. - Anemia (OMS): hemoglobina < 13 g/dL en varones y < 12 g/dL en mujeres. - Fenotipos por FEVI: reducida (<40%), levemente reducida (40–49%), preservada (mayor o igual a 50%). - Endpoint clínico compuesto: internación por IC a 12 meses, muerte, ingreso a lista de trasplante o trasplante. Análisis estadístico Comparación de pacientes con y sin déficit mediante U de Mann-Whitney (continuas) y prueba exacta de Fisher (categóricas). Análisis exploratorio; significación p < 0,05.

Tabla 1. Prevalencia de déficit de hierro y anemia

Parámetro	n / N	%
Déficit de hierro (ESC)	20/43	47%
— déficit absoluto (ferritina < 100)	14/43	33%
— déficit funcional (100–299 + TSAT < 20)	6/43	14%
Anemia (OMS)	31/66	47%
Déficit de hierro sin anemia *	8/19	42%
En tratamiento con hierro (entre deficitarios)	2/20	10%

** Calculado entre los pacientes con déficit de hierro y hemoglobina disponible. ESC: Sociedad Europea de Cardiología; TSAT: saturación de transferrina; OMS: Organización Mundial de la Salud.*

Tabla 2. Déficit de hierro por fenotipo de FEVI

Fenotipo (FEVI)	n	Déficit de hierro, n (%)
FErEF (<40%)	27	14 (52%)
FEmrEF (40–49%)	8	4 (50%)
FEpEF (≥50%)	7	1 (14%)
Global	43	20 (47%)

Tabla 3. Comparación entre pacientes con y sin déficit de hierro

Variable	Con déficit (n=20)	Sin déficit (n=23)	p
Edad (años), media ± DE	66,4 ± 13,2	62,5 ± 9,0	0,380
Sexo femenino, n (%)	9 (45%)	4 (17%)	0,094
FEVI (%), media ± DE	36,4 ± 8,4	39,3 ± 12,3	0,519
NYHA, mediana [RIC]	2,0 [1,0–2,0]	2,0 [1,0–2,0]	0,398
Hemoglobina (g/dL), media ± DE	11,9 ± 1,7	13,2 ± 2,4	0,028
6MWT (m), mediana [RIC]	434 [385–477]	459 [431–486]	0,336
Endpoint compuesto, n (%)	4 (20%)	4 (17%)	1,000

FEVI disponible en 42 pacientes; hemoglobina en 41; 6MWT en 22. NYHA: clase funcional.

Resultados: En el subgrupo analizado (n=43), la prevalencia de déficit de hierro según criterios ESC fue del 47% (20/43): 14 casos de déficit absoluto (33%) y 6 de déficit funcional (14%). La anemia estuvo presente en el 47% de los pacientes con hemoglobina disponible (31/66) (Tabla 1, Figuras 1 y 2). Déficit de hierro sin anemia Entre los pacientes con déficit de hierro y hemoglobina disponible, 8 de 19 (42%) no presentaban anemia. Distribución por fenotipo de FEVI El déficit de hierro fue prevalente en los fenotipos de FEVI reducida (52%, 14/27) y levemente reducida (50%, 4/8), con menor prevalencia en FEVI preservada (14%, 1/7) (Tabla 2, Figura 3). Comparación entre pacientes con y sin déficit Los pacientes con déficit de hierro presentaron menor hemoglobina (11,9 vs 13,2 g/dL; p=0,028) y una mayor proporción de mujeres, sin alcanzar significación (45% vs 17%; p=0,094). No hubo diferencias en edad, FEVI, clase funcional, distancia caminada en 6 minutos ni en el endpoint clínico combinado (Tabla 3). Discusión.

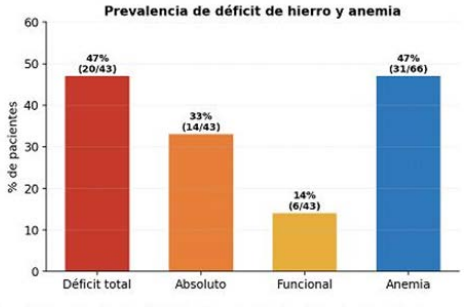


Figura 1. Prevalencia de déficit de hierro (total, absoluto y funcional) y de anemia.

La prevalencia de déficit de hierro (47%) se ubicó dentro del rango del 35–55% descripto internacionalmente para la IC crónica. [1][7] El hallazgo de mayor implicancia práctica fue que más de cuatro de cada diez pacientes con déficit no presentaban anemia: el hemograma aislado es insuficiente para su detección, por lo que las guías incorporan la ferritina y la TSAT como criterios diagnósticos, no la hemoglobina. [1-3] La mayor prevalencia en los fenotipos de FEVI reducida y levemente reducida es consistente con la evidencia y con las poblaciones de los ensayos que demostraron beneficio del tratamiento

Conclusión: El déficit de hierro fue muy prevalente en esta cohorte de IC (47%), frecuentemente sin anemia acompañante (42% de los deficitarios no anémicos) y predominante en los fenotipos de FEVI reducida y levemente reducida, con una marcada subutilización del tratamiento (solo 10% de los deficitarios en reposición). Estos hallazgos respaldan la incorporación sistemática de la ferritina y la saturación de transferrina a la evaluación de todo paciente con IC y la consideración de la reposición férrica endovenosa según indicación, conforme a las guías ESC 2021/2023 (Clase I sintomática, Clase IIa hospitalizaciones) y ACC/AHA/HFSA 2022 (Clase IIa).

1052 - NUEVAS HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST

Cardiopatía Isquémica/ Medicina Digital E Inteligencia Artificial

Macarena Luz ROSATI | Gonzalo DÍAZ BABIO | Gabriela DIAZ JAUSORO | Diego Federico UDREA ARIAS | Florencia SOBRINO | Claudio COSMAN

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS ABEL ZUBIZARRETA

Introducción: La utilización de Scores de riesgo en el Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST (SCASEST) es un paso necesario para la estratificación y optimización del tiempo a la cinecoronariografía, logrando de esta manera reducción de eventos cardiovasculares. Numerosos trabajos demostraron que la estratificación de riesgo aún en países desarrollados no se implementa de forma adecuada. En medios hospitalarios de baja complejidad la estratificación de riesgo cobra un rol crítico dada la limitada disponibilidad de recursos, es por ello que la utilización de nuevas herramientas tecnológicas con inteligencia artificial, podría ser prometedora.

Objetivos: Comparar la precisión diagnóstica de nuevas herramientas de Inteligencia Artificial en la estratificación de riesgo de los SCASEST frente a los Scores tradicionales.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional unicéntrico en un hospital de baja complejidad. Entre diciembre 2024 y diciembre 2025, se incluyeron 22 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de SCASEST que consultaron a la guardia y en quienes se realizó CCG en hospitales en red. Se calculó en todos ellos los Scores de riesgo tradicional (GRACE (G), TIMI (T), HEART SCORE (HS)) y se realizó la estratificación de riesgo a través de la herramienta PM cardio ® (PM). Se realizó un análisis de rendimiento diagnóstico de nuestra cohorte. La presencia de lesiones coronarias severas documentadas por cinecoronariografía fue utilizada como "gold standard". Para el análisis estadístico se utilizó STATA 13.0. Las variables continuas fueron expresadas en mediana y rango intercuartílico según distribución. Se realizó análisis comparativo utilizando test de Fischer. Y Se calculó el rendimiento estadístico y precisión diagnóstica, y test de McNemar.

Resultados: HS presentó mayor sensibilidad (67%) que PM, G y T (54%, 33% p=ns y 20%; p=s). El grupo G mostró la mayor especificidad de la cohorte (100% vs HS 86%, PM 80%, T 86%; p=ns). En cuanto a la precisión diagnóstica, el grupo HS mostró el mejor rendimiento (73%) frente a PM (61%; p=), G (55%) y T (41%) mostrando este último, el menor rendimiento global. Por otro lado, HS mostró fuerte asociación con la presencia de lesiones coronarias severas (OR=12,0; p=0,063), seguido por PM (OR=4,67; p=0,314).

Conclusión: En nuestro estudio, HS permitió identificar pacientes de bajo riesgo que pueden ser dados de alta desde urgencias, ha demostrado ser la mejor herramienta de detección de SCASEST. La implementación de PM no evidenció mejor rendimiento diagnóstico que los otros Scores. Si bien la Inteligencia Artificial es prometedora como herramienta, su rol de estratificación de pacientes con SCASEST aún necesita mejoras significativas en el área de urgencias.

1054 - HP GRUPO III. ¿LA EXPERIENCIA SUPERA LA EVIDENCIA?

Enfermedad Vascular Pulmonar

Ianina Alejandra FERNÁNDEZ | Juan ENGHELMAYER | Nicolás SILVA CROOME | Pablo Alcantara COSTAS MARTIGNAGO | José Manuel FIGUEROA | Julieta SORICETTI | Fabián CARO | Adrián José LESCANO

CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES

Introducción: La Hipertensión Pulmonar del Grupo III representa una entidad con una elevada morbimortalidad. Disponemos de escasa información sobre las variables pronósticas e implementación de terapéutica en esta población.

Objetivos: Determinar las características clínicas basales, y tratamiento de nuestra población de pacientes (p) con Hipertensión Pulmonar del Grupo III

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo, prospectivo que incluyó p con diagnóstico de HP grupo III, confirmado por cateterismo derecho (CCD), según guías ESC 2022 entre 2011 y 2025. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, funcionales y terapéuticos en nuestra base de datos. Las variables cualitativas se expresan en porcentaje (%), las cuantitativas en media con desvío estándar (DS) o rango intercuartilo(RI) según distribución y calidad de las variables. Se determinó la significancia estadística a partir de un valor de p mayor a 0.05. Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA 14.

Resultados: Se incluyeron 149 p, edad media de 71,2 años (± 8,16) y 51,7% de sexo masculino. En cuanto a los subgrupos se observó 61,6% enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID), seguido de 18,5% Enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC), 19,9% síndrome combinado enfisema/fibrosis. El 65% presentó clase funcional (CF) avanzada (III/IV de la NYHA). El 38,7% presentó insuficiencia cardíaca, 6,7% síncope y el 5% ángor. La distancia media en el test de 6M fue de 282 metros +/- 132 y solo el 10% recorrió una distancia mayor a 440 metros. En el 68% de p se observa mayor diámetro basal del ventrículo derecho 47,5 +/- 6,44. El 45,4% presentó deterioro de la función sistólica de ventrículo derecho (FSVD), Onda S de VD de 12,73cm/seg +/- 3,66. El 17,5% presentó derrame pericárdico. El 60% de p mostró disminución en la DLCO una mediana de 31 (RI 24,5–38; n=52). Con respecto a las variables hemodinámicas, la presión media de la aurícula derecha (PAD) fue de 7,9 mmHg +/- 4,2, la presión media de la arteria pulmonar de 34,5 mmHg +/- 3,9, resistencia vascular pulmonar (RVP) media de 5,2 UW +/- 3,52 e IC de 2.83 l/min/m2 +/- 0,77. El NT-proBNP tuvo una mediana de 598 pg/ml (RI 538 +/-1565). Se utilizó en el 35,6% furosemida, en el 34,2% espironolactona y en el 2,7% de los pacientes ISGLT2 como tratamiento no específico. El 82% recibió inhibidores de fosfodiesterasa 5 (IFDE5) de los cuales el 76,53% fue tadalafilo y el 23,47% sildenafil, el 25% prostaglandinas inhaladas y el 2% selexipag.

Conclusión: En nuestra cohorte de pacientes con HP grupo III se observó una elevada prevalencia de población en CF avanzada y variables clínicas, ecocardiograficas, funcionales y hemodinámicas de alto riesgo, con un elevado uso de IPDE-5 en el tratamiento. Esta información nos obliga a profundizar el conocimiento con estudios a mayor escala y establecer un diagnóstico más precoz.