

LIBRO DE RESÚMENES • TEMAS LIBRES Y CASOS CLÍNICOS

MODALIDAD: TRABAJO CIENTÍFICO

0107 - EL CORAZÓN DE LA MUJER: ¿EXISTEN DIFERENCIAS?

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Prevención y Epidemiología

RODRIGUEZ MARTIN, Isabel

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO

Introducción: La enfermedad cardiovascular sigue siendo la primera causa de muerte, tanto en hombres como en mujeres, a pesar de los importantes avances en la técnica quirúrgica y la mejora en la atención o la estratificación del riesgo preoperatorio. Los estudios publicados disponibles hasta el momento, parecen concluir peores resultados en salud en mujeres sometidas a cirugía cardiovascular.

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar la influencia pronóstica perioperatoria del sexo de los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular asociada a circulación extracorpórea.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que se incluye todos los pacientes (N=686) sometidos a cirugía cardiovascular (CCV) asociada a circulación extracorpórea (CEC) en nuestro centro hospitalario. El estudio comprende todos los pacientes intervenidos durante un periodo de tiempo de 3 años. Los pacientes fueron divididos en dos grupos, según sexo, el grupo 1 lo forman 365 hombres y el grupo 2 lo constituyen 321 mujeres. El análisis incluye variables epidemiológicas, quirúrgicas y postoperatorias.

Resultados: En primer lugar, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a los factores de riesgo preoperatorios (edad, IMC, dislipemia, hipertensión y obesidad). Los hombres presentaron mayor incidencia de tabaquismo (15,6% vs 4,6%, p=0,000). En segundo lugar, durante la cirugía cardiovascular, se observaron diferencias entre grupos en relación a la incidencia de transfusión. Así, un mayor porcentaje de mujeres necesitó de transfusión durante el perioperatorio (28,4% vs 49,1%, p=0,000). Esta diferencia fue mayor en el caso de concentrado de hematíes (16,0% vs 40,2%, p=0,000) y plasma (5,2% vs 10%, p=0,047). Por último, se observó una mayor incidencia de complicaciones en mujeres durante la estancia en UCI (73,0% vs 80,4%, p=0,024), sobre todo de complicaciones cardíacas: insuficiencia cardíaca (5,7% vs 13,2%, p=0,001), arritmias (39,0% vs 50,9%, p=0,005), hipotensión (7,7% vs 12,5%; p=0,05), taponamiento (2,2% vs 3,6%; p=0,240) y bradicardia (2,2% vs 6,4%; p=0,010).

Conclusiones: En comparación con los hombres, las pacientes mujeres presentan peores resultados. Estos resultados parecen estar relacionados con la menor

superficie corporal, menor número de injertos (mayor riesgo de revascularización incompleta) y mayor hemodilución durante la CEC. Se requieren más estudios para comprender por qué las mujeres experimentan más complicaciones tras cirugía cardíaca.

•••••

0115 - ADHERENCIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR E INSUFICIENCIA CARDÍACA ANTICOAGULADOS CON APIXABAN

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Crónica

OLAYA MUÑOZ, Qandi Xue | TOR BALES, Carla

Mikaela | MENESES SANCHEZ, Johan Guillermo |

ORTIZ CALDERON, Raúl Andrés | SILVERA, Gabriela

| ORMAECHEA, Gabriela

HOSPITAL DE CLINICAS DR MANUEL QUINTELA

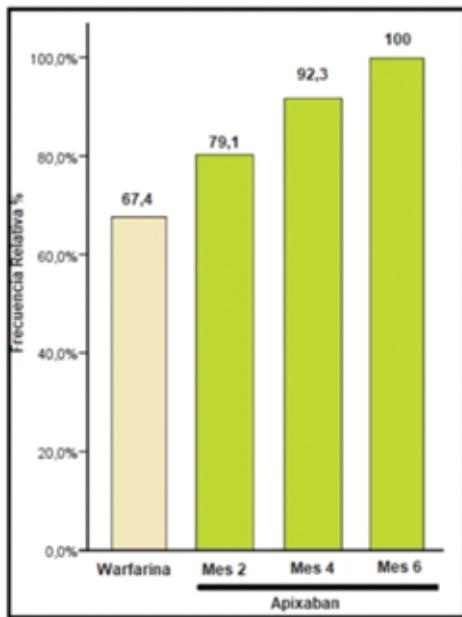
Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). La anticoagulación es pilar del tratamiento, los más utilizados son los antagonistas de la vitamina K, presentando desventajas: monitorización frecuente, interacciones farmacológicas, entre otros. La Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC),

Tabla 1: Características de la población.			
Característica	F. Absoluta	F. Relativa %	Media +/- EE
Sexo M/F	31/12	72,1/27,9	-----
Edad (años)	-----	-----	71,1 +/- 1,5
Peso (kg)	-----	-----	85,7 +/- 2,7
Peso > 60 kg	40	93,0	-----
Presencia de comorbilidades	41	95,3	-----
Hipertensión arterial	39	90,7	-----
Diabetes mellitus	12	27,9	-----
Cardiopatía isquémica	14	32,6	-----
Anemia	10	23,3	-----
INR inicial (n=18)	-----	-----	1,5 +/- 0,1
TTR	-----	-----	59,2 +/- 2,0
Creatinina (mg/dl) (n=37)	-----	-----	1,1 +/- 0,1
Creatinina > 1,5 mg/dl	34	91,9	-----

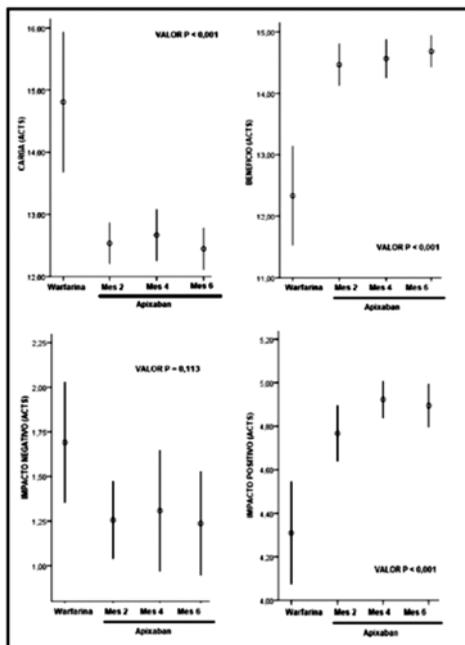
evidenció que el 32% de pacientes no lograban un tiempo en rango terapéutico (TTR) óptimo, y el 60% presentaba un SAME-T2R >2. Los anticoagulantes directos (ACOD) han demostrado igual eficacia, con menor riesgo hemorrágico, sin requerir monitorización. En Uruguay, no hay estudios en IC que valoren la adherencia y el impacto en calidad de vida con el uso de ACOD.

Objetivos: Los objetivos de esta investigación es ob-

Figura#1: Adherencia al tratamiento por escala de Morisky modificada.



Figura#2: Escala ACTS – Carga, beneficio, impacto negativo y positivo.



servar los cambios en la adherencia, calidad de vida y satisfacción de los pacientes con FA e IC, a quienes se cambió el anticoagulante oral y observar la aparición de eventos trombóticos o hemorrágicos.

Materiales y Métodos: Estudio cuasiexperimental, prospectivo, longitudinal, en pacientes de UMIC con FA anticoagulados con warfarina con TTR<65% y SAME-T2R>2 entre Julio/2021 y Junio/2022. Se excluyeron: prótesis valvular, valvulopatía mitral severa, filtrado glomerular <15, insuficiencia hepática severa. Se utilizó el cuestionario Anti-Clot Treatment Scale (ACTS) y Morisky para evaluar satisfacción, la calidad de vida, y la adherencia respectivamente. Se utilizó CHA2DS2-VASc y HAS-BLED para evaluar riesgo trombótico y hemorrágico respectivamente. Los cuestionarios se aplicaron con el uso de warfarina y posteriormente al cambio a apixaban, realizándose seguimiento al 2º, 4º y 6º mes.

Resultados: De los 43 pacientes incluidos, 31 masculinos. Se observó una diferencia estadísticamente significativa de los pacientes que no adhieren a warfarina (p<0,001). Al valorar calidad de vida se observó una diferencia estadísticamente significativa hacia apixaban: carga de enfermedad (p<0,001), impacto positivo (p<0,001) y beneficios del tratamiento (p<0,001). Para el impacto negativo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa (p=0,113). No se observaron eventos embólicos y hemorrágicos.

Conclusiones: La mayoría de los ensayos clínicos con anticoagulantes han analizado eficacia, sin centrarse en la adherencia, satisfacción y calidad de vida. Esta investigación, la primera a nivel nacional, valora dichos aspectos en pacientes con insuficiencia cardíaca. Evidenciando una diferencia significativa en mayor adherencia, satisfacción y calidad de vida con apixaban vs warfarina, en ausencia de eventos trombóticos o hemorrágicos.

.....

0118 - OUTCOMES DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN PRESERVADA VERSUS REDUCIDA/LEVEMENTE REDUCIDA EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, LIMA, PERU

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Aguda

GARCIA SANDOVAL, María Cecilia | OLIVER

RENGIFO, Paola | CHUMBE MONTORO, Javier |

BRAVO ARTEAGA, Cecilia

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

Introducción: La prevalencia de insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección (FE) preservada (ICFEP) está en aumento, incluso más que la IC con FE reducida (ICFER). Recientemente se ha realizado la caracterización de la ICFEP en IC Aguda (ICA) y parece ser que el pronóstico a corto plazo es mejor que el de la ICFER.

Objetivos: Describir las características clínicas y los

resultados a corto plazo de pacientes ingresados con ICA con FE preservada en comparación con FE reducida y levemente reducida, en un hospital peruano de referencia nacional.

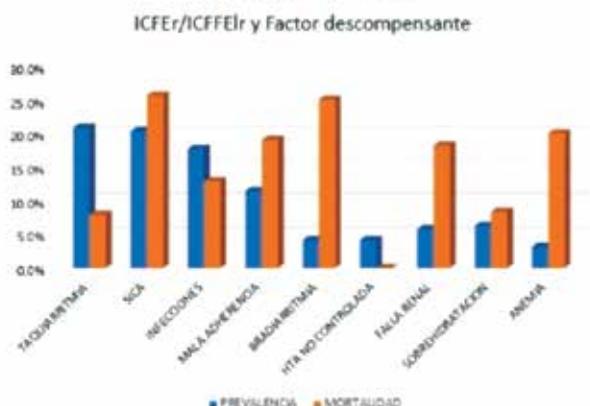
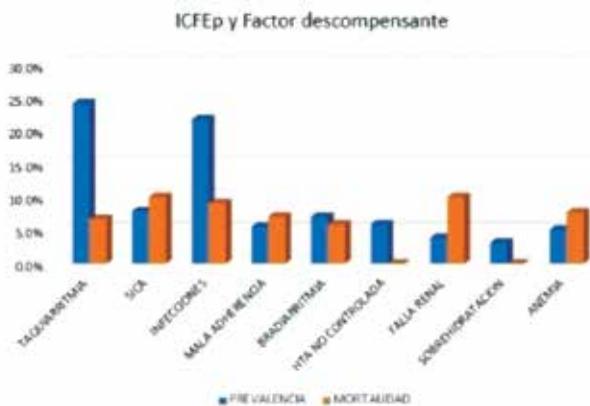
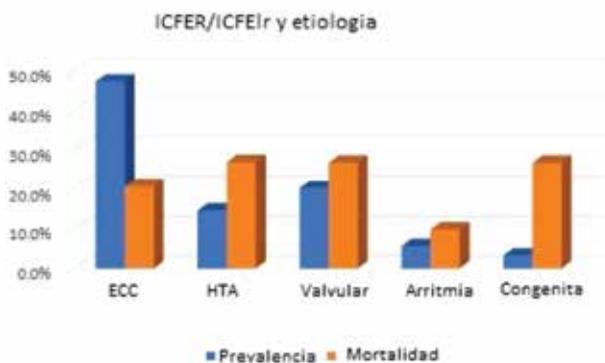
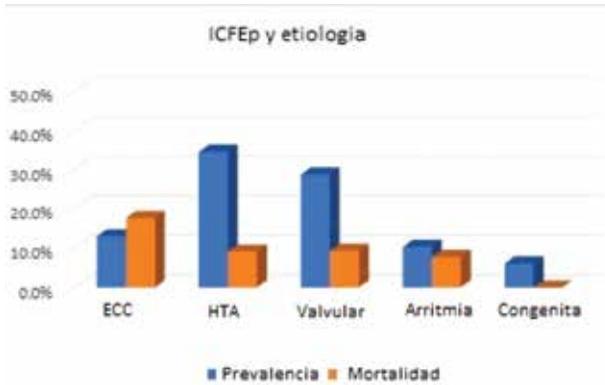
Materiales y Métodos: Se realizó un registro prospectivo de pacientes con ICA entre 2017 y 2019 en nuestra institución. Los pacientes fueron estratificados por $FE \geq 50\%$

(ICFEp) y $FE < 50\%$ (ICFEr/ICFEI). Se analizaron las características clínicas y demográficas y los datos de mortalidad hospitalaria comparando ambos grupos.

Resultados: De 480 casos de ICA, el 55% tuvo ICFEp y el 45% tuvo $FE < 50\%$ (ICFEr/ICFEI). En el primer grupo la edad promedio fue de 67,2 años y 61,3% fueron mujeres. La hipertensión arterial (HTA) fue la etiología más frecuente (34,4%), luego valvulopatía (28,6%) y enfermedad coronaria (ECC) (13,0%). Los motivos de descompensación fueron taquiarritmia (24%) e infección (21,6%). En el grupo ICFEr/ICFEI la etiología más frecuente fue ECC (47,4%), seguida de valvulopatía (20,4%) e HTA (14,7%). Los factores descompensantes fueron taquiarritmia (20,8%) y síndrome coronario agudo (SCA) (20,3%). La mortalidad hospitalaria fue 10,7% en ICFEp y 20,7% en ICFEr/ICFEI. En el grupo ICFEp, la mortalidad fue mayor en los pacientes con ECC (17,6%), aunque fue similar a otras etiologías. En ICFEr/ICFEI, la mortalidad fue mayor en pacientes con HTA y valvulopatía (26,8% c/u) y fue del 20,8% en ECC. La mortalidad según los factores descompensantes en pacientes con ICFEp fue mayor por SCA e infección (10% y 9,1%, respectivamente). En los pacientes con ICFEr/ICFEI, el SCA fue el factor descompensante que acarrió mayor mortalidad 25,6%, seguido del mal cumplimiento del tratamiento (19%).

Conclusiones: La mortalidad intrahospitalaria en pacientes con ICFEp fue la mitad que en ICFEr/ICFEI. La taquiarritmia fue el motivo de hospitalización más común en ambos grupos, pero con baja mortalidad. El SCA fue el factor descompensante con mayor tasa de mortalidad, especialmente en el grupo ICFEr/ICFEI.

•••••



0119 - EFECTO DE LOS INHIBIDORES DE COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (SGLT2) SOBRE LAS VARIABLES CLÍNICAS Y DE LABORATORIO UTILIZADAS EN EL CONTROL DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO REDUCIDA (FEVIR) DE LOS PACIENTES ACTIVOS DEL PROGRAMA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA (PIC) DEL HOSPITAL CLÍNICA BÍBLICA

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Crónica
 SPERANZA SÁNCHEZ, Mario Osvaldo(1) | DÍAZ MADRÍZ, José Pablo(1) | CHAVERRI FERNÁNDEZ, José Miguel(2) | ZAVALETA MONESTEL, Esteban(1) | BLANCO JARA, Marleny(1) | FALLAS MORA, Abigail(2) | ARGUEDAS CHACÓN, Sebastián (1) | VELÁZQUEZ ALFARO, Luis Daniel(2)
 HOSPITAL CLÍNICA BÍBLICA (1); UNIVERSIDAD DE COSTA RICA (2)

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome que afecta a más de 26 millones de personas

en todo el mundo. Los inhibidores de SGLT2 son fármacos que han demostrado tener un efecto positivo en el manejo de pacientes con IC independientemente del estado de la diabetes.

Objetivos: Este estudio pretende analizar el efecto de estos medicamentos sobre las variables clínicas, de laboratorio y ecocardiográficas en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida (FEV_{Ir}).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes con IC con FEV_{Ir} que tuvieran prescrito un inhibidor de SGLT2 y fueran parte del Programa de IC (PIC). Se recopilaron datos clínicos y de laboratorio de relevancia para estos pacientes y se hizo un análisis en el tiempo de estos, validando por medio de análisis estadísticos los resultados obtenidos.

Resultados: De la totalidad de pacientes del programa de insuficiencia cardíaca, 24 cumplieron los criterios de inclusión, con una edad promedio de 68 años. A través del estudio fue posible encontrar una diferencia significativa en los valores de NT-ProBNP antes y después de instaurada la terapia con inhibidores de SGLT2 en 14 pacientes ($p=0,0124$). Además, hubo una mejoría de un 71% en la escala funcional NYHA, y no se observaron cambios significativos en la función renal ni en otros valores de laboratorio.

Conclusiones: Según los parámetros estudiados y a través de los cambios generados durante el tiempo de seguimiento fue posible observar una mejoría en los pacientes que tienen instaurado un inhibidor de SGLT2 para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca con FEV_{Ir}.

.....

0120 - HALLAZGO DE ASOCIACIÓN DE IC Y EXTRASÍSTOLES VENTRICULARES CON QRS MAYOR A 120 MSEG EN UNA POBLACIÓN JOVEN POST COVID-19

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Miocardiopatías y Valvulopatías

FRANCHI, Marcelo Víctor | FRANCHI, Alicia Natalia | RAMIREZ, Mauro Nahuel | ALMIRÓN, Sergio F. | TAIE, María L.R. | HERNANDEZ WALLACE, Walter
INSTITUTO FRANCHI CARDIOLOGIA

Introducción: Las extrasístoles ventriculares son un hallazgo frecuente en pacientes post COVID-19. No está bien esclarecido si la presencia de QRS ancho podía empobrecer el pronóstico de estos pacientes o asociarse con mayor complicaciones. Es por esto que se evaluó la presencia de extrasístoles QRS mayor a 120 mseg, en búsqueda de indicadores clínicos de insuficiencia cardíaca.

Objetivos: Determinar si la presencia de extrasístoles ventriculares con QRS ancho mayor a 120 mseg se asocia a mayor IC.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, re-

trospectivo, donde se incluyeron 61 pacientes post CoViD-19, de consultorios externos desde septiembre del 2020 a mayo del 2021. Todos presentaban en el electrocardiograma extrasístoles ventriculares. Se definió CoViD-19 por método de PCR en el panel de febriles. Se analizaron variables clínicas como edad, sexo, HTA y DBT. En el electrocardiograma en reposo se evaluaron las extrasístoles ventriculares con QRS mayor a 120 mseg. Se analizó el ancho de QRS en milisegundos y se tomaron en cuenta las extrasístoles ventriculares de QRS ancho mayor a 120 mseg. Se analizaron variables clínicas de mala evolución como la aparición de síntomas de IC. Se definió IC por criterios de Framingham (disnea progresiva, edemas en miembros inferiores, yugulares ingurgitadas, taquicardia, r3 y tos nocturna). Se utilizó el sistema estadístico SPSS IBM statistic. Se determinó como p significativa la $p>0,05$ e IC 95.

Resultados: En esta población de 61 pacientes jóvenes post CoViD-19, se evaluó la presencia de arritmia ventricular. La edad media fue de 46 años, el sexo prevalente fue femenino (hombres 41% y 59% mujeres). En cuanto a las comorbilidades el 40% tenía HTA y el 13%, DBT. Los pacientes que presentaban extrasístoles ventriculares con QRS mayor a 120 mseg, tenían manifestaciones clínicas de IC con una p significativa de 0,0001. Al evaluar la población con extrasístoles ventriculares con QRS menor a 120 mseg, no se encontraron signos de IC con una p significativa de 0,002.

Conclusiones: La presencia de extrasístoles ventriculares con QRS ancho mayor a 120 mseg, actuó como un marcador de IC en esta población post CoViD-19 con una p estadísticamente significativa. Esto significa que la presencia de extrasístoles ventriculares con QRS mayor a 120 milisegundos, aberrantes, podrían indicar la presencia de múltiples focos de injuria miocárdica de origen viral, que se traduciría en la expresión clínica de IC. Por esto podríamos pensar que las extrasístoles ventriculares de QRS ancho podrían ser marcadores de IC en pacientes recuperados de CoViD-19.

.....

0121 - EXTRASÍSTOLES VENTRICULARES CON MORFOLOGÍA DE BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA EN PACIENTES POST COVID-19 Y SU IMPLICANCIA CLÍNICA. UN NUEVO MARCADOR DE DETERIORO VENTRICULAR

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Miocardiopatías y Valvulopatías

FRANCHI, Marcelo Víctor | FRANCHI, Alicia N | RAMIREZ, Mauro N. | TAIE, María L.R. | ALMIRÓN, Sergio F. | HERNANDEZ WALLACE, Walter
INSTITUTO FRANCHI. CARDIOLOGIA

Introducción: Sabemos que en tiempos de CoViD, la afección pulmonar provocó alteraciones en el ventrículo derecho, expresadas en insuficiencia cardíaca. Las

extrasístoles ventriculares con diferentes morfologías podrían asociarse a mayor presencia de signos y síntomas de insuficiencia cardíaca.

Objetivos: Determinar si la presencia de extrasístoles ventriculares con QRS con morfología de BCRI HH, se asocia a una mayor presencia de IC.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, donde se incluyeron 61 pacientes post CoViD-19 de consultorios externos de cardiología, desde septiembre del 2020 a mayo del 2021. Se definió IC con los criterios Framingham. Se definió la presencia de CoViD-19 por método de PCR realizada en el panel de febriles. Se analizaron variables clínicas como edad, sexo, HTA, DBT. En el electrocardiograma en reposo todos presentaban extrasístoles ventriculares. Se diferenciaron las extrasístoles ventriculares con QRS con morfología de BCRI HH vs BCRD HH. Se analizaron variables de mala evolución clínica como la aparición de signos y síntomas de IC. Los pacientes no tenían signos de neumonía. Se utilizó el sistema estadístico SPSS IBM statistic. Se determinó como p significativa, $p > 0,05$ y IC 95.

Resultados: Esta población de pacientes jóvenes post CoViD-19, presentó una edad media de 46 años, prevalencia de sexo femenino (hombres 41% y 59% mujeres), y comorbilidades como HTA en el 40% y DBT en el 13%. El electrocardiograma evidenció extrasístoles ventriculares con morfología de BCRI HH y asociación estadísticamente significativa con insuficiencia cardíaca, con una p de 0,018 IC (1,22-12,3). Sin embargo las extrasístoles ventriculares con morfología de BCRD-HH no tuvieron asociación estadísticamente significativa, con una p de 0,04 (IC 0,053-0,59).

Conclusiones: La afección viral, provocaría injuria miocárdica a nivel del ventrículo derecho expresadas en el desarrollo de insuficiencia cardíaca. Las extrasístoles ventriculares con morfología de BCRI HH, podrían ser un marcador de insuficiencia cardíaca en pacientes post CoViD-19.

.....

0122 - EVALUACIÓN NO INVASIVA DE LA PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO CAPILAR PULMONAR: COMPARACIÓN PROSPECTIVA SISTEMÁTICA DE ULTRASONIDO PULMONAR Y EL CATÉTER DE SWAN-GANZ

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Aguda

DE BORTOLI, María Antonella

INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA "JUANA F. CABRAL"

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es uno de los cuadros de mayor prevalencia y morbimortalidad en la actualidad. El diagnóstico sigue siendo un desafío y la valoración de las presiones de llenado con el correcto tratamiento, predictores de re hospitalización y mortalidad. La presión de enclavamiento

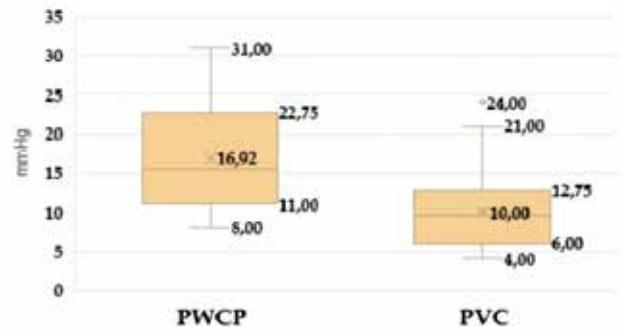


Figura 1. Valores hallados de PWCP y PVC medidos por cateterismo cardíaco derecho. PWCP: presión de enclavamiento capilar pulmonar. PVC: Presión venosa central.

capilar pulmonar (PCWP) medida por cateterismo cardíaco derecho (CCD) es útil como marcador de la presión auricular izquierda y la presión tele diastólica del ventrículo izquierdo, así como, la presión venosa central (PVC) de la precarga derecha, siendo ambos, útiles para diagnóstico como para guiar la eficacia terapéutica. A causa de las limitaciones en la accesibilidad al CCD en todos los pacientes que requieran una valoración hemodinámica precisa, resulta importante evaluar una opción no invasiva de aproximar la PCWP.

Objetivos: Evaluar la correlación entre la presencia de líneas B mediante ultrasonido (US) pulmonar en pacientes internados con el valor de PCWP y PVC medido por CCD.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, analítico y observacional, unicéntrico. Se incluyeron pacientes que ingresaron al servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios del Instituto de Cardiología J.F. Cabral, que requirieron valoración hemodinámica por CCD desde el 10 de Diciembre del 2021 al 12 Agosto del año 2022. Se consideró un valor de $p < 0,05$ estadísticamente significativo. El punto final primario fue la relación entre número de líneas B en ambos campos pulmonares mediante US pulmonar y el valor de PCWP medido por CCD. Como punto final secundario se evaluó su correlación con el valor de PVC.

Resultados: Se incluyeron un total de 35 pacientes en el periodo establecido, el 57,1% correspondió al sexo masculino, con una edad media de 68 años \pm 11 años. Los pacientes que presentaron un total de 3 ó más líneas B en ambos campos pulmonares se relacionaron con PCWP mayor a 15 mm Hg con una correlación de R de 0,46 y un valor de P estadísticamente significativo ($p=0,01$). De aquellos con 3 ó más líneas B, se evidenció que un 25% presentó PVC mayor a 8, sin relación estadísticamente significativa ($p=0,07$).

Conclusiones: Se demostró una correlación estadísticamente significativa entre la presencia de 3 ó más líneas B bilaterales, evidenciadas por US pulmonar y una PCWP elevada mediante CCD, por lo que su uso en pacientes hospitalizados para estimar PCWP resultaría útil y accesible en la práctica clínica, con alto valor predictivo positivo para el diagnóstico de

congestión pulmonar en pacientes con sospecha de IC aguda descompensada.

.....

0123 - DISFUNCIÓN VENTRICULAR EN PACIENTES CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO. DATOS DEL REGISTRO GUTI-GUCH

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Crónica

MORÓS, Claudio (1) | PAHCECO OTERO, Marisa(2) | CHOE, Hyon Ju(1) | FALIVA MAI, Gianina(3) | LOPEZ DANERI, Mariana(4) | ZANINOVICH, Mirka(5) | SOSA LIPRANDI, Álvaro(6) | NICOLOSI, Liliana(7) | SARDELLA, Ángela(1)

HOSPITAL DE NIÑOS DR RICARDO GUTIERREZ (1); Centro Jonás Salk de Osecac (2); HOSPITAL SAN MARTIN (3); HOSPITAL AUSTRAL (4); INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE CORRIENTES (5); SANATORIO GÜEMES (6); HOSPITAL ESPAÑOS DE BUENOS AIRES (7)

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es una complicación grave en la evolución de las cardiopatías congénitas del adulto (CCA), su aparición se relaciona con un marcado aumento de la mortalidad de estos pacientes.

Objetivos: Determinar la incidencia de disfunción ventricular en los pacientes con cardiopatías congénitas del adulto pertenecientes al registro GUTI-GUCH

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Utilizando el Registro GUTI-GUCH, se analizaron datos globales. Se seleccionaron pacientes con disfunción de ventrículo izquierdo (DVI), disfunción del ventrículo derecho (DVD), disfunción biventricular (DBV) y disfunción de ventrículo único (DVU). Análisis estadístico: SPSS 20, curva de Kaplan Meier (KM) contrastada por Log Rank.

Resultados: De 2923 pacientes con edad media de 31,3 años±13,3; el 54,9% (1606) eran mujeres. Óbito global: 3,6% (105). Seguimiento 43±44 meses. La disfunción ventricular sistólica de cualquier ventrículo fue de

13,5% (394). Al separar el análisis por corazón uni o biventricular observamos, tenían un corazón biventricular el 95,4% (2790) con óbito en el seguimiento 3% (80), tenían cualquier tipo de disfunción ventricular 12,5% (348), DVI 6,3% (177), DVD 8,2% (229) y DBV 2,3% (63). El análisis de sobrevida con KM mostró una sobrevida del 95% vs 72% a los 15 años de seguimiento, Log Rank 0,000 al comparar los pacientes de disfunción ventricular con los sin disfunción ventricular. Pacientes con corazón univentricular 4,6% (133) tenían una mortalidad en el seguimiento 15% (20). Tenían DVU 34,6% (46). EL Kaplan Meier no demostró diferencia en la sobrevida en pacientes con disfunción ventricular en el seguimiento.

Conclusiones: La disfunción ventricular se presenta en un tercio de los pacientes con ventrículo único, la mortalidad en el seguimiento quintuplica a la de los pacientes congénitos con corazón biventricular, pero no encontramos asociación entre éstas en el seguimiento. La disfunción ventricular en el paciente congénito con corazón biventricular alcanzó un 12,5% predominando la disfunción del ventrículo derecho. Si bien la mortalidad fue más baja, ésta sí se asoció a la disfunción ventricular en el seguimiento.

.....

0124 - BIOPSIA ENDOMIOCÁRDICA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO NOVEL DE ARGENTINA

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Trasplante

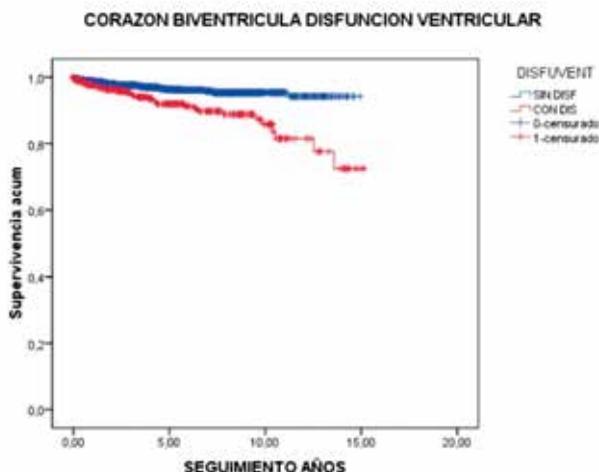
COUSILLAS, Mariana | ESPERON, Guillermina | HERNANDEZ, María Cecilia | CATENA, Enzo Roberto | COSTA, Diego | GREGORIETTI, Atenea | MUZZIO, Maximiliano | GREGORIETTI, Vanesa | CORONEL, Roberto

SANATORIO SAGRADO CORAZÓN OSECAC

Introducción: La biopsia endomiocárdica (BEM) es el procedimiento de elección para el diagnóstico histopatológico de rechazo del órgano en pacientes trasplantados cardíacos. El procedimiento puede realizarse por vía yugular interna o por vía femoral; en ambos casos, con control fluoroscópico. LA BEM permite lograr un diagnóstico certero para el control de rechazo y toma decisiones sobre la medicación inmunosupresora en trasplante cardíaco. Sus complicaciones más frecuentes son arritmias, perforación, taponamiento cardíaco, neumotórax, hematoma venoso, lesión del nervio laríngeo recurrente y, con menor frecuencia, muerte. Otra complicación descrita es la insuficiencia tricuspídea por lesión del aparato valvular.

Objetivos: Analizar número, técnicas utilizadas, resultados, y complicaciones de las biopsias realizadas en pacientes trasplantados cardíacos en un centro novel.

Materiales y Métodos: Se evaluaron las BEM realizadas en el Sanatorio Sagrado Corazón desde mayo de



2019 a febrero de 2022 y se analizaron el número, vías de acceso, resultados y complicaciones. La indicación de las BEM se realizó según lo descrito por Pulpón, según protocolo de seguimiento de nuestra unidad (semanal el primer mes, bisemanal hasta el tercer mes, mensual hasta el sexto mes, trimestral hasta el año, y luego según la clínica). Todos los procedimientos se llevaron a cabo en pacientes adultos, se priorizó como vía de acceso yugular interna, se obtuvieron entre 3 y 6 muestras por estudio.

Resultados: Desde mayo de 2019 hasta febrero de 2022, se llevaron a cabo en total 104 BEM. La vía de acceso más utilizada fue yugular interna (97,1%). El acceso femoral se utilizó en 3 procedimientos (2,8%) por estrechez en vena cava. Dentro de las complicaciones, se observó 1 caso de hematoma venoso. En otro caso se presentó ruptura endocavitaria de biótomo con requerimiento de cirugía para extracción del mismo, con buena evolución posterior. La escala de graduación que permitió lograr diagnóstico de rechazo y protocolizar una conducta con respecto al tratamiento, fue descrita por ISHLT en 2004. El grado más frecuentemente encontrado fue 0R (61), seguido de 1R (35), 2R (7) y 3R (1). Se presentó sólo un episodio de rechazo, con mejoría del cuadro clínico posterior a terapia inmunosupresora, control posterior 1R.

Conclusiones: La BEM es el estudio de elección para seguimiento de pacientes post trasplante cardíaco. Se puede realizar con una tasa de complicaciones muy baja y 0% de mortalidad. La obtención de varias muestras permite que sean adecuadas para tomar decisiones con respecto al tratamiento y así evitar efectos adversos del mismo.

.....

0125 - UTILIZACIÓN DE LA PODOMETRÍA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar

GREGORIETTI, Vanesa | CATENA, Enzo Roberto |
COUSILLAS, Mariana | HERNANDEZ, María Cecilia
| ESPERON, Guillermina | GREGORIETTI, Atenea |
COSTA, Diego | ARCE, Arturo | MUZZIO, Maximiliano
| CORONEL, Roberto
SANATORIO SAGRADO CORAZÓN OSECAC

Introducción: La podometría es un método de fácil acceso y ampliamente utilizado, el cual podría ser útil como parámetro de seguimiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión pulmonar evaluados en el test de marcha de los seis minutos.

Objetivos: Evaluar la relación de los pasos realizados durante la prueba de la marcha de 6 minutos con otros parámetros obtenidos de la misma y parámetros clínicos de pronóstico y evolución.

Materiales y Métodos: Se analizaron prospectivamente 320 estudios de prueba de marcha de 6 minutos, que

se realizaron de forma consecutiva a 320 pacientes portadores de hipertensión pulmonar de diferentes grupos, según clasificación NICE de marzo 2019 a agosto 2022. Fueron utilizados: • Saturómetro de pulso, para oximetría y control de frecuencia cardíaca. • Esfigmomanómetro para control de presión arterial basal y al final del estudio. • Podómetro digital. • Escala de Borg. • Historia clínica del paciente. • Laboratorio de rutina, con dosificación de ProBNP.

Resultados: Se obtuvieron datos de 320 estudios en 320 pacientes con hipertensión pulmonar, el 56% de la población corresponde al sexo femenino. La edad media de la población es de 49±17 años. La distancia media recorrida fue de 340 metros (rango=510-40), el número de pasos fue de 526 (rango=1150-47). Los niveles medios de BNP pro fueron de 270 pg/ml (14-1110). Se analizó la correlación de proBNP con el número de pasos y la distancia recorrida, la clase funcional en el momento del estudio, y se observó significación estadística entre los niveles de proBNP y el número de pasos caminados (p: 0,001) y la clase funcional en el momento del estudio y tiempo del estudio (p: 0,003).

Conclusiones: El número de pasos realizados en la prueba de marcha de 6 minutos se correlaciona con parámetros clínicos y de laboratorio, los cuales son útiles en la evaluación pronóstica del paciente con hipertensión pulmonar. El control del número de pasos con un podómetro simple, actualmente masivamente utilizado, durante la realización de la prueba de marcha de 6 minutos añade un dato útil y de fácil acceso para la evaluación y seguimiento de pacientes con hipertensión pulmonar.

.....

0128 - FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA (ARGEN IC)

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Aguda

SORASIO, Guillermina | SORICETTI, Julieta | VARGAS
MIELES, Paul | SANTUCCI, José | PORTILLO, Meiber
| ARAKAKI, Diego | HIRSCHSON PRADO, Alfredo
| PEREZ TERMS, Paula | FERNANDEZ, Alberto |
LESCANO, Adrian
Sociedad Argentina de Cardiología

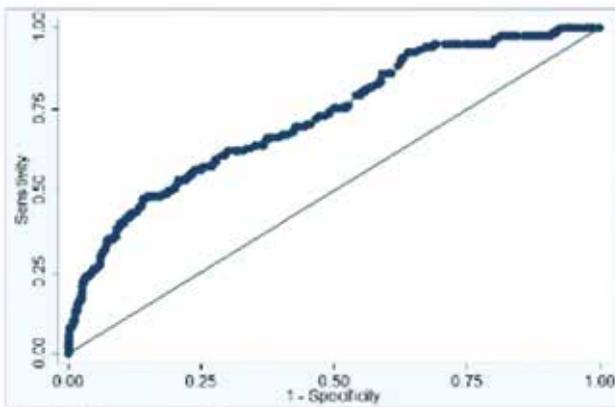
Introducción: La insuficiencia cardíaca aguda es la principal causa de hospitalización en pacientes añosos. Dado su elevada morbimortalidad, es fundamental reconocer marcadores de riesgo de eventos adversos intrahospitalarios.

Objetivos: Determinar variables pronosticas de mortalidad intrahospitalaria en pacientes internados por insuficiencia cardíaca (IC) en Argentina.

Materiales y Métodos: Registro nacional, prospectivo, observacional, multicéntrico, que incluyó pacientes

Características basales (tabla n° 1)

Variables	Valores
Edad media (años)	73 (14,2)
Sexo Masculino (%)	57
HTA (%)	76,69
Diabetes Mellitus (%)	33,1
Tabaquismo (%)	29,5
Dislipemia (%)	45,37
IC Previa(%)	37,07
Fibrilación auricular crónica (%)	37,45
Obesidad(%)	18,56
IRC (%)	9,48
EPOC (%)	14,5
ACV(%)	4,3



Area bajo la curva ROC

con insuficiencia cardíaca aguda desde 2018 a 2021. Se utilizaron test de T, chi cuadrado, Wilcoxon o Mann Whitney. El análisis multivariado se realizó regresión logística cumpliendo los supuestos de los test. La significancia estadística se definió con valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 1773 pacientes, con edad media de $73 \pm 14,2$ años y 57% sexo masculino (Tabla 1). La mortalidad global intrahospitalaria fue de 7,9% (cardiovascular 5,7%). En el análisis univariado se evidenció asociación positiva con: sexo femenino (10% vs 6,4 %; $p: 0,005$), edad (12,6% vs 4,9%; $p: 0,0001$), menor tensión arterial al ingreso (127 vs 137 mm Hg; $p: 0,0006$), asistencia respiratoria mecánica (ARM) (47,7% vs 4,8%; $p: 0,001$), ventilación no invasiva (VNI) (17,6% vs 6,3%; $p: 0,0001$), sepsis (36% vs 6%, $p: 0,0001$), shock cardiogénico y edema agudo de pulmón (EAP) (16% vs 6%, $p: 0,0001$), fibrilación auricular (9,8% vs 6,9%; $p: 0,02$), anemia (10,6% vs 6,3%; $p: 0,001$), hiperglucemia al ingreso (148 vs 135 mg/dl; $p: 0,01$), creatinina elevada (1,71 vs 1,45 mg/dl; $p: 0,006$), NTproBNP elevado (9569 vs 7644 pg/ml; $p: 0,04$), hematocrito (36,1 vs 37,9%; $p: 0,0038$) menor hemoglobina (11,7 vs 12,34 g/dl; $p: 0,003$) y leucocitosis (9729,76 vs 8900 cel/mm³; $p: 0,01$). En el ecocardiograma Doppler, la elevación de la presión pulmonar sistólica (50,1 vs 46,5 mm Hg; $p: 0,02$), y en relación al tratamiento, infusión continua de furosemida (11,3% vs 7,1%; $p: 0,01$), necesidad de dosis máxima de diuréticos (369 vs 169 mg; $p: 0,0001$) e inotrópicos (28,3% vs 4,5%; $p: 0,001$). En el análisis multivariado las variables

independientes de muerte fueron: hipotensión al ingreso (OR 2,76; IC 95% 1,73-4,4; $p: 0,001$), VNI (OR 2,62, IC 95% 1,70-4,02, $p: 0,001$), furosemida >80 mg (OR 1,83, IC 95% 1,23-2,71, $p: 0,002$), hiperglucemia al ingreso (OR 1,49, IC 95% 1,00-2,20, $p: 0,04$) y edad (OR 1,05, IC 95% 1,03-1,07, $p: 0,001$). Área bajo la curva de 0,70.

Conclusiones: En nuestra cohorte con ICA de más de 1700 pacientes, las variables asociadas a mortalidad intrahospitalaria en el análisis multivariado fueron edad, hipotensión arterial e hiperglucemia al ingreso, VNI y dosis de furosemida mayores a 80 mg.

•••••

0129 - REGISTRO ARGENTINO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA – NUESTROS DATOS NACIONALES (ARGEN IC)

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Aguda

SORICETTI, Julieta | FERNANDEZ, Alberto | SORASIO, Guillermina | PERES TERNS, Paula | ARAKAKI, Diego | GUAZZONE, Analía | CARUSO, Nicolás | HIRSCHSON PRADO, Alfredo | BENAVIDEZ, Ana | LESCANO, Adrian

Sociedad Argentina de Cardiología

Introducción: La insuficiencia cardíaca aguda (ICA) constituye la principal causa de hospitalización en pacientes de edad avanzada.

Objetivos: Evaluar las características clínicas, estrategias diagnósticas, terapéuticas y complicaciones durante la internación en los pacientes con ICA incorporados al ARGEN-IC.

Materiales y Métodos: Estudio nacional, prospectivo, observacional, multicéntrico, incluyó pacientes (p) con ICA desde 2018 a 2021. Se registraron datos de filiación, características clínicas, ecocardiográficas, bioquímicas y terapéuticas, durante la fase de hospitalización así como las complicaciones. Los criterios de definición para todas las variables utilizadas se basaron en las guías internacionales. Los datos se incorporaron en la base de Survey monkey y se analizaron con el programa estadístico STATA. En relación a la distribución

Características basales (tabla n° 1)

Variables	Valores
Edad media (años)	73 (14,2)
Sexo Masculino (%)	57
HTA (%)	76,69
Diabetes Mellitus (%)	33,1
Tabaquismo (%)	29,5
Dislipemia (%)	45,37
IC Previa(%)	37,07
Fibrilación auricular crónica (%)	37,45
Obesidad(%)	18,56
IRC (%)	9,48
EPOC (%)	14,5
ACV(%)	4,3

de las variables se utilizó el test de t (cuantitativas), chi cuadrado (cualitativa) y correlación de Pearson.

Resultados: Se incluyeron 1773 p, edad media de 73 años ($\pm 14,2$) y 57% sexo masculino. La etiología predominante fue la isquémico necrótica 25,8%, desconocida 22,5%, valvular 20,3%, hipertensiva 13,2%, idiopática 4%. La Tabla 1 demuestra las características basales y comorbilidades, presentes en el 46,2%. La forma de presentación clínica más frecuente fue congestión mixta 52,1%, pulmonar 24,1%, simple 7,8%, edema pulmonar 11,9% y *shock* cardiogénico 3,9%. En relación a los factores precipitantes en el 28,4% fue desconocido, seguido de infección 16,1%, transgresión alimentaria 13,3%, inadecuada adherencia al tratamiento 11,6%. Parámetros ecocardiográficos: ICFP 35,8%, ICFer 13% e ICFD 52%, con disfunción diastólica moderada y severa en 49,3%. En el 64% se dosaron biomarcadores al ingreso y tan solo 34% al egreso. El peso al ingreso se registró en 75% y 31% al alta. Tratamiento en el agudo: furosemida 90,7% (bolo 81,25%, infusión 18,75%), vasodilatadores 40,2%, inotrópicos 14,9%, ARM 7,33%, VNI 14,4%. Eventos intrahospitalarios: insuficiencia renal aguda 11,68%, sepsis 6,26%, *shock* cardiogénico 5,58%, con mortalidad global 7,95% (5,7% de causa cardiovascular). Tratamiento al egreso: beta bloqueantes 76,6%, IECA/ARAII/ARNI 81%, antialdosterónicos 42,49%.

Conclusiones: El registro ARGENT-IC es una muestra representativa de nuestra realidad nacional, con una población heterogénea, con edad media avanzada, y alto porcentaje de comorbilidades. A pesar del conocimiento por parte del personal de salud sobre el efecto benéfico de la implementación de las guías de práctica clínica, en nuestra región las estrategias diagnósticas y terapéuticas continúan siendo subutilizadas.

•••••

0135 - TELEMONITOREO Y SISTEMA DE ALERTA EN TIEMPO REAL EN INSUFICIENCIA CARDÍACA: ESTUDIO PILOTO DE FACTIBILIDAD, ACEPTABILIDAD Y EFICACIA PRELIMINAR

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Crónica
BURGOS, Lucrecia María | BARO, Rocío | VIRUEL, Marcos | MUÑOZ, Florencia | BALLARI, Franco | BENZADON, Mariano | DIEZ, Mirta
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES

Introducción: Existe creciente evidencia que el telemonitoreo (TM) de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) parece mejorar su evolución. No se han diseñado y evaluado plataformas de TM en Argentina con sistema de alertas específicamente diseñadas en IC.

Objetivos: Primario: Evaluar la factibilidad, aceptabilidad, usabilidad de una plataforma de TM de IC. Secundario: Evaluar el impacto en la adherencia farmacológica y autocuidado.

Materiales y Métodos: Se realizó un ensayo piloto abierto apareado, con un modelo de intervención de asignación de un solo grupo, con evaluación pre-post intervención. Se incluyeron adultos con IC estable, en seguimiento por una unidad especializada. Los pacientes se identificaron de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión descritos en la tabla 1. Se desarrolló una plataforma de TM que contiene las siguientes funcionalidades: Carga de signos y síntomas, escala de bienestar, carga de medicación, notificaciones, educación, mensajería asincrónica con el equipo de salud, sistema de recompensas/incentivos por el uso de la plataforma, resumen gráfico de logros, acceso a contactos de emergencia y sistema de alarmas rojas y amarillas preestablecidas. El punto final 1° fue la factibilidad, aceptabilidad y usabilidad de la plataforma de TM a 30 días. Los puntos finales 2° fueron el mantenimiento de autocuidado y adherencia farmacológica a 30 días.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes, con una media de edad 62 ± 10 años, 70% sexo masculino. La fracción eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) media fue de 32 ± 11 . El 75% presentaba FEVI menor al 40% y el 75% hospitalizaciones previas por IC. La mediana de días sin carga en la plataforma fue de 1 (RIC 0-3). Al finalizar el TM el 100% de los pacientes completó la carga. Se analizaron 542 cargas de parámetros. La autopercepción relacionada al estado de salud en comparación al inicio fue “levemente” o “marcadamente mejor” en el 62% de los pacientes, y el 75% está “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” que el TM mejora el cuidado de la IC. En el 81% la carga diaria de parámetros no interfirió en su vida cotidiana. La media total de adherencia farmacológica previa a la intervención de TM fue de $6,8\pm 1,3$ y posterior $7,7\pm 0,4$ ($p=0,019$), sin encontrar diferencias en las escalas de autocuidado. **Conclusiones:** El TM de pacientes con IC fue factible, con un adecuado grado de aceptabilidad y usabilidad. Se observó un aumento significativo en la tasa de total adherencia. Actualmente estamos evaluando la plataforma de TM en un ensayo clínico randomizado.

•••••

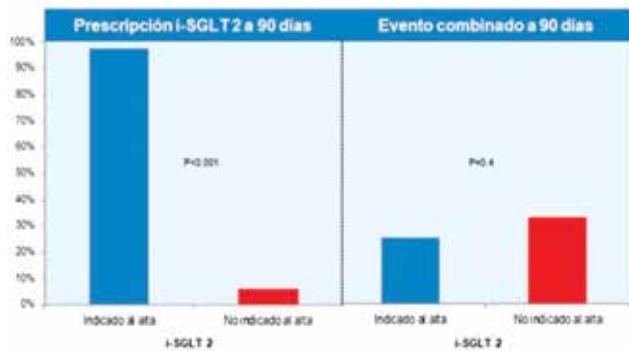
0136 - IMPACTO DEL INICIO HOSPITALARIO DE ISLGT-2 EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Tratamiento

BURGOS, Lucrecia María(1) | BARO, Rocío(1) | BALLARI, Franco (1) | SPACCAVENTO, Ana(1) | RICCIARDI, Bianca(1) | SANTOS GALLEGO, Carlos(2) | DIEZ, Mirta(1)
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (1); MOUNT SINAI HOSPITAL (2)

Introducción: La seguridad y el beneficio clínico temprano hacen que la terapia con iSGLT-2 sea apropiada



para el inicio hospitalario en pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida (ICFER). Actualmente los mismos se encuentran subutilizados, y la inercia clínica puede jugar un rol.

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

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de una cohorte prospectiva y consecutiva. Se incluyeron pacientes internados entre Enero 2021 y Enero 2022; con diagnóstico primario de ICAD y FEVI<40%. Se excluyeron aquellos fallecidos o trasplantados en internación, y uso previo de iSGLT-2. Se compararon aquellos que iniciaron iSGLT-2 pre alta con aquellos que no. El punto final 1º fue la tasa de prescripción de dicho fármaco a 90 días. Y como punto 2º: mortalidad, hospitalización o visita urgente por ICAD a 90 días. Los factores asociados a la prescripción de iSGLT-2 se analizaron mediante un modelo de regresión logística.

Resultados: Se hospitalizaron un total de 171 pacientes con ICFER, con una media de edad de 75 años (± 12) y el 69% sexo masculino. La FEVI media fue de 28% (± 7). Se inició iSGLT-2 al alta en el 33,6%. El 92% tuvo seguimiento a 90 días, y la tasa de prescripción de iSGLT-2 fue del 97,3% en aquellos que iniciaron en hospital, y del 6% en aquellos que no ($p < 0,001$). La presencia de 1 o más contraindicaciones de iSGLT-2 fue del 16,8% y 9,7% en internación y 90 días respectivamente. En aquellos sin contraindicaciones, el factor independiente asociado al inicio intrahospitalario fueron FEVI más bajas, OR 0,90 (IC95%0,84-0,97) por cada punto %. Sin diferencias estadísticamente significativas en el punto final combinado de muerte por todas las causas, rehospitalización por IC o visita no programada por IC a 90 días entre ambos grupos ($p=0,4$).

Conclusiones: El inicio intrahospitalario de iSGLT-2 se asoció con tasas significativamente más altas de prescripción a 90 días posteriores al alta. Este estudio refleja la presencia de inercia médica post alta especialmente en aquellos pacientes con función ventricular menos reducida. Adicionalmente destacamos al período de hospitalización como un momento óptimo para iniciar

iSGLT-2 y obtener los beneficios clínicos probados que se acumulan rápidamente en semanas, con un sólido perfil de seguridad y tolerabilidad.

•••••

0137 - IMPACTO DE LOS CAMBIOS DE LA DEFINICIÓN DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN EL DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar

DOMINGUEZ, Juan Manuel | MARINO, Franco Lucio | VIALE ROMERO, Sebastián Enrique | LASAVE, Leandro | DIEZ, Ana Rosa | ESCALANTE, Juan Pablo
 INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO

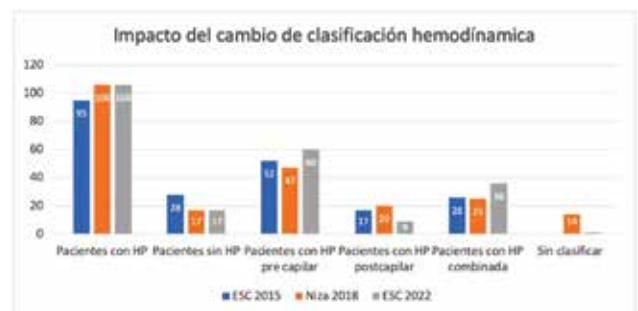
	Guía 2015	Símpoio 2018	Guía 2022
HP	PMAP \geq 25 mmHg	PMAP $>$ 20 mmHg	PMAP $>$ 20 mmHg
HP precapilar	PMAP \geq 25 mmHg; PEP \geq 15 mmHg	PMAP $>$ 20 mmHg; PEP \geq 15 mmHg; RVP \geq 3 ULI	PMAP $>$ 20 mmHg; PEP \geq 15 mmHg; RVP $>$ 2 ULI
HP postcapilar	PMAP \geq 25 mmHg; PEP $>$ 15 mmHg	PMAP $>$ 20 mmHg; PEP $>$ 15 mmHg	PMAP $>$ 20 mmHg; PEP $>$ 15 mmHg
HP postcapilar aislada	CTPd $<$ 7 mmHg y/o RVP $>$ 3 ULI	PMAP $>$ 20 mmHg; PEP $>$ 15 mmHg; RVP $<$ 2 ULI	PMAP $>$ 20 mmHg; PEP $>$ 15 mmHg; RVP \geq 2 ULI
HP combinada pre y postcapilar	CTPd $>$ 7 mmHg y/o RVP $>$ 3 ULI	PMAP $>$ 20 mmHg; PEP $>$ 15 mmHg; RVP \geq 3 ULI	PMAP $>$ 20 mmHg; PEP $>$ 15 mmHg; RVP $>$ 2 ULI

Introducción: La definición de hipertensión pulmonar (HP) se mantuvo sin cambios durante años. Sin embargo, ha sido modificada recientemente, en primer lugar en el simposio mundial de HP en 2018 y luego en las guías europeas de HP 2022.

Objetivos: Evaluar el impacto de los cambios en la definición de HP en el diagnóstico de los pacientes y en la clasificación hemodinámica.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes incluidos en forma consecutiva desde diciembre del 2009 hasta julio del 2022 que fueron derivados a nuestro servicio para evaluación por sospecha de HP con cateterismo cardíaco derecho. Se dividieron y analizaron los pacientes en 3 escenarios diferentes, según la definición de hipertensión pulmonar. El primer grupo corresponde a la definición de la guía europea de HP de 2015 (G1), el grupo 2 al simposio mundial de HP de 2018 (G2) y el tercero a la guía europea de HP de 2022 (G3). Dentro de ellos se dividió a los pacientes según la clasificación hemodinámica de cada escenario (Tabla 1).

Resultados: De los 171 pacientes derivados a la institución para evaluación de HP, se excluyeron 48 por no contar con datos completos en los registros de cateterismo. Se



HP: Hipertensión pulmonar. ESC: Sociedad Europea de Cardiología

conformó así una cohorte de 123 pacientes con una media de 62±15 años, 63% mujeres. Utilizando los criterios de G1, 95 (77%) pacientes se consideraron con HP. De los pacientes con HP, 52 (55%) se clasificaron con HP precapilar (HPpre), 17 (18%) con HP postcapilar aislada (HPpca) y 28 (27%) HP combinada (HPco). Al aplicar los criterios de G2, 106 (86%) pacientes presentaban HP. De los pacientes con HP, 47 (44%) se clasificaron con HPpre, 20 (19%) con HPpca, 25 (24%) HPco y no se podían clasificar 14 (13%) pacientes. Aplicando los criterios de G3, 106 (86%) pacientes presentaban HP. De los pacientes con HP, 60 (57%) se clasificaron con HPpre, 9 (8%) con HPpca, 36 (34%) HPco y no se podía clasificar solo 1 (1%) paciente (Gráfico 1).

Conclusiones: El cambio de la definición hemodinámica de HP generó un aumento del número de pacientes con dicho diagnóstico desde el 2015 al 2022, a expensas de más pacientes con HP precapilar. Además, la nueva clasificación del 2022 generó una reclasificación de aquellos con HP precapilar aislada.

•••••

0139 - PARÁMETROS ASOCIADOS AL WEANING EXITOSO DEL ECMO VENOARTERIAL EN PACIENTES ADULTOS CON SHOCK CARDIOGÉNICO O PARO CARDÍACO: METAANÁLISIS

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Trasplante

BURGOS, Lucrecia María (1) | SEOANE, Leonardo(1) | VRANCIC, Mariano(1) | FURMENTO, Juan(1) | COSTABEL, Juan Pablo(1) | AISSAOUI, Nadia(2) | DIEZ, Mirta(1)

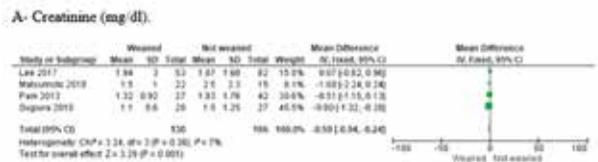
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (1); PENN STATE HEART AND VASCULAR INSTITUTE (2)

Introducción: El ECMO VA es una forma de asistencia circulatoria mecánico temporal en el shock cardiogénico refractario y el paro cardíaco. Las guías de práctica clínica brindan información limitada sobre el proceso de *weaning* (destete). Hasta la fecha, existen estudios limitados que investigan la asociación de diferentes parámetros en el *weaning* exitoso (WE) de VA ECMO. **Objetivos:** Identificar una estrategia multiparamétrica asociada al WE del ECMO VA en pacientes en *shock* cardiogénico o paro cardíaco.

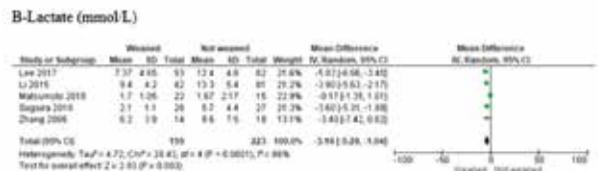
Materiales y Métodos: Realizamos una revisión sistemática y un metanálisis utilizando PubMed y la Biblioteca Cochrane y la Plataforma de Registro Internacional de Ensayos Clínicos. Se incluyeron los estudios que informaron sobre pacientes adultos con CS o CA tratados con VA ECMO publicados desde el año 2000 en adelante. Los resultados primarios fueron parámetros hemodinámicos, de laboratorio y ecocardiográficos asociados con el WE del ECMO VA

Resultados: Incluimos 11 estudios, con 653 pacientes.

Forest plot of the comparison of different laboratory parameters on VA ECMO weaning



Lee admission measure, Matsumoto and Sugiura peak creatinine. Park did not specify the time.



Sugiura and Matsumoto was Lactate at 24 hs, Li at 12 hours, Zhang at 48hs, Lee did not specify the time.



Matsumoto and Sugiura was the peak value, Zhang measure at 48 hs. CK: creatine-kinase

La prevalencia agrupada de *weaning* exitoso fue del 45% (IC95% 39-50%, I2 7%) y de mortalidad hospitalaria fue del 46,6% (95%IC 33-60%; I2 36%). En el grupo WE, la presión del pulso [DM 12,7 (IC 95% 7,3-18) I2=0%], la presión arterial media [DM 20,15 (IC 95% 13,8-26,4 I2=0) fue significativamente mayor. También tenían valores más bajos de creatinina [DM -0,59 (IC 95% -0,9 - -0,2) I2=7%], lactato [DM -3,1 (IC 95% -5,4- -0,7) I2=89%] y CK [-2779,5 (IC 95% -5387 - -171) I2=38%]. Y mayor fracción de eyección del ventrículo izquierdo y derecho, DM 17,9 % (IC 95 % -0,2-36,2) I2=91 % y DM 15,9 % (IC 95 % 11,9-20) I2=0 % respectivamente en el grupo WE.

Conclusiones: Diferentes parámetros hemodinámicos, de laboratorio y ecocardiográficos se asociaron con el retiro exitoso del dispositivo. Esta revisión sistemática demostró la relación de la evaluación multiparamétrica en el destete exitoso de VA ECMO.

•••••

0142 - EVALUACIÓN DE SIGNOS VITALES MEDIANTE UNA APLICACIÓN MÓVIL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA: ¿UNA OPORTUNIDAD PARA LA TITULACIÓN REMOTA?

Modalidad: Trabajo Científico

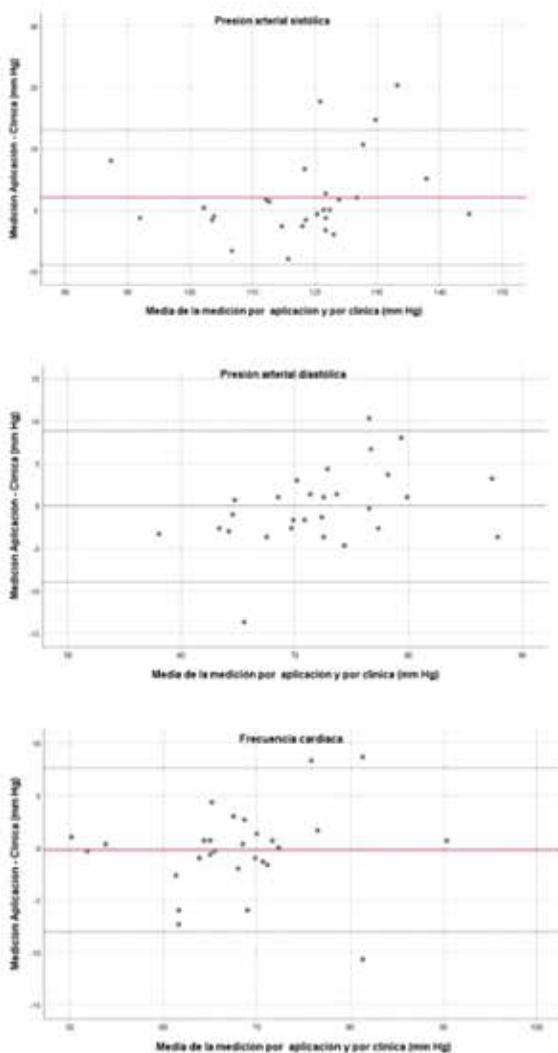
Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Crónica

BURGOS, Lucrecia María | BALLARI, Franco | MASSA, Maximiliano | TALAVERA, Lujan | BENZADON, Mariano | DIEZ, Mirta

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES

Introducción: En la insuficiencia cardíaca (IC) se han demostrado que múltiples tratamientos mejoran la evo-

Figura 1: Gráficas de Bland-Altman para mediciones de PAS (A) PAD (B), y FC (C).



lución en pacientes con fracción de eyección reducida (ICF_{Er}). Sin embargo se encuentran subutilizados y se prescriben en dosis más bajas que las alcanzadas en los ensayos clínicos. Esto podría potencialmente solucionarse mediante una aplicación (APP) móvil que mida la presión arterial (PA) y frecuencia cardíaca (FC) de manera precisa y remota.

Objetivos: Evaluar la precisión de una APP móvil para estimar SV en relación con la valoración clínica en pacientes con IC.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo, se incluyeron pacientes con IC evaluados en una unidad ambulatoria de IC durante febrero y abril del 2022. Se realizaron tres mediciones por APP y de forma no invasiva en cada paciente, por dos médicos independientes, encontrándose ciegos a los resultados obtenidos por el otro método. Se utilizó una APP con una nueva variante de la tecnología de fotopletomografía de video para extraer información del flujo sanguíneo de cambios de color imperceptibles en la cara que se capturan con una cámara de

télefono Smartphone. Se siguieron estándares universales de validación ANSI/AAMI/ISO 81060-2:2013. **Resultados:** Se incluyeron 30 pacientes, con una edad media de 66 (± 13) años. La FEVI media fue de $38\% \pm 15$, con hospitalizaciones previas por IC el 64%. Se analizaron un total con 540 mediciones de TA y de FC por ambos métodos. La PAS media por clínica y APP fue 116 ± 22 mm Hg y 112 ± 22 ($p=0,1$), la PAD por clínica de fue 70 ± 14 mm Hg y por la APP 68 ± 13 ($p=0,4$) y la FC 65 lpm ± 13 en la valoración clínica y por APP 66 lpm ± 13 ($p=0,7$). La diferencia media entre la medición de la APP y su medición de referencia clínica fue de $3,6 \pm 0,5$ mm Hg para PAS; $0,9 \pm 0,2$ mm Hg para PAD; y $0,2 \pm 0,4$ lpm para FC. Ambos satisfacen el criterio de precisión 1. Cuando se promedian las diferencias medias emparejadas para cada paciente, la media entre los 30 pacientes es de 2 ± 6 mm Hg para PAS; $-0,14 \pm 4,6$ mm Hg para PAD; y $0,23 \pm 4$ lpm para FC. Estos satisfacen el criterio de precisión 2.

Conclusiones: La estimación de PA y FC por una APP con tecnología de imagen óptica transdérmica fue comparable a la medición no invasiva en pacientes con IC. Cumple los criterios de precisión de la medición de PA. Nuestro estudio plantea la hipótesis de guiar la titulación de medicación modificadora de pronóstico en pacientes ICF_{Er} de forma remota a través de aplicaciones accesible en Smartphone que estimen con precisión los SV.

•••••

0150 - REHOSPITALIZACIÓN DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Trasplante

BARTOLI RIOS, Camila | GARCIA BRASCA, Daniela | SIMONDI, Horacio | ARANCIBIA, Ivanna | ROJAS, Ángel Benjamín

HOSPITAL ITALIANO DE CORDOBA

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC), es un síndrome clínico causado por una anomalía cardíaca estructural y/o funcional, cuya prevalencia es de un 10% - 15% en mayores de 65 años y la primera causa de hospitalización en este grupo etario. La tasa de rehospitalización es entre el 29% al 60% dentro de los 6 meses post-alta. En el Hospital Italiano se ha conformado el “Hospital de día de IC”, con el fin establecer un seguimiento clínico estandarizado, reducir las rehospitalizaciones por IC y mejorar el pronóstico.

Objetivos: Principal: Cuantificar la rehospitalización de los pacientes en el Hospital de Día de Insuficiencia cardíaca. Secundarios: a) Describir las principales etiologías de Insuficiencia Cardíaca; b) Cuantificar la duración de la hospitalización; c) Determinar las

Tabla 1. Tratamientos recibidos. Los tratamientos recibidos por los cuatro pacientes rehospitalizados se identificaron con "x".

Medicación	N (%)	Rehospitalizados
Un único medicamento	1 (6%)	
ARA II	1	x
Dos medicamentos	7 (39%)	
ARM + BB	2	x
ARM + ARNI	2	x
ARM + ARA II	2	
ARM + IECA	1	x
Tres medicamentos	6 (33%)	
ARM + BB + ARNI	4	
ARM + BB + ARA II	1	
ARM + BB + ISGLT2	1	
Cuatro medicamentos	4 (22%)	
ARM + BB + ISGLT2 + ARA II	2	
ARM + BB + ISGLT2 + IECA	1	
ARM + BB + ISGLT2 + ARNI	1	

diferentes líneas de tratamiento farmacológico entre los rehospitalizados; d) Comparar la mortalidad entre ambos grupos.

Materiales y Métodos: Se realizó un trabajo observacional, prospectivo, longitudinal y descriptivo, desde Enero de 2019 hasta Enero de 2022 en el Hospital Italiano de Córdoba. Fueron criterios de inclusión: a) pacientes de ambos sexos >18 años; b) pacientes con diagnóstico de IC en perfil hemodinámico B y C; c) pacientes con requerimiento de internación en Unidad Coronaria. Fueron criterios de exclusión: a) pacientes con inaccesibilidad a la atención hospitalaria dado su lugar de residencia; b) pacientes cuyos diagnósticos principales no fuera IC; c) pacientes con enfermedades en estadio terminal. La inclusión de los pacientes se inició desde la primera internación y continuó hasta los 3 y los 6 meses.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes cuya edad promedio fue de 64±19 años. Los antecedentes patológicos fueron hipertensión arterial en un 89%, el 44% presentó cardiopatía isquémica, el 33% fibrilación auricular y diabetes mellitus en un 22%. La rehospitalización ocurrió en un 22% (n=4) de la población. Los pacientes rehospitalizados sólo estaban tratados con un antagonista del receptor de angiotensina II o la combinación de un antagonista del receptor mineralocorticoide con un beta bloqueante o con un inhibidor de la neprilisina y del recetor de angiotensina o con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina. La muerte ocurrió en un 75% de los rehospitalizados vs un 21% de los no rehospitalizados.

Conclusiones: La rehospitalización en pacientes incluidos en Hospital de día de IC, a través de un seguimiento estructurado y optimización del tratamiento, fue mínima. La etiología más frecuente fue la cardiopatía isquémica. La rehospitalización se asoció a mayor mortalidad, internación prolongada y tratamiento incompleto para IC.

•••••

0154 - INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA EN EL ESPECTRO DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN EN EL REGISTRO ARGENTINO OFFICE IC AR

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Crónica

CORONEL, María Lorena (1) | PERNA, Eduardo Roque(1) | MARINO, Javier(2) | GARCIA BRASCA, Daniela(3) | BARISANI, José Luis(2) | CIMBARO CANELLA, Juan Pablo(1) | PEREIRO GONZALEZ, Stella(2) | PEREZ TERNES, Paula(2) | ECHAZARRETA, Diego(4) | THIERER, Jorge(2)

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE CORRIENTES

(1); Sociedad Argentina de Cardiología (2); HOSPITAL ITALIANO DE CORDOBA (3); HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (4)

Introducción: Los avances y las evidencias actuales en insuficiencia cardíaca (IC) han demostrado eficacia de diversas drogas en el espectro de la fracción de eyección (FE) del VI, más allá de la clasificación con IC con FE reducida (ICFER), levemente reducida (ICFERl) o preservada (ICFEp).

Objetivos: Los objetivos del presente análisis fueron comparar el perfil clínico, la terapéutica utilizada y la evolución de pacientes con ICC de acuerdo a la FE del VI.

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	p
Hipertensión (%)	58	63	75	71	72	0,002
Diabetes (%)	27	29	34	30	32	ns
Comorbilidades (%)	52	50	56	54	65	0,053
• Insuficiencia Renal (%)	20,9	21,2	24,4	22,9	24,2	ns
• Anemia (%)	78,3	78	35,2	35,8	30,7	ns
CF-II (%)	77,5	82,9	83,4	89,9	73,7	0,001
Internación previa por IC (%)	73,3	59,6	64,3	55,9	63,4	0,008
Etiología Isquémica (%)	37	47	53	40	70	<0,001
Filtrado glomerular (MDRD), ml/min/1,73 m ²	75,2±29,6	74,5±33,5	74,9±31,8	75,6±23,1	75,8±35,8	ns
Medición de PN (%)	42,4	30	32,6	34	30,1	0,067
Búsqueda etiología coronaria (%)	82	77	89	76	67	<0,0001
Tratamiento						
• Betabloqueantes (%)	94	91	95	96	85	0,001
• Antialdosterónicos (%)	94	86	88	87	53	<0,0001
• ARNI/IECA/BRA (%)	93	88	91	88	82	0,007
• Triple terapia (%)	84	75	80	73	41	<0,0001

Materiales y Métodos: El OFFICE IC AR es un registro argentino conjunto de SAC y FAC. Se incluyeron de manera prospectiva pacientes con ICC de al menos 6 meses de evolución, alejados de una internación por al menos 3 meses. Se recabaron datos clínicos y parclínicos. En seguimiento de al menos 1 año se registró la incidencia de hospitalización por insuficiencia cardíaca (HIC), muerte cardiovascular (MCV) y muerte de todas las causas (MTC). Para el presente análisis, se incluyeron 942 pacientes con FE conocida, divididos en quintiles: Q1: ≤25%, Q2: 26 a 31%, Q3: 32 a 38%, Q4: 39 a 46% y Q5: ≥47%.

Resultados: La FE media de los 942 pacientes fue 36±12. La edad media del Q1 al Q5 fue: 61,9±13; 64,8±12,7; 65,9±10,5; 67±12,8 y 69,9±12,4 (p<0,0001),

con una proporción de sexo femenino de 18,9; 22,3; 23,3; 24,6 y 40,9% ($p < 0,0001$). La comparación de las características clínicas, comorbilidades y tratamiento se presenta en la tabla. En una mediana de seguimiento de 1,7 años la tasa de eventos en Q1 a Q5 fue para muerte cardiovascular u hospitalización por IC 26,8; 25; 17,9; 24,3 y 16,6% (log rank test $p = NS$), internación por IC 21,5; 20,7; 14,6; 17,9 y 9,9% (log rank test $p = NS$), y mortalidad total 18,8; 13,3; 10,9; 16,7 y 12,7% (log rank test $p = NS$).

Conclusiones: Las características clínicas en el espectro de la FE mostraron un incremento en el perfil de riesgo y comorbilidades y menor utilización de drogas habituales en ICFer en los grupos con mayor FE. Por el contrario, en estos grupos hubo una tendencia a menos eventos cardiovasculares. Estos datos muestran que la FE del VI es un parámetro útil en la evaluación de la ICC.

.....

0155 - AMILOIDOSIS CARDÍACA: CARACTERÍSTICAS BASALES, DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE UNA COHORTE UNICÉNTRICA

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Miocardiopatías y Valvulopatías
 MARINO, Franco Lucio | VIALE ROMERO, Sebastián Enrique | DOMINGUEZ, Juan Manuel | ESCALANTE, Juan Pablo
 INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO

Introducción: La amiloidosis es una patología causada por el depósito extracelular de proteínas mal plegadas en diversos órganos. El depósito de amiloide



en el corazón causa una miocardiopatía infiltrativa/restrictiva y es el mayor determinante pronóstico de la patología.

Objetivos: Describir las características de una cohorte de pacientes diagnosticados de amiloidosis cardíaca (AC) y su pronóstico en el seguimiento.

Materiales y Métodos: Se evaluó una cohorte retrospectiva de pacientes consecutivos diagnosticados de AC en nuestro centro, Instituto Cardiovascular de

	Número	%/DS
Electrocardiograma		
Fibrilación auricular	20	46,5%
Microvoltaje	11	25,6%
Patrón QS V1-V3	11	25,6%
Bloqueo auriculoventricular	5	11,6%
Ecocardiograma		
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo	47,8%	±10,32
Septum inter ventricular (mm)	14,95	± 3,76
Aurícula izquierda - diámetro AP (mm)	48,5	± 6,88
Volumen indexado aurícula izquierda	53,4	± 17,2
Aurícula derecha dilatada	27	62%

Rosario, desde el 1/11/2017 hasta el 15/08/2022, con un seguimiento medio de 1,6 años. Para el análisis se obtuvo la información de historia clínica informatizada de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Se recolectaron variables demográficas, antecedentes cardiovasculares, tiempo al diagnóstico desde el inicio de los síntomas, método diagnóstico, tipo de amiloidosis, variables de laboratorio, electrocardiográficas, ecocardiográficas y de seguimiento.

Resultados: De los pacientes derivados por sospecha diagnóstica de AC, se realizó el diagnóstico en 43 pacientes. El seguimiento medio fue de 1.6 años. El diagnóstico se incrementó en los últimos años (Imagen 1). Cuarenta pacientes (93%) tuvieron diagnóstico de amiloidosis por transtirretina ATTR y 3 pacientes (7%) por cadenas livianas (AL). La media de edad de los pacientes fue de $75,8 \pm 9,3$ años, sólo 4 (9,3%) eran mujeres. La mediana de tiempo desde el inicio de los síntomas al diagnóstico fue de 12 (IQR 1-24) meses. Dentro de los métodos diagnósticos utilizados, 37 pacientes (86%) presentaron SPECT con pirofosfato positivo y en 6 pacientes se requirió anatomía patológica, 2 biopsia de grasa abdominal y 4 biopsia endomiocárdica. Las comorbilidades más prevalentes fueron hipertensión arterial en 28 pacientes (66,6%), tabaquismo o ex tabaquismo en 15 pacientes (36,6%) y fibrilación auricular permanente en 20 pacientes (46,6%). Trece (32%) presentaban enfermedad del túnel carpiano y 7 (16,3%) algún grado de neuropatía. Los parámetros del electrocardiograma y ecocardiograma al diagnóstico se observan en la tabla 2. Sólo 7 pacientes (16,4%) recibieron tratamiento con Tafamidis. Durante el seguimiento fallecieron 9 pacientes (21%), 10 (23,3%) se reinternaron por insuficiencia cardíaca y la combinación de internación o muerte sucedió en 16 pacientes (37,2%).

Conclusiones: El diagnóstico de amiloidosis se incrementó en los últimos años en nuestro centro. El método diagnóstico de elección fue el SPECT con pirofosfato. A su vez, los pacientes diagnosticados presentaron una morbimortalidad elevada al seguimiento.

.....

0157 - IMPACTO DE LA CREATININA SÉRICA Y LA ESTRATEGIA DIURÉTICA EN NUESTRA POBLACIÓN CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Aguda

PRINCICH, Lilia Gabriela | SORICETTI, Julieta | SCATULARO, Emmanuel | GARZON, Fausto | SORASIO, Guillermina | FERNANDEZ, Alberto | GUAZZONE, Analía | LESCANO, Adrian José
 Sociedad Argentina de Cardiología

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad sistémica que representa un problema tanto por su prevalencia como por el costo que implica su tratamiento. La evolución de la enfermedad y las internaciones se asocian a compromiso de otros órganos, como el empeoramiento de la función renal.

Objetivos: Evaluar el cambio del valor de la creatinina sérica (Cr), la estrategia diurética y el impacto de éstas en el pronóstico de los pacientes internados por IC aguda (ICA) incluidos en el registro ARGEN-IC.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico que incluye pacientes internados por ICA en Argentina entre agosto 2018 y noviembre de 2021. Se evaluaron parámetros de función renal, se definió antecedente de enfermedad renal crónica (ERC) como el índice de filtrado glomerular <60 ml/min/1,73 m², se definió el empeoramiento de la función renal por la duplicación del valor de creatinina sérica o el descenso del índice de filtrado glomerular (iFG) >50% del basal. Se realizó un análisis estadístico convencional, uni y multivariado. La significancia estadística se definió con un valor de p <0,05.

Resultados: Se incluyeron 1773 pacientes con ICA, con promedio de 73±14,2 años y 57,2% sexo masculino. Las características basales se expresan en Tabla 1. La fracción de eyección (FEy) media fue 42,4±15,2%, y el 64,4% tenía FEy <50%. La Cr de ingreso fue 1,49±1,13

Variable	Media o porcentaje
Edad (años)	73± 14.2 años
Sexo masculino	57.2%
Hipertensión arterial	76%
Diabetes mellitus	33%
Tabaquismo	13%
Dislipemia	45%
Antecedente de enfermedad coronaria	36%
Antecedente de insuficiencia cardíaca	37%
Fibrilación auricular	31%
Obesidad	18.5%
Enfermedad renal crónica	9.4%
ACV isquémico	4.2%
EPOC	14%

mg/dl y la del egreso 1,43±1,08 mg/dl. El 41% de la cohorte presentaba Cr >1,5mg/dl a su ingreso y el 28% al alta, y 11,6% desarrolló empeoramiento de la función renal durante la internación. El iFG al ingreso fue 56,10 ml/min/1,73 m² (DS 29,11 ml/min/1,73 m²) y al alta 60,26 ml/min/1,73 m² (DS 29,11 ml/min/1,73 m²). El tratamiento diurético en la urgencia incluyó furosemida en el 90%. Durante la internación la estrategia diurética en el 81,25% fue bolos de furosemida y el 18,75% infusión; la dosis mediana de furosemida utilizada fue 80 mg/día (RIQ 25-75% 60-160 mg/día) y el 3,15% de los pacientes requirió ultrafiltración. La mortalidad nosocomial fue 7,95%, los parámetros asociados a mortalidad durante la internación fueron: el valor de creatinina mayor a 1,47 mg/dl (IC 1,41-1,52 p=0,0066), la dosis de furosemida mayor a 184 mg/día (IC 95% 171,67-196,55; p=0,0000), el requerimiento de infusión de furosemida (7,15% vs 11,35% respectivamente; p=0,011). No se encontraron diferencias con el antecedente de ERC (7,85% vs 8,93%; p=0,62).

Conclusiones: En nuestra población el valor elevado de creatinina al ingreso y la necesidad de cambio de estrategia diurética se asociaron a mayor mortalidad. Estos hallazgos revalidan el valor pronóstico del monitoreo de la función renal y el uso de diuréticos en los pacientes internados por ICA.

•••••

0158 - COMETAS PULMONARES EN ECOGRAFÍA PULMONAR ¿UN MEJOR CONCEPTO DE CONGESTIÓN Y VARIABILIDAD EN INSUFICIENCIA CARDÍACA?

Modalidad: Trabajo Científico

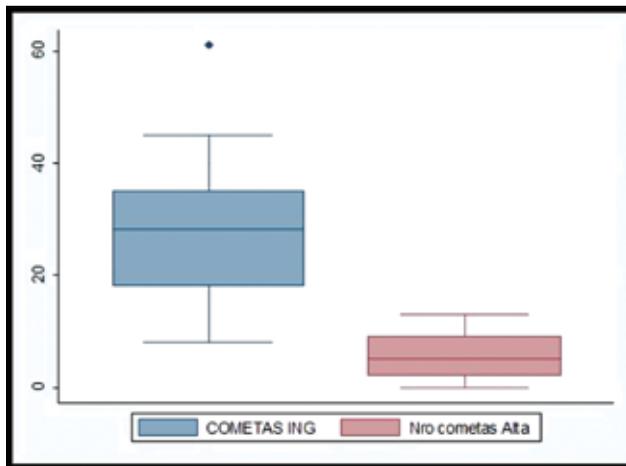
Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Aguda

PRINCICH, Lilia Gabriela | VARGAS, Paul | VERGARA, Nadia | COSTAS, Pablo Alcántara | BESMALINOVICH, Ezequiel | VENEGAS, Tomas | SILVA CROOME, Nicolás | CAPRINI, Romina | MUSANTE, Christian | LESCANO, Adrian José
 SANATORIO DE LA TRINIDAD QUILMES

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es la principal causa de internación en 65 años. La ecografía pulmonar (EP) permite la detección precoz del líquido en el espacio extravascular presente en la IC aguda (ICA), la presencia de 3 ó más líneas B en un cuadrante y una sumatoria mayor a 12, con un patrón difuso, bilateral, homogéneo con línea pleural normal es indicador de congestión pulmonar.

Objetivos: Valorar la presencia y la variabilidad de las cometas pulmonares en presencia de ICA y su relación

Variable evaluada	Ingreso	Pre-alta	
Fracción de Eyección	45.6% (DS 13.9)	49.7% (DS 13.5)	p=0.29
Área de AI	26.11 cm2 (DS 5.94)	24.68 (DS 4.28)	p=0.96
E/e'	13.41 (DS 5.27)	12.33 (DS 4.01)	p=0.76
Cometas pulmonares (n°)	27.3 (DS 11.17)	5.27 (DS 4.14)	p=0.00000



con parámetros clínicos y ecocardiográficos.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, incluyo pacientes con ICA en un centro de la provincia de Buenos Aires. Se realizó ecografía pulmonar al ingreso y al alta, se evaluaron 4 regiones por hemitórax, los cometas (líneas B) son artefactos verticales que inician en la línea pleural y llegan hasta el final de la pantalla, son dinámicos y se mueven con el deslizamiento pleural. El patrón de IC es difuso, bilateral, homogéneo con línea pleural normal. Se realizó ecocardiograma Doppler valorándose fracción de eyección (FEy), área de aurícula izquierda (AI) y E/e' de flujo transmitral. Se definieron como parámetros de congestión pulmonar: rales crepitantes al examen físico, NT-proBNP ≥ 1200 en pacientes en ritmo sinusal y 3 veces mayor en fibrilación auricular, presencia de cometas (≥ 12) y relación E/e' (≥ 13).

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes con ICA, 73,4% de sexo masculino, con edad media de 70 años (DS $\pm 14,73$). Al ingreso el 71% de los pacientes presentaban rales crepitantes, el 91% parámetros de congestión, la media de cometas pulmonares fue de 27,3 (DS $\pm 11,17$), la fracción de eyección fue 45,6% (DS $\pm 13,9$), AI 26,11 cm^2 (DS $\pm 5,94$), E/e' de 13,41 (DS $\pm 5,27$). Al alta, la media de cometas pulmonares fue 5,27 (DS $\pm 4,14$), la FEy 49,7% (DS $\pm 13,5$), AI 24,68 cm^2 (DS $\pm 4,28$) E/e' 12,33 (DS $\pm 4,01$). La disminución de la cantidad de las cometas fue estadísticamente significativa 22 (IC95% 17,90-26,27; $p=0,0000$), sin diferencia en la E/e' 0,34 (IC95% -2,02-2,72; $p=0,76$), el área de AI -0,05 (IC95% -2,70-2,59, $p=0,96$) y la FEy -2,71 (IC95% -7,93-2,49; $p=0,29$). En el análisis multivariado, se observó adecuada correlación para las cometas pulmonares (68%) e inadecuada con NT-proBNP 31%, AAI 25% y E/e' 6%.

Conclusiones: La presencia de cometas pulmonares presenta una adecuada correlación con la congestión pulmonar clínica y un excelente perfil de variabilidad durante la fase nosocomial. No hubo relación estadísticamente significativa con otros parámetros evaluados.

.....

0159 - PERSPECTIVA ACTUAL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA EN ARGENTINA. SUBANÁLISIS DEL REGISTRO OFFICE IC AR

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Crónica

ECHAZARRETA, Diego Federico (1) | CORONEL, María Lorena(2) | CHRISTENSEN, Alejandra(3) | LINIADO, Guillermo(4) | RATTO, Roxana(5) | SORICETTI, Julieta(6) | CURSACK, Guillermo(7) | GARCÍA BRASCA, Daniela(8) | PERNA, Eduardo Roque(2) | THÍERER, Jorge(9)

CENTRO MÉDICO CAPITAL (1); INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE CORRIENTES (2); CEMIC (3); HOSPITAL MUNICIPAL "DR. COSME ARGERICH". (4); FUNDACIÓN FAVALORO (5); HOSPITAL DURAND (6); SANATORIO ESPERANZA (7); HOSPITAL ITALIANO (8); CEMIC (9)

Introducción: La miocardiopatía chagásica (MCh) continúa siendo una condición prevalente en Argentina. **Objetivos:** Los objetivos del presente trabajo fueron analizar la prevalencia de MCh y comparar sus características clínicas, manejo y evolución con aquellos sin MCh.

Materiales y Métodos: El OFFICE IC AR es un registro argentino conjunto de SAC y FAC. Se incluyeron de manera prospectiva pacientes con ICC de al menos 6 meses de evolución, alejados de una internación por al menos 3 meses. Se recabaron datos clínicos y paraclínicos. Se definió MCh por el antecedente de serología positiva para Chagas o diagnóstico previo a la inclusión. En seguimiento de al menos 1 año se registró la incidencia de hospitalización por insuficiencia cardíaca (HIC), muerte cardiovascular (MCV) y muerte de todas las causas (MTC).

Resultados: Se incluyeron 1004 pacientes, de los cuales 60 (6%) fueron identificados como MCh. En los grupos con y sin MCh la edad fue similar: 64,1 vs

	MCh	NO MCh	p
Hipertensión (%)	38,3	68,4	<0,0001
Diabetes (%)	16		0,021
Comorbilidades (%)	43	30	0,079
Insuficiencia Renal (%)	20,9	55	ns
Anemia (%)	28,3	21,2	ns
CF I-II (%)	82	82	ns
Internación previa por IC (%)	70	61,23	0,11
Terapia eléctrica (%)	56	28	<0,0001
Filtrado glomerular (MDRD), ml/min/1,73 m2	79,1 \pm 5,6	74,8 \pm 1,1	0,3
Medición de PN (%)	35	31	0,2
BRD (%)	20	8,3	0,02
Tratamiento			
Betabloqueantes (%)	87	89	0,4
Antialdosterónicos (%)	93	77	0,004
ARNI/IECA/BRA (%)	85	86	0,7
Triple terapia (%)	75	68	0,3

65,9 años ($p=ns$) y la proporción de sexo femenino fue 68% vs 75% ($p=ns$). En una mediana de seguimiento de 1,7 años la tasa de eventos en pacientes con y sin MCh fue: MCV/HIC: 22,8% vs 22,1%, HIC: 8,7% vs 17,4% y MTC 21% vs 14,1%, todas con $p=NS$ (log rank test). En el análisis multivariado las variables que se asociaron de manera independiente con MCh fueron: cobertura prepaga/particular (OR=0,14; IC95%=0,04-0,47), BRD (OR=2,37; IC95%=1,14-4,92), HTA (OR=0,34; IC95%=0,18-0,64) y el uso de terapia eléctrica (OR=2,70; IC95%=1,44-5,05).

Conclusiones: En la Argentina, la prevalencia del diagnóstico de MCh en pacientes con ICC fue 6%. Este subgrupo se caracterizó por menos cobertura médica y comorbilidades, mayor proporción de trastornos eléctricos cardíacos y requerimiento de marcapasos, con similar tratamiento. A pesar de estas diferencias, la evolución fue similar a los casos sin MCh.

•••••

0161 - VALOR PRONOSTICO DE LA RELACIÓN TAPSE/PAPS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR SECUNDARIA A INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar

FRITZ, Ricardo(1) | FUENTES, Hugo(2) | TORRES, Gonzalo (2) | VERDUGO, Fernando(2)
INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX (1); HOSPITAL DEL SALVADOR (2)

Introducción: La hipertensión pulmonar asociado a cardiopatía izquierda (HTP tipo II), es una entidad prevalente y representa a un grupo heterogéneo de pacientes. La repercusión de HTP tipo II sobre los parámetros de función del ventrículo derecho (VD) ha sido estudiada y relacionada con el pronóstico de estos pacientes, la relación entre la incursión del anillo tricuspídeo y la presión sistólica de arteria pulmonar (TAPSE/PAPs), representa el acoplamiento entre la arteria pulmonar y la función del VD, pudiendo otorgar un valor pronóstico extra.

Objetivos: Evaluar el valor pronóstico de la relación TAPSE/PAPs estimada por ecocardiografía en los

pacientes con HTP tipo II secundario a insuficiencia mitral severa.

Materiales y Métodos: Se analizó el registro de ecografías de la sección de Cardiología del Hospital del Salvador (Santiago de Chile) en el periodo de noviembre del 2016 a noviembre del 2020, se incluyeron a los pacientes con diagnóstico de insuficiencia mitral severa que cumplieran al menos 3 criterios de la guía de evaluación de valvulopatía de la Asociación Americana de Ecocardiografía (ASE), se registraron variables demográficas y ecocardiográficas, realizándose seguimiento a través del análisis actuarial de los certificados de defunción determinando la mortalidad general y mortalidad de causa cardiovascular. Los pacientes fueron en divididos en 3 grupos de acuerdo a su relación TAPSE/PAPs (grupo 1= <0,19, grupo 2= 0,20-0,32, grupo 3= >0,32). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25.0. Las variables cualitativas se sometieron a prueba de Chi-cuadrado, se realizó comparación de medias con prueba T-student, la sobrevida se evaluó con Kaplan-Meier y log-rank.

Resultados: 186 pacientes fueron incluidos en el estudio, con una media de edad de 71 años, un 51% de pacientes de sexo femenino, se considero IM secundaria al 47,8%, IM primaria 40,3% y mixta o no precisada a un 11%. La media de seguimiento fue de 26 meses, la sobrevida general al año 66%. La sobrevida al año dependiendo de la relación TAPSE/PAPs fue 42% vs 63% vs 68% (grupo 1,2,3 respectivamente; $p<0,05$), La sobrevida general y cardiovascular no varió significativamente en los grupos dependiendo de TAPSE >18 mm o PAPs > 50 mm Hg.

Conclusiones: En nuestro grupo de pacientes con HTP tipo II secundario a insuficiencia mitral severa, la relación TAPSE/PAPs fue capaz de predecir al grupo de mayor riesgo de morir tanto de causas generales como cardiovasculares y su poder predictivo fue mayor al TAPSE y la PAPs de forma aislada, siendo un determinación de fácil obtención en la mayoría de los pacientes.

•••••

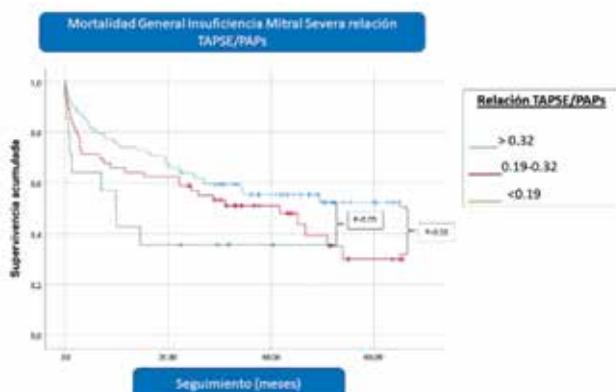
0162 - PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR Y COVID-19. RESULTADOS FINALES DEL REGISTRO HP-COVID

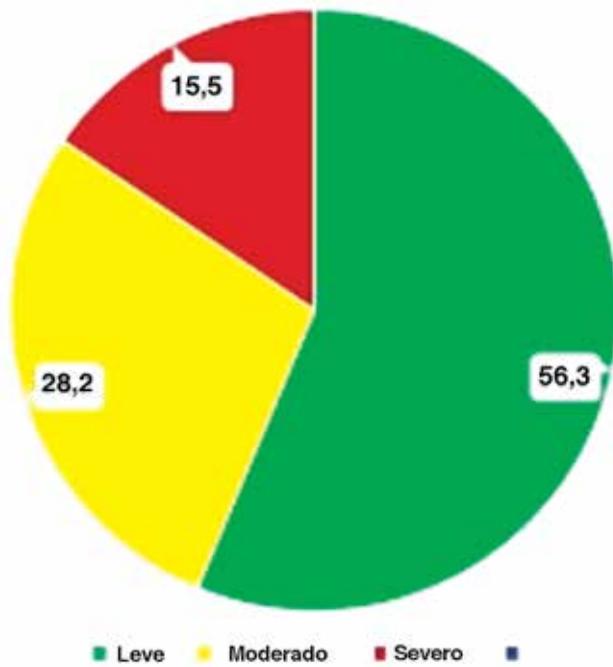
Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar

CORONEL, María Lorena (1) | LEMA, Luis(2) | CLEMENTTI, Pablo(3) | CARLOS, Manfredi(3) | SECCO, Lucrecia(3) | MAYDANA, Mariano(4) | ACEVEDO, Pablo(3) | HUERTA, Clara(3) | DAGHERO, Fernando(3) | PERNA, Eduardo Roque(1)
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE CORRIENTES (1); INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA PRIVADO SRL (2); Federación Argentina de Cardiología (3); HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (4)

Introducción: Pacientes con patologías cardiovasculares y pulmonares tienen mayor riesgo de padecer





enfermedad grave por SARS-CoV-2 (COVID-19) con resultados adversos. Sin embargo, la relación entre COVID-19 con hipertensión arterial pulmonar (HAP) e hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) es escasa y controversial.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar el perfil clínico, estrategias de manejo, complicaciones y evolución de pacientes con HAP e HPTEC que padecieron COVID-19.

Materiales y Métodos: Registro retrospectivo de 71 pacientes con diagnóstico de HAP/HPTEC, reclutados por 19 centros expertos en Argentina, con diagnóstico de COVID-19 en el periodo abril/2020 y febrero/2022. Se realizó un seguimiento medio de 115 ± 131 meses.

Resultados: La edad media fue de $48,3 \pm 17$ años, 84,5% fueron mujeres. Antes de padecer COVID-19, 23,9% de los pacientes estaban en clase funcional III-IV (OMS), y fueron estratificados en bajo riesgo 38%, intermedio 47,9% y alto riesgo 14,1%. El tiempo medio entre el diagnóstico de HAP/HPTEC y el inicio de COVID fue 76 ± 117 meses. Al momento de contraer el virus, 47 (66,2%) habían recibido al menos 1 dosis de vacuna anti-SARS-Cov-2. La severidad de COVID-19 se muestra en el gráfico, 21 de ellos (29,6%) requirieron hospitalización, durante una media de 11 ± 9 días. El tratamiento para COVID-19 incluyó: oxigenoterapia 36,6% (7% ventilación mecánica), corticoides 47,9%, antibióticos 42,3%, anticoagulación 33,8%, antipiréticos 83,1%, antivirales 1,4%, antiagregación 8,5%. El 78,9% de los pacientes no presentaron ninguna complicación relacionada a COVID-19, 14,1% desarrolló insuficiencia cardíaca, 2,8% arritmias, 1,4% embolia y 1,4% injuria miocárdica. Fallecieron 7 pacientes (9,9%) y la supervivencia al año fue 88,3%. El tiem-

po de seguimiento en fallecidos y sobrevivientes fue 16 ± 17 días vs 126 ± 133 días, $p < 0,001$.

Conclusiones: La mitad de los pacientes con HAP/HPTEC que padecieron COVID sufrieron una forma moderada a severa de la enfermedad. Un tercio de la población requirió de oxigenoterapia y hospitalización. La hospitalización y mortalidad son elevadas, similar a otros registros internacionales, lo que confirma que se trata de una población de alto riesgo.

.....

0163 - EL ULTRASONIDO PULMONAR PREDICE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: COMPARACIÓN DE 2 ESTUDIOS INDEPENDIENTES

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Aguda

CORONEL, María Lorena (1) | PARRAS, Jorge(1)

| CRISTO ROPERO, María José(2) | ONOCKO,

Mariela(1) | VILCHES ARENAS, Ángel(2) | TRAVIESA,

Marilín(1) | PERNA, Eduardo Roque(1)

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE CORRIENTES

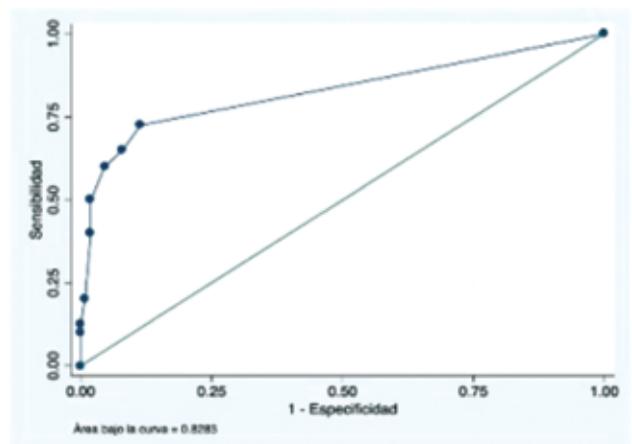
(1); HOSPITAL VIRGEN DE LA MACARENA (2)

Introducción: El ultrasonido pulmonar ayuda a predecir insuficiencia cardíaca en el infarto agudo de miocardio. Pocos estudios han investigado la reproducibilidad de los resultados.

Objetivos: Nuestro objetivo fue comparar 2 estudios que evaluaron la utilidad del ultrasonido pulmonar en el infarto agudo de miocardio y realizar un análisis combinado de los datos para estimar mejor el valor pronóstico del método.

Materiales y Métodos: El estudio A se realizó en el Hospital Virgen de la Macarena de Sevilla, entre febrero de 2017 y febrero de 2018. El estudio B se llevó a cabo en el Instituto de Cardiología de Corrientes, entre marzo y noviembre de 2019. Ambos estudios

Area bajo la curva ROC del número de sectores positivos en el ultrasonido pulmonar para predecir desarrollo de insuficiencia cardíaca durante la internación



Análisis multivariado para predecir desarrollo de insuficiencia cardíaca durante la internación de los datos combinados de los 2 estudios.

Variable	OR	IC (95%)	Valor de p
Edad	1,03	0,98-1,07	0,17
Peso	0,97	0,94-1,01	0,15
Dislipidemia	2,46	0,78-7,7	0,12
TAS	0,98	0,97-1,005	0,16
Tot máxima	1	1-1	0,97
Glucemia	1,006	1,001-1,011	0,012
N de sectores positivos	1,9	1,48-2,49	0,0001

incluyeron pacientes con infarto agudo de miocardio sin insuficiencia cardíaca al ingreso.

Resultados: En el estudio A, fue menor la frecuencia de hipertensión arterial, menores los valores de tensión arterial al ingreso, menor fracción de eyección en el ecocardiograma, más sectores positivos en el ultrasonido pulmonar. Estas diferencias podrían estar en relación a diferencias en los criterios de inclusión. La evidencia de congestión pulmonar en el ultrasonido pulmonar se asoció a insuficiencia cardíaca en ambos estudios. En el análisis combinado, el ultrasonido pulmonar mostró un área bajo la curva ROC de 0,83 para predecir fallo de bomba y 0,9 para mortalidad intrahospitalaria. El valor del ultrasonido pulmonar se mantuvo en el análisis multivariado.

Conclusiones: La comparación de los 2 estudios demuestra la utilidad del ultrasonido pulmonar en pacientes con infarto agudo de miocardio, que se mantiene a pesar de diferencias clínicas en las 2 cohortes. El análisis de los datos combinados refuerza la evidencia.

.....

0164 - IMPACTO DE LA ETIOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR SOBRE LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON COVID-19. ANÁLISIS DEL REGISTRO HP-COVID

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar

LEMA, Luis (1) | CORONEL, María Lorena(2) | MORIS, María Cecilia(1) | MUÑOZ, Luis(1) | ESCALANTE, Juan Pablo(1) | CIMBARO CANELLA, Juan Pablo(2) | GIAGOMI, Guillermo(1) | CERRI, Elisa(1) | SECCO, Lucrecia(1) | PERNA, Eduardo Roque(2)

Federación Argentina de Cardiología (1); INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE CORRIENTES (2)

Introducción: Los pacientes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) e hipertensión pulmonar tromboembólica (HPTEC) son poblaciones de riesgo de peor evolución con enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19), por lo que identificar predictores de mal pronóstico es fundamental para optimizar el cuidado.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar el

Análisis Univariado

Variable	Vivo (64 pacientes)	Óbito (7 pacientes)	p
Sexo masculino, %	1,6	28,6	ns
HAP-ETC, %	12,5	85,7	<0,001
Clase funcional III-IV, %	18,8	71,4	0,007
Riesgo, %			
Bajo	42,2	0	
Intermedia	40,9	57,1	
Alto	10,3	42,9	0,022
Edad, años	48±17	55±17	ns
NproBNP, pg/ml	832±922	7455±7678	ns
Derriame pericárdico, %	6,1	14,3	ns
Índice cardíaco, l/min/m ²	1,6±0,1	1,8±0,1	ns
Presión arterial pulmonar media, mmHg	50,7±17,3	48±12,6	ns
Presión aurícula derecha, mmHg	6,6±5,3	11,3±4	ns
Test caminata 6 min, m	476±109	328±115	ns

impacto del perfil clínico de pacientes con HAP/HPTEC sobre la hospitalización y mortalidad relacionadas a COVID-19.

Materiales y Métodos: Registro retrospectivo de 71 portadores de HAP/HPTEC, reclutados por 19 centros expertos en Argentina, con diagnóstico de COVID-19 en el periodo período abril/2020 y febrero/2022. Se evaluaron perfil clínico, etiología de la HP, biomarcadores, parámetros ecocardiográficos, hemodinámicos y de capacidad funcional como predictores de eventos. Se realizó un análisis multivariado para identificar variables asociadas a mortalidad y hospitalización.

Resultados: La edad media fue de 48,3±17 años, 84,5% fueron mujeres. Las etiologías fueron HAP idiopática 34 (47,9%), HAP asociada a enfermedad del tejido conectivo [ETC] 14 (19,7%), HAP asociada a cardiopatías congénitas 13 (18,3%) e HPTEC 10 (14,1%). La mortalidad fue de 9,9% (7 pacientes) y 21 pacientes se hospitalizaron (29,6%). Las variables asociadas con mortalidad en el análisis univariado fueron: HAP-ETC, clase funcional III-IV, estratificación de riesgo y distancia recorrida en el test de marcha de seis minutos (Tabla). En el análisis multivariado, sólo la clase funcional III-IV (HR 9,6; IC95% 1,14-81; p=0,038) y la HAP-ETC (HR 38,6, IC 3,5-42, p=0,003) resultaron predictoras independientes. Las variables asociadas con hospitalización fueron HAP-ETC (p=0,003), clase funcional III-IV (p=0,016), riesgo preCOVID-19 (p=0,025) y edad (p=0,047). El único predictor independiente en el análisis multivariado fue HAP-ETC (HR 5,7; IC 1,6-21,2, p=0,009).

Conclusiones: La HAP/HPTEC representan un grupo de alto riesgo de evolución adversa post COVID-19, con un tercio requiriendo hospitalización y 1 de 10 muertes. La HAP-ETC y la clase funcional fueron los indicadores más potente de mala evolución.

.....

0165 - PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR Y COVID-19 EN ESPAÑA Y ARGENTINA

Modalidad: Trabajo Científico

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar

CORONEL, María Lorena (1) | HINOJOSA CAMARGO, Williams(2) | CRISTO ROPERO, María José(2) | PERNA, Eduardo Roque(1) | PEREZ OLIVARES DELGADO, Carmen(2) | LEMA, Luis(3) | SEGURA DE LA CAL, Teresa(2) | MUÑOZ, Luis(3) | HUERTA, Clara(3) | ESCRIBANO SUBIAS, María Pilar(2) | INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE CORRIENTES (1); HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (2); Federación Argentina de Cardiología (3)

Introducción: La relación entre COVID-19 con hipertensión arterial pulmonar (HAP) e hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) es escasa y controversial.

Objetivos: Evaluar y comparar el perfil clínico, estrategias de manejo y evolución de pacientes con HAP e HPTEC que padecieron COVID-19 en un centro de referencia en España y Argentina.

Materiales y Métodos: Registro retrospectivo de 66 pacientes con diagnóstico de HAP/HPTEC de un centro de referencia de España con diagnóstico de COVID-19 en el periodo abril/2020 y noviembre de 20 que se compararon con 71 pacientes con HAP/HPTEC que padecieron COVID-19 en Argentina.

Resultados: La edad media en España vs Argentina fue 55,4±16 vs 48,3±17, p 0,014. En ambos grupos predominó el sexo femenino. Respecto a la etiología de la hipertensión pulmonar (HP), en ambos grupos predominó la HAP vs HPTEC, sin embargo, la proporción de sujetos con HPTEC fue mayor en España (33,3% vs 14,1%, p 0,008). Antes de la infección por SARS-CoV-2, la mayor parte de los pacientes se hallaban en clase funcional I-II, aunque esta proporción fue significativamente mayor en España vs Argentina (90,9% vs

Variables	España (n 66)	Argentina (n 71)	p
Edad, años ±DE	55,4±16	48,3±17	0,014
Mujeres, n %	40 (60,7)	60 (84,5)	0,038
HAP, n %	44 (66,7)	61 (85,9)	0,008
HP subtipos, n %			0,009
HAP idiopática	26 (39,4)	31 (43,7)	
HAP congénita	3 (4,5)	3 (4,2)	
HAP Colágenopatías	9 (13,6)	14 (19,7)	
HAP Postpulmonar	1 (1,5)	0	
HAP VIH	3 (4,5)	0	
LVOP	1 (1,5)	0	
HPTEC	22 (33,3)	10 (14,1)	
Clase funcional III-IV (OAS), n %	6 (9,1)	7 (9,9)	<0,0001
Estratificación de riesgo, n %			0,006
Bajo	41 (64,1)	27 (38)	
Intermedio	12 (23,4)	34 (47,1)	
Alto	8 (12,5)	10 (14,1)	
Hemodinamia			
Presión arterial pulmonar media, mmHg, ±DE	42,4±11	50,3±20	0,004
Índice cardíaco, ±DE	2,2±0,6	3,7±0,5	ns
Resistencia vascular pulmonar, IDE	7,2±5	11,6 ±10	0,004
Comorbilidades			
Diabetes, n %	7 (10,6)	20 (28,3)	ns
Obesidad, n %	19 (28,8)	14 (19,7)	ns
Enfermedad coronaria, n %	3 (4,5)	0	ns
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, n %	13 (19,7)	3 (4,2)	0,005
Fibrosis pulmonar, n %	4 (6)	4 (5,6)	ns
Tratamiento COVID 19			
Asistencia respiratoria mecánica, n %	3 (4,7)	5 (7)	ns
Corticoides, n %	29 (45,3)	31 (43,7)	ns
Antibióticos, n %	24 (37,5)	30 (42,3)	ns
Antivirales, n %	16 (25)	3 (4,2)	<0,0001

76,1%, p <0,0001) y la mayoría de pacientes en España se hallaban en una situación de riesgo bajo, a diferencia de los argentinos, que se encontraban en su mayoría en riesgo intermedio (p 0,006). Las comorbilidades cardiovasculares fueron similares en ambos grupos, excepto la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, más prevalente en la cohorte española, 19,7% vs 4,2%, p 0,005. Desarrollaron neumonía grave por SARS-CoV-2 39,5% de pacientes de la cohorte española, vs 15,5% de los argentinos, p 0,002; requiriendo hospitalización 39,4% vs 29,6%, p ns (Tabla). Fallecieron 6 pacientes en la cohorte española (9,1%) y 7 pacientes de la argentina (9,9%) p ns.

Conclusiones: Los pacientes con HP que padecieron COVID-19 en la cohorte española, son más añosos, con más prevalencia de HPTEC y más pacientes en situación de bajo riesgo que en Argentina. La neumonía severa por SARS-CoV-2 fue más prevalente en España, con similar hospitalización y tratamiento para COVID-19, aunque mayor uso de fármacos antivirales en España. La mortalidad fue similar en ambas cohortes. La hospitalización y mortalidad fueron elevadas, similar a otros registros internacionales, lo que confirma que se trata de una población de alto riesgo.

MODALIDAD: CASO CLÍNICO

0112 - HEMOCROMATOSIS JUVENIL HEREDITARIA CON AFECTACIÓN CARDÍACA GRAVE

Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Miocardiopatías y Valvulopatías

BARRANCO, Daniela | MAGLIONE, Florencia |

BURGUEZ, Sergio | PEREZ, Silvia

SANATORIO AMERICANO

Antecedentes: La hemocromatosis hereditaria determina aumento de absorción intestinal de hierro, acumulándose en el hígado, páncreas, corazón, hipófisis y articulaciones. La variante juvenil es de aparición precoz y rápidamente progresiva, con afectación predominante endócrina y cardíaca, sin tratamiento fallecen antes de los 30 años por insuficiencia cardíaca refractaria.

Descripción del caso: Mujer de 27 años, amenorrea de 7 años. No transfusiones, no alcoholismo, no drogas. Historia de meses de astenia, dolores articulares, calambres. Adelgazamiento de 10 Kg. Palpitaciones. Disnea clase funcional II. Neumonía en abril 2022. PA 90/60 mm Hg, con ritmo irregular de 90 lpm, soplo sistólico 3/6 en foco mitral. No edemas, ingurgitación yugular sin reflujo No estertores electrocardiograma taquicardia sinusal de 100 lpm con extrasístoles ventriculares, QRS normal con trastornos de repolarización inespecíficos. En el ecocardiograma muestra ventrículo izquierdo dilatado con fracción de eyección disminuida severa y disfunción diastólica. Hematocrito de 35%, con ferritina que llega 13.000 ng/ml, saturación de transferrina de 114%, enzimas hepáticas elevadas, función renal normal, glicemia normal, hipotiroidismo y NT ProBNP de 689 pg/ml. Resonancia cardíaca muestra una función sistólica severamente deprimida de 25%. Gasto cardíaco de 2,6 l/min, IC 1,65 l/min/m². Ventrículo derecho de dimensiones normales, FEVD 32%. Aspecto negro del hígado en T2. T1, el *mapping* nativo mostró valores bajos, compatibles con cardiopatía infiltrativa por depósito de hierro (572 msec). Volumen extracelular con valores aumentados 59%. El *mapping* T2 *star* cardíaco mostró tiempos de relajación muy bajos (9 msec) compatibles con enfermedad infiltrativa miocárdica por depósito de hierro (hemocromatosis), Valores <10 msec son compatibles con enfermedad avanzada o severa. El *mapping* T2 *star* del hígado fue de 13 msec. Con Gadolinio no se observa realce. Estudio genético gen juvenil de hemocromatosis pendiente. Se inicia tratamiento con flebotomías, con tolerancia clínica y leve descenso de ferritina, en clase funcional II y NT ProBNP de 440 pg/ml y con dapagliflozina, espirolactona, y bisoprolol.

Discusión: La afección cardíaca de la hemocro-

matosis se sospecha cuando hay saturación de transferrina mayor de 45% y ferritina >1000 ng/ml, con disfunción ventricular sistólica y/o diastólica asociado a engrosamiento de paredes y ecogenicidad de las mismas. La cardio-resonancia es una técnica de diagnóstico muy específica y no invasiva, que muestra el acortamiento de los tiempos de relajación en el análisis de *mapping* que es característica de esta enfermedad. El pronóstico con tratamiento tiene una tasa de supervivencia a 5 años de 89%, con el tratamiento de flebotomías pueden mejorar la insuficiencia cardíaca y normalizar la función hepática.

.....

0113 - AMILOIDOSIS HEREDITARIA POR TRANSTIRETINA QUE DEBUTA CON DISFUNCIÓN SISTÓLICA SEVERA

Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Miocardiopatías y Valvulopatías

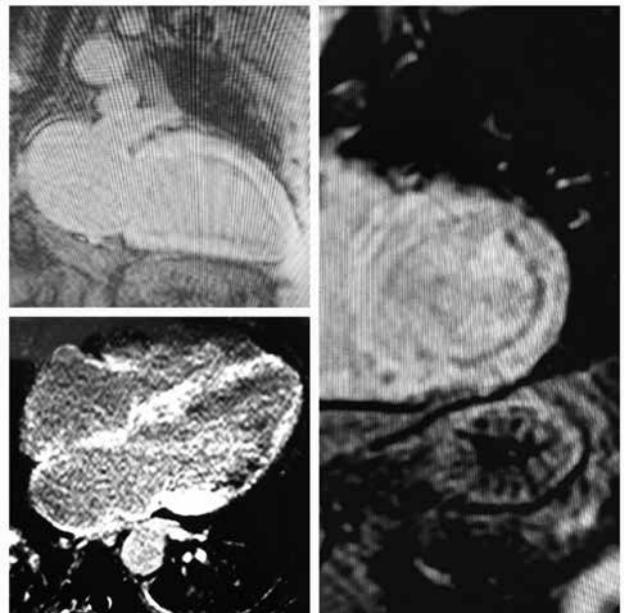
MAGLIONE, Florencia (1) | BARRANCO, Daniela(1) |

MENENDEZ, Sergio(2) | FLORIO, Lucia(1) | PEREZ,

Silvia(1) | BURGUEZ, Sergio(1)

SANATORIO AMERICANO (1); CAMEDUR (2)

Antecedentes: La amiloidosis cardíaca por transtiretina (ATTR) es una enfermedad infiltrativa por depósito extracelular de transtiretina alterada en el corazón. Puede ser hereditaria (ATTRm) o senil (ATTRwt). Hasta hace poco el diagnóstico de ATTR era ocasional y requería confirmación histológica. Nuevas técnicas de imagen no invasivas y el estudio genético han aumentado los casos diagnosticados, permitiendo tomar medidas terapéuticas adecuadas





y precoces, alterando el curso de la enfermedad. El diagnóstico requiere de alta sospecha clínica, la disfunción sistólica no es la presentación habitual.

Descripción del caso: Hombre, 67 años, raza blanca, dislipémico, hipertenso y diabético. Intervenido por túnel carpiano bilateral. Debuta con insuficiencia cardíaca rápidamente progresiva requiriendo ingreso hospitalario. Péptido natriurético tipo B 1057 pg/ml. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo dilatado con fracción de eyección severamente reducida 16%. Deformación miocárdica con disminución global. Coronariografía: arterias descendente anterior y circunfleja con lesiones moderadas. Cardio-resonancia con imposibilidad de anular miocardio en diferentes tiempos de inversión. Centellograma con ^{99m}Tc-pirofosfato positivo para amiloidosis cardíaca grado 3 de Peruggini. Estudio electroforético sin pico monoclonal, cadenas livianas libres en sangre y orina normales. Anatomía patológica de grasa abdominal positiva a rojo Congo. Estudio genético positivo para amiloidosis hereditaria variante Val 142Ile en heterocigosis para el gen TTR. Tratamiento inicial: furosemide, sacubitril-valsartan, dapagliflozina, espironolactona y carvedilol, agregando al momento del diagnóstico etiológico tafamidis 80 mg/día con mejoría al mes de clase funcional y sin nuevos ingresos.

Discusión: Presentamos el caso de un paciente que debuta con insuficiencia cardíaca y disfunción ventricular severa, descartándose como planteo etiológico inicial la cardiopatía isquémica. Nuevas opciones de imagen (cardio-resonancia, centellograma cardíaco con ^{99m}Tc- pirofosfato) permitieron

llegar al diagnóstico etiológico de ATTR. El estudio genético aportó variante hereditaria Val 142Ile en heterocigosis para el gen TTR. Esta variante produce ATTR en mayores de 60 años con fenotipo similar a la senil, asocia síndrome del túnel carpiano. El 4% de individuos de raza negra en Estados Unidos son portadores heterocigotos de esta mutación, rara en raza blanca. Presenta mayor morbimortalidad respecto a la senil y otras mutaciones. Nuestro paciente manifestó un fenotipo grave, El estudio genético fue útil para el diagnóstico de variedad hereditaria y comprender esta forma inhabitual de presentación.

•••••

0116 - TRASLADO BAJO SOPORTE CIRCULATORIO MECÁNICO EN SHOCK CARDIOGÉNICO COMO PUENTE A LA DECISIÓN

Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Trasplante

DELLA CELLA FIGUEREDO, Rosario | GIORDANINO, Elián Facundo | RENEDO, María Florencia | AMERI, Aldana Sonia | FAVALORO, Liliana Ethel | ABSI, Daniel Oscar | BERTOLOTTI, Alejandro Mario | FUNDACIÓN FAVALORO

Antecedentes: A pesar de los avances en el tratamiento del shock cardiogénico (SC) por infarto agudo de miocardio (IAM), la mortalidad hospitalaria sigue siendo superior al 50%. Cuando el soporte farmacológico es insuficiente, debe recurrirse a la utilización de asistencias circulatorias mecánicas de corto plazo como la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). La puesta en marcha de un equipo ECMO móvil es una estrategia factible y segura para el traslado de pacientes a centros especializados.

Descripción del caso: Hombre de 52 años, sin antecedentes cardiovasculares, hospitalizado por neumonía por SARS-CoV-2 que reingresó a las 24 horas por IAM anterior extenso. La angiografía coronaria reveló oclusión trombótica de la arteria descendente anterior, realizándose angioplastia primaria. Evolucionó con trombosis hiperaguda del stent por lo que se realizó nueva angioplastia, intercurriendo con SC con requerimiento de vasopresores e inotrópicos. El ecocardiograma mostró deterioro severo de la fracción de eyección (FE) ventricular izquierda y en el cateterismo derecho un índice cardíaco severamente deprimido, por lo que se colocó un balón de contrapulsación intraaórtico. Evolucionó con inestabilidad hemodinámica, hipoperfusión y falla multiorgánica. En este contexto, se estableció contacto con nuestro centro para derivación e implante de ECMO. El paciente fue evaluado en el centro de origen por nuestro equipo de ECMO móvil (dos

cardiólogos y dos cirujanos) y se decidió colocación de ECMO venoarterial fémoro-femoral como puente a la decisión. El paciente fue trasladado a nuestro centro bajo ECMO en ambulancia en 18 minutos (18 km). Al tercer día se realizó ecocardiograma que mostró diámetros ventriculares conservados, FE del 35%, aquinesia anterior con hipoquinesia del resto de los segmentos, se realizó evaluación para trasplante cardíaco. Evolucionó con normalización de las fallas orgánicas, mejoría de los parámetros de perfusión y disminución del soporte farmacológico por lo que se procedió a destete de ECMO en el día 5. Se inició tratamiento farmacológico optimizado para insuficiencia cardíaca con FE reducida y fue dado de alta. En el seguimiento a 18 meses el paciente se encuentra con buena clase funcional, sin internaciones por insuficiencia cardíaca.

Discusión: El SC sigue siendo una condición desafiante con una alta tasa de mortalidad. La posibilidad de realizar un soporte mecánico y traslado en ECMO a un centro de mayor complejidad permite brindar a estos pacientes la oportunidad de estabilización y acceso a terapias avanzadas, incluyendo el trasplante cardíaco. Es esencial la temprana y adecuada identificación de pacientes potencialmente candidatos a un traslado en ECMO móvil para obtener los mejores resultados.

.....

0117 - CARDIOTOXICIDAD POR ANTRACICLINAS, ¿ES IRREVERSIBLE?

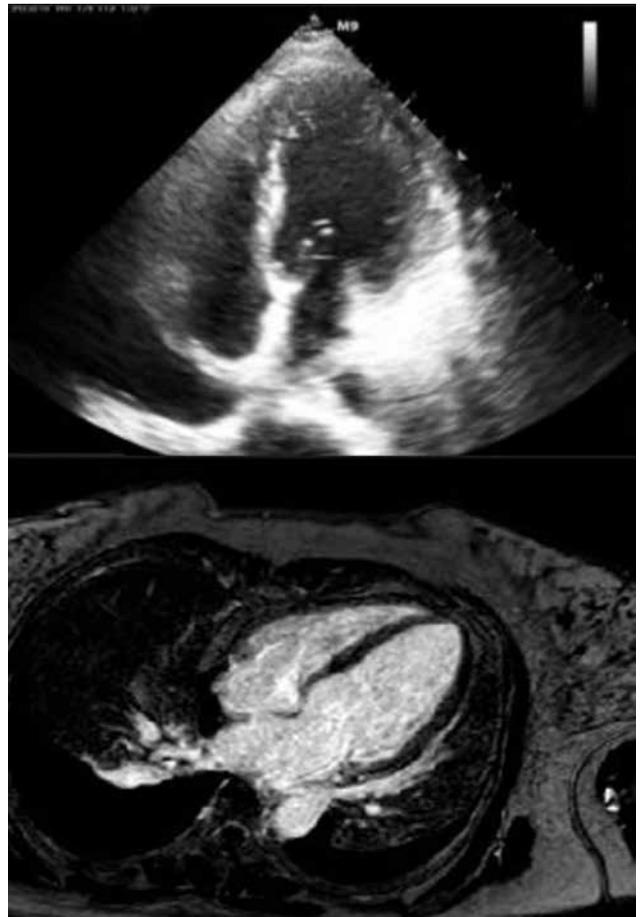
Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Aguda

*COCOCCIONI, María Emilia | ESTEBANEZ, MJ | GUIMARAENZ, M | SQUADRONI, L | MONTOVANI, A | DE FEO, F | SACCOMANI, F | REBULL, M | ALFARO, J
HOSPITAL PRIVADO DEL SUR*

Antecedentes: Las antraciclinas son drogas utilizadas en el tratamiento de tumores sólidos y hematológicos que han demostrado gran efectividad en la remisión de los mismos, generando mejoras en el pronóstico oncológico; sin embargo, generan cardiotoxicidad de tipo I considerada como irreversible por muerte celular, impactando esto de manera desfavorable en el pronóstico de los pacientes.

Descripción del caso: Se presenta el caso clínico de una paciente de 50 años de edad con antecedente de linfoma no Hodgkin en remisión que cumplió 6 ciclos de tratamiento quimioterápico, incluyendo doxorubicina. En ecocardiograma previo al inicio del tratamiento presenta función sistólica del ventrículo izquierdo conservada. Se interna en nuestro centro luego de 3 meses de culminado el tratamiento con signos y síntomas compatibles con insuficiencia cardíaca Stevenson B. Ecocardiograma



con deterioro severo de la función sistólica ventricular izquierda, resonancia magnética cardíaca con mismo hallazgo y presencia de hipoquinesia global, ausencia de signos de inflamación y realce tardío de contraste (Figura 1). ProBNP 9242 pg/ml. Se arriba al diagnóstico de IC *de novo*, con deterioro severo de la función sistólica del ventrículo izquierdo, probable miocardiopatía por cardiotoxicidad por antraciclinas. Se instaura tratamiento completo con betabloqueantes, inhibidores del receptor angiotensina-neprilisina, antagonistas del receptor de aldosterona e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2, quedando en seguimiento, constatándose reducción significativa de los valores de ProBNP y normalización de función sistólica en ecocardiograma de control a los tres meses del mismo.

Discusión: Es sabido que, la cardiotoxicidad producida por antraciclinas responde a mecanismos de citotoxicidad que incluyen la inhibición de la replicación del ADN y transcripción de ARN, generación de radicales libres, peroxidación lipídica e inhibición de las topo isómeras II. Es de fundamental importancia realizar una estratificación de riesgo basal, seguimiento periódico y de detectarse la presencia de cardiotoxicidad con deterioro de la función sistólica, instaurar precozmente el tratamiento médico óptimo.

.....

0126 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR POR TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA

Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar

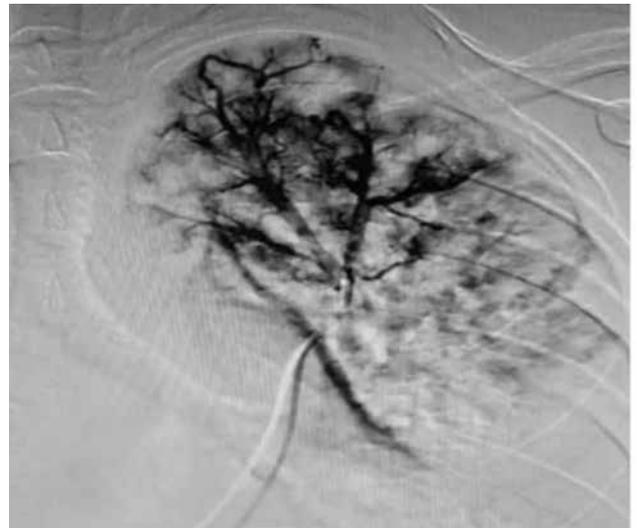
LEMA, Luis | QUINO, Vanesa | CONCI, Eduardo
| SALA, José Pablo | SALA MERCADO, Javier |
BALESTRINI, Carlos Eduardo

INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA PRIVADO SRL

Antecedentes: Paciente femenino 19 años. En Abril de 2007, presentó episodio de trombosis venosa profunda + SAF (anticardiolipinas IgG 40 U en 2 determinaciones) ACO con warfarina. Junio y Octubre 2007, síncope. Diciembre 2007, disnea clase II (ECG-RX y ecocardiograma con alta probabilidad de HTP). Noviembre 2008, CCD con TVR con NO: HTAP no Reactiva (PMAP: 44 mm Hg-PCP 6 mm Hg-IC: 4,9-VM: 6,1-RVP 6,3 UW-AD 6 mm Hg-SatVO₂ 69%). Inicia terapia con sildenafil 100 mg en 3 tomas. Desde el 2009 con epistaxis recurrentes (mejora rotando a tadalafil 40 mg).

Descripción del caso: En 2016, hemoptisis (RIN=5) TAC multicorte pulmonar: hemorragia alveolar, e imágenes compatibles con malformaciones A-V. Abril 2016 CCD y arteriografía: PMAP 60 mm Hg-PCP 5 mm Hg-RVP 11 uW. Se objetivan dilataciones aneurismáticas con tinción del parénquima. (Imagen 1 y 2) Ecocardiograma: sin pasaje de burbujas, signos de HTP. Tratamiento: terapia combinada con tadalafil 40 mg + macitentan 10 mg, se suspende warfarina. En el examen se objetivan telangiectasias orales. Por criterios de CURACAO se arriba al diagnóstico de HTAP asociada a telangiectasia hemorrágica hereditaria Evolución: CCD pos terapia: PMAP: 42 mm Hg-PCP: 10mmHg-AD 6 mm Hg- IC: 2,9-VM: 5,9-RVP: 5,4 uW-SVO₂: 72%. Se mantiene en bajo riesgo (REVEAL 2.0 3-4) hasta la actualidad.

Discusión: . La telangiectasia hemorrágica hereditaria (HHT), también llamada enfermedad de Osler-Weber-Rendu, es una enfermedad rara, con un patrón de



herencia autosómico dominante con penetrancia relacionada con la edad y es causada más comúnmente por mutaciones en los genes ENG y ACVRL1, que afectan la señalización del factor de crecimiento transformante beta (TGF-β). Pueden desarrollar HTP por remodelado vascular (HTAP Grupo 1 Hereditaria) o por alto gasto cardíaco. Pocos casos reportados en la literatura y a diferencia de otras formas hereditarias se describe buena respuesta a la terapia combinada con sobrevida hasta 10 años (Minai et al Chest 2007; 131:984-Abs-ton et al. Pulmonary Pharmacology and Therapeutics 2021). Nuestro caso tiene características similares a los reportados.

.....

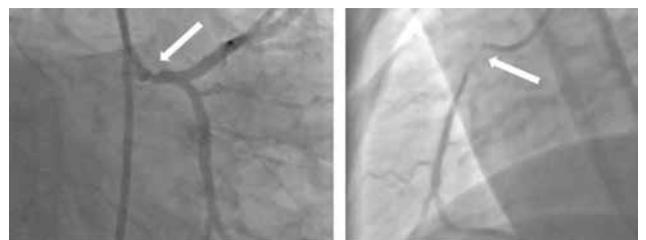
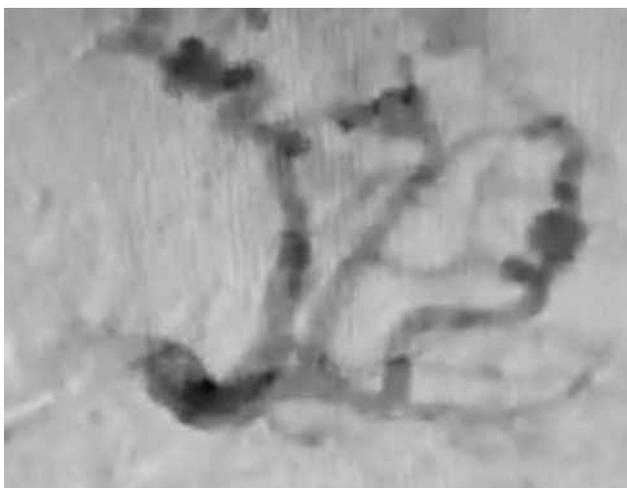
0127 - CARDIOPATÍA INDUCIDA POR RADIOTERAPIA: LA OTRA CARA DE LA MONEDA

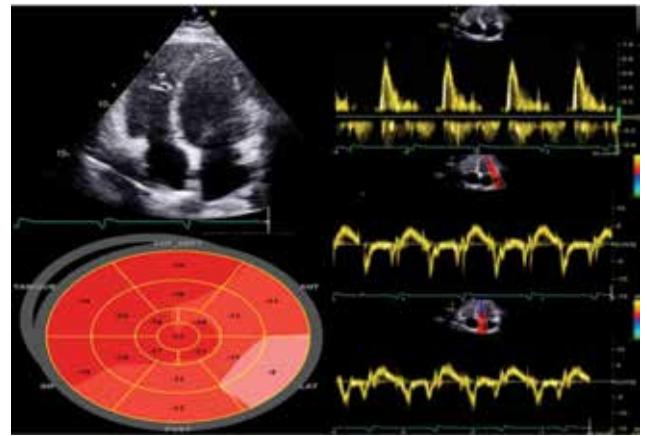
Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Miocardiopatías y Valvulopatías

BORGES LÓPEZ, Jesús Samuel | BARON CABALLERO, José Luis | AYALA HERNANDEZ, Eduardo | CASTAÑO GUERRA, Rodolfo de Jesús
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"

Antecedentes: La cardiopatía inducida por radioterapia es una complicación presente en 10-30% de los pacientes y se asocia principalmente a radioterapia mediastinal, pudiendo afectar de manera grave pericardio, miocardio, endocardio, aparato valvular, arterias coronarias y sistema de conducción, secundario a un





proceso inflamatorio agudo y estrés oxidativo que genera fibrosis.

Descripción del caso: Masculino de 43 años con antecedente de linfoma de Hodgkin a los 13 años, tratado con 35Gy de RT. Inició con angina y disnea progresiva, auscultándose soplo de estenosis aórtica, realizando ECOTT se observa válvula aórtica calcificada. Igualmente en angiografía coronaria se evidenció estenosis en TCI y CD. Se procedió a reemplazo valvular aórtico y revascularización coronaria, encontrando aorta en porcelana.

Discusión: La cardiopatía inducida por radioterapia es una patología que debe tenerse en cuenta ante un paciente con factores de riesgo en el que coexistan lesiones cardiovasculares, las cuales pueden presentarse años después de la exposición inicial, lo cual eleva el riesgo quirúrgico y la mortalidad. La importancia del caso reside en que al evidenciarse aorta en porcelana en el contexto de un paciente con indicación quirúrgica por lesiones asociadas a radioterapia, constituye un verdadero reto dada la necesidad de evitar la manipulación de la aorta para el uso de CEC por el alto riesgo de embolización.

.....

0132 - UTILIDAD DEL SPECKLE TRACKING EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE PERICARDITIS CONSTRICTIVA TUBERCULOSA

Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Miocardiopatías y Valvulopatías

RIVERA HERMOSILLO, Julio Cesar | VERGARA ORDUÑA, Fernando Iván | BORGES LÓPEZ, Jesús Samuel

HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE ISSSTE

Antecedentes: La pericarditis constrictiva tuberculosa se encuentra en el 2% de los casos de tuberculosis pulmonar y su mortalidad fluctúa entre 20% y 40%. El tratamiento se basa en el uso de medicamentos antifímicos con los que se resuelve la mayoría de los casos y sólo el 25% requieren pe-

ricardiectomía por persistencia de síntomas, siendo la mortalidad posquirúrgica de 3 a 16%.

Descripción del caso: Se reporta el caso de paciente masculino de 37 años con único antecedente de derrame pericárdico crónico diagnosticado en 2017, al término de protocolo se concluye pericarditis tuberculosa recibiendo manejo antifímico con pobre respuesta, progresando a pericarditis constrictiva ameritando pericardiectomía en enero del 2021. Inicia su padecimiento en julio de 2021 con disnea de pequeños esfuerzos y edema de miembros inferiores por lo que se solicita ecocardiograma transtorácico, encontrando cavidades no dilatadas, no hipertróficas, alteraciones de la motilidad caracterizados por hipocinesia inferolateral, anterolateral e inferior con desplazamiento de la punta ventricular contralateral al ventrículo derecho, hiperecogenicidad de la pared lateral, fracción de eyección de ventrículo izquierdo de 58%. Con datos de disfunción diastólica severa (E/A: 2,6), e' lateral de 10 cm/s, e' septal de 9 cm/s, PSAP de 20 mm Hg. En el análisis del *strain* longitudinal global se obtiene un valor de -15% con una reducción evidente en las paredes laterales compensado por los segmentos septales (Figura 1), con lo cual se concluyó que el paciente presentaba afección miocárdica caracterizado por fibrosis secundaria al proceso fímico.

Discusión: Aunque la pericarditis tuberculosa se ha descrito en hasta un 1% de los pacientes con tuberculosis activa, la afectación miocárdica es muy poco común. Hasta donde sabemos la evaluación ecocardiográfica de la pericarditis constrictiva tuberculosa ha sido poco estudiada debido a su baja prevalencia y que el *strain* longitudinal global es una herramienta cada vez más utilizada para hacer diagnósticos subclínicos de lesión transmural. La aplicación de esta novedosa técnica nos permitió demostrar que el daño miocárdico en este paciente era importante y que pese a la pericardiectomía la funcionalidad miocárdica se encontraba dañada, esto nos hace pensar que esta técnica puede llegar a ser una herramienta muy útil para entender la mecánica cardíaca y ser capaz de detectar la disfunción

miocárdica subclínica en una etapa más temprana en comparación con las modalidades de imagen convencionales en la pericarditis constrictiva tuberculosa.

.....

0133 - RECHAZO AGUDO DEL INJERTO QUE IMITA LA PERICARDITIS CONSTRICTIVA DESPUÉS DEL TRASPLANTE CARDÍACO

Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Trasplante

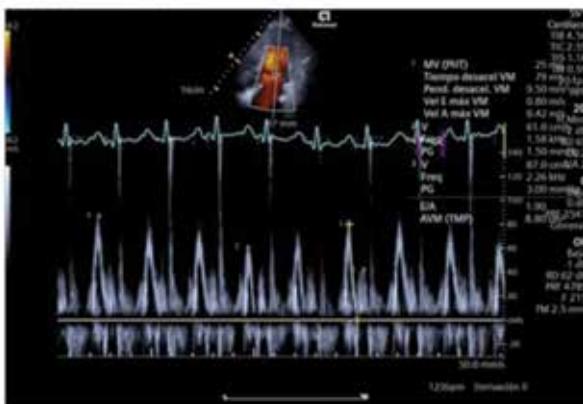
BURGOS, Lucrecia María | BALLARI, Franco | VRANCIC, Mariano | BARO, Rocío | CABRAL, Miguel | DIEZ, Mirta

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES

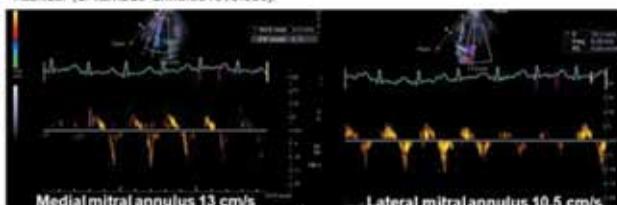
Antecedentes: La pericarditis constrictiva (PC) es una rara complicación posterior al trasplante cardíaco (TC). Esta rara entidad puede manifestarse infrecuentemente como un episodio de rechazo o una miocardiopatía restrictiva. Se presenta el caso de un paciente que recibió un TC que evoluciona con síntomas progresivos de insuficiencia cardíaca (IC) derecha.

Descripción del caso: Paciente de sexo masculino de 43 años con miocardiopatía dilatada idiopática al que se le realizó TC de emergencia por *shock* cardiogénico en asistencia circulatoria mecánica. No presentó complicaciones post operatorias. Recibió un régimen inmunosupresor con corticoides orales,

El espectro Doppler de onda pulsada de las velocidades de flujo de entrada mitral demuestra una marcada variación respiratoria de la velocidad máxima de la onda E con un tiempo de desaceleración corto.



Las velocidades diastólicas tempranas (e') del anillo mitral medial y lateral por Doppler tisular muestran una función longitudinal conservada y una inversión de la relación habitual (el llamado *annulus reversus*).



un inhibidor de la síntesis de purinas (micofenolato mofetilo) y un inhibidor de la calcineurina (tacrolimus). Controles posteriores con función del injerto preservada, sin rechazo en biopsias endomiocárdicas (BEM) ni eventos clínicos relevantes. Dos años después del TC, evolucionó con disnea de esfuerzo progresiva y edemas en miembros inferiores. Acudió al servicio de urgencias de otro centro. El examen físico era notable por los signos de congestión derecha. El ecocardiograma mostró un pericardio engrosado y refringente y rebote septal. Se evidenció variación respiratoria con una disminución en la velocidad máxima de la onda E mitral en >25% con tiempo de desaceleración corto, y E' medial mayor que la velocidad del anillo mitral lateral (*annulus reversus*), y un deterioro nuevo de la función ventricular izquierda estimado en 45%. Inicialmente se sospechó PC y fue derivado a nuestro centro para valoración PC y fue derivado a nuestro centro para valoración por la unidad de IC. Ante disfunción ventricular nueva, se indagó específicamente por suspensiones de inmunosupresión. Confirmando la suspensión reciente de la misma, por lo que se realizó una BEM de emergencia y un cateterismo derecho. Las presiones no mostraron onda en dip plateau. Se reinició la medicación inmunosupresora y recibió un pulso intravenoso de meprednisona. Un día después, la BEM mostró rechazo celular agudo grado 3R con infiltrado agresivo multifocal y daño miocítico. La BEM de seguimiento mostró rechazo celular en resolución y mejoría ecocardiográfica de la función del injerto cardíaco con resolución de los signos de sospecha inicial de PC.

Discusión: Presentamos un caso raro de un receptor de TC que desarrolló patrones clínicos y ecocardiográficos que simulaban una clásica PC, y rápidamente se diagnosticó rechazo agudo del injerto pudiendo implementar la terapéutica apropiada. Diferenciar la PC de otras condiciones que causan IC en TC es un desafío. Es importante reconocer la trampa diagnóstica en la evaluación de una 'fisiología imitadora de PC' y realizar el diagnóstico diferencial del rechazo celular debido a sus implicaciones terapéuticas.

.....

0134 - FENOTIPOS DE MIOCARDITIS FULMINANTE ASOCIADA A COVID-19 SEGÚN SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO EN ADULTOS: REPORTE DE CASOS

Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Aguda

BURGOS, Lucrecia María | BALLARI, Franco | FASAN, Martin | BARO, Rocío | COSTABEL, Juan Pablo | DIEZ, Mirta

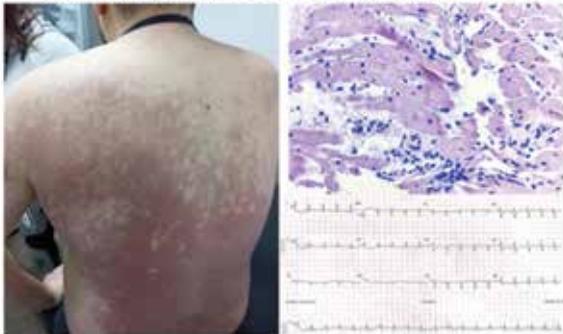
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES

Antecedentes: La miocarditis fulminante (FM) es la manifestación más grave de la miocarditis aguda

Caso 1: MF asociada a COVID-19, con SIM negativo



Caso 2: MF asociada a COVID-19, con SIM positivo



(MA), y representa un síndrome poco frecuente asociado al COVID-19. El síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) es una complicación rara del SARS-CoV-2. Recientemente se han reconocido dos fenotipos diferentes en base a la presencia de SIM.

Descripción del caso: Caso 1: Paciente de sexo femenino de 27 años. Fue derivada por *shock* cardiogénico (SC) asociado a COVID-19. Al ingreso se encontraba con dosis máximas de norepinefrina e inmediatamente al ingreso presentó PCR por AESP. Al no tener retorno de la circulación luego de 15 minutos de RCP, se implantó un ECMO VA. El ETT mostró una FEVI del 10%, edema miocárdico difuso y derrame pericárdico moderado. Entre los datos del laboratorio destacaba troponina T de alta sensibilidad 1822 ng/l, NT-ProBNP > 35000 ng/L. El frotis nasofaríngeo para el SARS-CoV-2 fue positivo. Inició meprednisona y tocilizumab. Ante la ausencia de mejoría de FEVI e imposibilidad de destete de la ACM el 4 día, se añadió tratamiento con IGIV. Se realizó biopsia que mostró MA. Presentó recuperación de la FEVI, retiro exitoso del ECMO. Evolucionó absceso con fístula bronquial y trombosis con infarto pulmonar. Tras la lobectomía evolucionó con *shock* refractario y falleció a las pocas horas. Caso 2: Paciente de sexo masculino de 27 años. Hace 1 mes presentó COVID-19 leve, con recuperación completa. Evolucionó con fiebre, adenomegalias e inflamación de las glándulas parótidas y submandibulares. Luego agregó exantema eritematoso, conjuntivitis, diarrea, tos y disnea de reposo. Ingresó derivado en SC, con deterioro nuevo severo de la FEVI. Los resultados de labo-

ratorio incluyeron leucocitosis, troponina T de alta sensibilidad 441 ng/l, dímero D 1,51 g/ml, ferritina >2000ng/ml, ERS 88 mm/h, proteína C reactiva de 129 mg/l. Perfil reumatológico negativo. El ETT mostró una FEVI del 30% y derrame pericárdico moderado. Se realizó biopsia que mostró miocarditis. En tratamiento con inodilatadores, noradrenalina y furosemida. Inició IGIV y metilprednisolona. El paciente exhibió una recuperación de la FEVI. Se realizó resonancia cardíaca que evidenció MA, con edema extenso. Durante el seguimiento presentó resolución sintomática completa, normalización de resonancia cardíaca y parámetros inflamatorios. **Discusión:** La MF asociada a COVID-19 puede presentar dos fenotipos acorde a la presencia de SIM, con diferentes presentaciones clínicas, pronóstico y perfiles inmunológicos. La diferenciación de estos fenotipos es relevante para el manejo de los pacientes.

•••••

0140 - UNA CAUSA POCO HABITUAL

Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Miocardiopatías y Valvulopatías

DE BORTOLI, María Antonella

INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA "JUANA F. CABRAL"

Antecedentes: La insuficiencia cardíaca (IC) aguda en la actualidad continúa teniendo una tasa alta de



morbi-mortalidad. Por su parte, la enfermedad tiroidea tiene una prevalencia que varía del 9% al 15% en la población adulta. El exceso de hormona tiroidea afecta la hemodinámica cardiovascular, impactando en la función y estructura cardíaca, lo que lleva a IC de alto gasto como manifestación inicial en un 6% de los casos, y en etapas tardías, la mitad de ellos, como miocardiopatía dilatada (MD).

Descripción del caso: Paciente de 46 años, sin antecedentes patológicos conocidos. Refiere antecedente de palpitaciones y consulta por iniciar con dolor epigástrico de carácter opresivo de una hora de evolución, disnea clase funcional IV, al examen físico exoftalmia leve, taquipnea, rales subcrepitanes en ambas bases pulmonares, ingurgitación yugular 12 cm, a nivel radiográfico cardiomegalia y redistribución de flujo. En electrocardiograma (ECG) se evidenció taquicardia sinusal con bloqueo completo de rama izquierda (no conocido), signos vitales: TA 152/104 mm Hg, FC 125 lpm, Sat₀₂ 96%, T° 36°C, en laboratorio inicial hemograma, función renal e ionograma normal, dosaje de troponina ultrasensible de 9,9ng/dl y a la hora 11,6 ng/dl. Se asumió cuadro como IC aguda descompensada y angina inestable por ángor de reciente comienzo, recibió diuréticos y vasodilatadores endovenosos, se realizó cinecoronariografía que evidenció arterias coronarias angiográficamente normales. En ecoDoppler cardíaco evidenció dilatación de las cuatro cavidades, FEy 30%, E/e 17, PSP 50, PVC 10 e insuficiencia mitral leve. En perfil tiroideo se obtuvo TSH de 0,005 mcg/ml, T4L 3,65 ng/dl y T3 309 ng/dl. Se inició tratamiento para hipertiroidismo con metimazol, además de medicación habitual para IC. En control por ambulatorio se presentó sin signos de IC descompensada, ECG con ritmo sinusal sin trastornos de la conducción intraventricular, ecografía tiroidea con bocio difuso y anti-TSH positivo por lo que se asumió cuadro como MD secundaria a hipertiroidismo por enfermedad de Graves.

Discusión: La miocardiopatía tirotóxica es una entidad clínica distinta con consecuencias clínicas devastadoras que puede afectar a personas jóvenes incluso en ausencia de una enfermedad cardíaca subyacente. A su vez, los pacientes que desarrollan hipertiroidismo grave, pueden presentar vasoespasmo coronario que se manifiesta con dolor torácico en reposo o isquemia miocárdica como fue en este caso, evidenciándose también alteración en la conducción intraventricular transitorio, siendo el mismo una manifestación poco frecuente. Si el hipertiroidismo se reconoce tempranamente y se trata, muy a menudo revierte los trastornos hemodinámicos cardiovasculares e incluso puede prevenirlos, lo que resalta la importancia de las pruebas de función tiroidea sistemáticas en los pacientes con IC.

•••••

0143 - SUPERPOSICIÓN FENOTÍPICA DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA Y MIOCARDIO NO COMPACTO (MNC) COMO EXPRESIÓN DE TRASTORNO GENÉTICO AUTOSÓMICO DOMINANTE

Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Miocardiopatías y Valvulopatías

GUZMÁN, Jesús Federico | BOTELLI DAGUM,

Valentina | PRECIADO CARRANZA, Liz Dayana |

LEZCANO, Roberto Fausto | ARAPA, Dante Alejante

HOSPITAL SAN BERNARDO

Antecedentes: Las mutaciones de genes que codifican las proteínas del sarcómero determinan el origen de diferentes miocardiopatías. Es usual que una alteración específica determine distintas miocardiopatías en los miembros de una misma familia, siendo infrecuente que ocurran en formas superpuestas.

Descripción del caso: Paciente 24 años, con antecedentes personales de obesidad, asma, hipotiroidismo y diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica (MCH) durante su infancia, sin seguimiento regular, en contexto de madre y hermano con misma enfermedad, la primera fallecida a los 40 años, mientras el segundo es portador de cardiodesfibrilador implantable (CDI). Consulta por disnea y edemas, asumiendo el cuadro clínico como insuficiencia cardíaca descompensada. Se decide hospitalizar para iniciar tratamiento y estudios complementarios. En ecocardiograma Doppler se constata un ventrículo izquierdo (VI) dilatado, con hipertrofia concéntrica (mayor espesor a nivel de septum interventricular de 16 milímetros), e hipoquinesia generalizada, resultando en disfunción sistólica moderada, con aurícula izquierda dilatada, sin regurgitaciones significativas. Se realiza además Holter de 24 hs, con alta densidad arrítmica ventricular monomorfa, sin presencia de taquicardia ventricular, iniciándose tratamiento con amiodarona. Compensado, se otorga alta hospitalaria con tratamiento completo para insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida, pedido de CDI y resonancia magnética (RMN) cardíaca. La RMN informa un VI dilatado con deterioro severo de su función, hipertrofia parietal y con un aumento de las trabeculaciones subendocárdicas en distintos segmentos, cumpliendo criterios compatibles con MNC. Debido a estos resultados, y considerando los antecedentes, se decide realizar estudio genético al paciente y su hermano, observándose en ambos presencia en heterocigosis de variante Arg719Gln en el gen MYH7. Actualmente a pesar del tratamiento indicado, ha presentado dos episodios de hospitalización en menos de un año, por lo que se encuentra en evaluación para trasplante en hospital de mayor complejidad.

Discusión: La MCH y el MNC comparten frecuentemente origen en mutaciones de mismos genes,

siendo éstos generalmente de herencia autosómica dominante. Lo trastornos en MYH7, que codifica la isoforma beta de la cadena pesada de miosina se ha asociado a miocardiopatía dilatada, MCH y MNC, explicando los hallazgos en nuestro paciente. Esta superposición ocurre en forma infrecuente, determinando mayor tendencia a complicaciones y generando un mayor deterioro de calidad de vida, hospitalizaciones e inclusive mortalidad, lo que motiva a realizar un seguimiento estricto.

•••••

0144 - PRIMER TRASPLANTE CARDÍACO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”

Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Trasplante

BORGES LÓPEZ, Jesús Samuel | CASTAÑO

GUERRA, Rodolfo de Jesús | AYALA

HERNÁNDEZ, Eduardo | BARÓN CABALLERO,

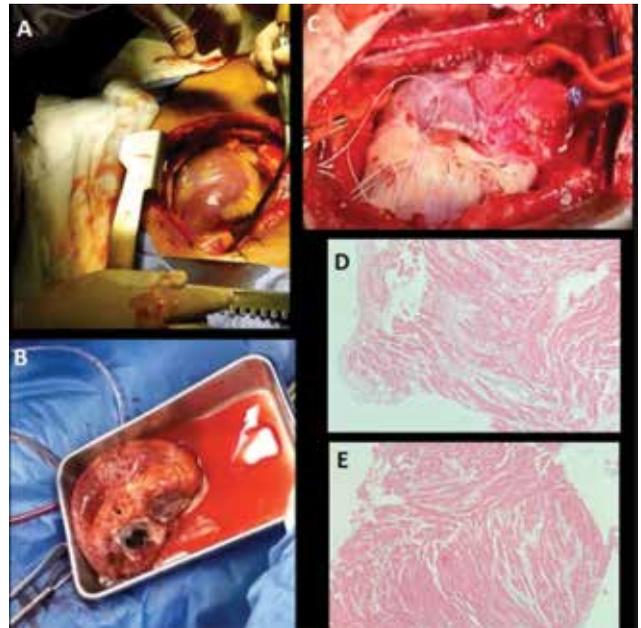
José Luis | ECHENIQUE CUELLAR, Erlan Jorge

| CUEVAS CAMPILLO, Axel | MALDONADO

RIOS, María Isabel

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”

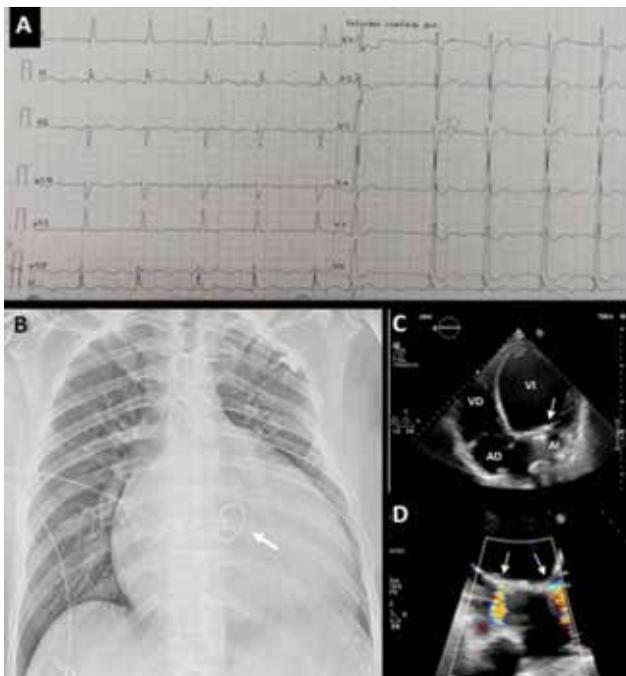
Antecedentes: El primer trasplante cardíaco en el mundo con éxito fue el realizado el 3 de Diciembre de 1967 por el Dr. Christian Neethling Barnard, en el Hospital Grote Schurr en la Ciudad del Cabo, Sudáfrica tras extraer el corazón enfermo del paciente Louis Washkansky. En México el primer trasplante cardíaco fue realizado por el Dr. Rubén Argüero



Sánchez como responsable quirúrgico y el Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra como responsable médico en el Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1989. **Descripción del caso:** Masculino de 31 años con antecedente de cierre quirúrgico de conducto arterioso persistente y colocación de válvula mecánica mitral a los 25 años por valvulopatía congénita. Ingreso por presentar edema de miembros inferiores, disnea, ortopnea. A su ingreso a urgencias con datos de falla cardíaca aguda. Ingresó a Cardiología, realizando ECOTT reportando FEVI 16%, SGL -3%, hipocinesia generalizada, dilatación de las 4 cavidades cardíacas con fuga periprotésica mitral severa, insuficiencia tricuspídea severa. Ingresó a unidad de cuidados coronarios manteniéndose con manejo de insuficiencia cardíaca. Se presentó y aceptó para trasplante cardíaco ortotópico. El día 9 de Junio 2022 se obtuvo donación cardíaca de paciente de 26 años con diagnóstico de muerte cerebral por TCE severo, realizando así el primer trasplante cardíaco en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” de manera exitosa. Se mantuvo paciente en unidad dados coronarios con manejo a base de tratamiento vasopresor, inotrópico e inmunosupresor con extubación a las 6 horas. Se realizó biopsia endomiocárdica compatible con rechazo 2R, ajustando tratamiento con posterior control de biopsia, resultando en rechazo 1R. Se brindó terapia de rehabilitación física y cardíaca, siendo egresado de manera satisfactoria.

Discusión: Este es el primer trasplante cardíaco en nuestro hospital, el cual fue liderado por el Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra, requiriendo del apoyo del equipo médico, residentes, enfermería y directivos de nuestro hospital para que fuera posible.

•••••



0145 - BALONPLASTIA EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA

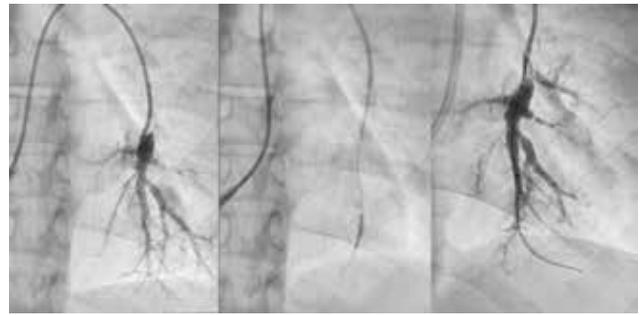
Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar

SARMIENTO, Pablo | DAGHERO, Fernando | ZADERENKO, Nicolás | COLQUE, Roberto Miguel Ángel | PACHECO, Guillermo Javier
 SANATORIO ALLENDE

Antecedentes: Mujer de 25 años, previamente sana derivada en mayo del corriente año por presentar insuficiencia cardíaca derecha y signos de hipertensión pulmonar (HTP) posterior a tromboembolia pulmonar (TEP) un año previo. Ingresa bajo tratamiento con ivabradina, furosemida, espironolactona y anticoagulada en forma subóptima con rivaroxaban.

Descripción del caso: Paciente que evoluciona con disnea post TEP hasta clase funcional IV y signos de falla derecha por lo que es derivada. En el ecocardiograma Doppler se objetiva insuficiencia tricuspídea severa con una presión sistólica pulmonar estimada de 90 mm Hg y un ventrículo derecho con dilatación moderada y función sistólica significativamente deprimida. Se confirma el diagnóstico mediante cateterismo derecho (Tabla 1). En el mismo acto se realiza una arteriografía pulmonar en donde se observó la presencia de múltiples obstrucciones distales, de ramos segmentarios y subsegmentarios, a predominio de ramas medias e inferiores, algunas con obstrucción total, otras con imagen angiográfica compatibles con lesiones WEB y otras con obstrucciones severas. Debido a mala evolución durante las semanas subsiguientes y a la negativa a considerar la tromboendarterectomía pulmonar, se discute el caso en unidad de hipertensión pulmonar y se decide planificar el tratamiento mediante balonplastias pulmonares secuenciales y progresivas, muy bien toleradas y sin complicaciones. Luego de 2 sesiones a intervalo mensual la hemodinamia mejoró notablemente (Tabla 1). La paciente actualmente evoluciona en clase funcional I con notable recuperación del tamaño y función de VD y continúa el tratamiento farmacológico con furosemida, espironolactona, furosemida, macitentan y tadalafil mas rivaroxaban, en plan de próximas sesiones de



angioplastias pulmonares.

Discusión: La HPTEC es una grave complicación del TEP, de alta morbimortalidad sin tratamiento adecuado y es la única hipertensión pulmonar potencialmente curable luego de la extracción de los trombos. La cirugía es el tratamiento de elección siempre y es indicación clase I que ha cambiando radicalmente el pronóstico de estos pacientes. Cuando no es factible la misma (alto riesgo, negativa del pte, lesiones distales y subsegmentarias) tanto el tratamiento farmacológico con riociguat como la balonplastia son excelentes alternativas que han sido jerarquizadas en las últimas guías de HTP presentadas recientemente en último Congreso Europeo de Cardiología (clase I en ptes con HTP persistente post quirúrgica o rechazados de cirugía). El caso de nuestro paciente ilustra esta situación donde el tratamiento instaurado hasta la fecha mejoró notablemente su hemodinamia y calidad de vida.

•••••

0146 - ALGO MÁS QUE HIPERTENSIÓN PULMONAR

Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar

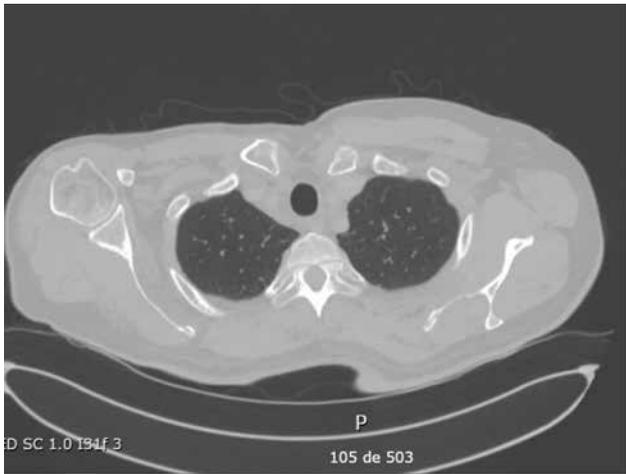
BRITZ, Kevin Iván | CORONEL, María Lorena | PERNA, Eduardo Roque
 INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE
 CORRIENTES

Antecedentes: Se presenta el caso de un paciente de 61 años quien inicia con disnea clase funcional III en 2019, siendo evaluado con ecocardiograma Doppler: fracción de eyección 70%, presión sistólica pulmonar 30mmHg, cavidades derechas normales y cateterismo cardíaco derecho presión arterial pulmonar media 42 mm Hg; wedge 9 mm Hg, índice cardíaco 2,9 l/min/m², resistencia vascular pulmonar 5 UW con test de vasorreactividad negativo. Se realiza diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar idiopática, iniciándose tratamiento específico (bosentan + sildenafil).

Descripción del caso: En seguimiento por ambulatorio en Octubre/2021 presenta progresión de disnea e hipoxemia, con requerimiento de oxigenoterapia domiciliaria. Ante la respuesta inadecuada al tratamiento, hipoxemia, difusión de monóxido de carbono disminuida 45%, se sospecha enferme-

Parámetro	Basal	Primera Sesión	Segunda Sesión
AP (mmHg)	70/32 (50)	94/28 (57)	75/21 (42)
VD (mmHg)	67/0 (30)	93/0 (15)	74/0 (10)
Wedge (mmHg)	7	9	12
GC (l/min)	2.5	5.87	5.98
IC (l/min/m ²)	1.5	3.69	3.75
RVP (UW)	17	8	5

Tabla 1. Cateterismo derecho comparativo entre valores basales y posterior a las sesiones de angioplastia pulmonar
 AP: Arteria Pulmonar; VD: Ventrículo Derecho; GC: Gasto Cardíaco; IC: Índice Cardíaco; RVP: Resistencia Vascular Pulmonar



dad veno-oclusiva pulmonar, que se confirma con tomografía de tórax (adenomegalias mediastinales, patrón vidrio esmerilado en región centrolobulillar y engrosamiento de los septos interlobulillares). Es reevaluado con ecoDoppler: dilatación de cavidades derechas, derrame pericárdico moderado, y cateterismo cardíaco derecho: presión pulmonar media 58, *wedge* 9, índice cardíaco 1,5, resistencia vascular pulmonar 16 UW. Se inicia tratamiento con epoprostenol evolucionando con edema pulmonar. En agosto de 2022 se realiza trasplante bipulmonar.

Discusión: La enfermedad veno-oclusiva pulmonar (EVOP) es un tipo poco frecuente de hipertensión arterial pulmonar, caracterizada principalmente por el remodelado de las vénulas pulmonares por fibrosis de la íntima y proliferación endotelial capilar, lo que conlleva a un aumento progresivo de la resistencia vascular pulmonar. Si bien comparte una presentación clínica similar a la hipertensión arterial pulmonar, es importante diferenciar estas dos entidades, ya que la EVOP presenta un peor pronóstico y el trasplante pulmonar es la única terapia que tiene impacto en la sobrevida. Se caracteriza por ser una patología poco frecuente, además de ser subdiagnosticada por tener una presentación clínica por lo general inespecífica y difícil de distinguir de la hipertensión arterial pulmonar, siendo la principal presentación la disnea de esfuerzo. En este caso se inició la terapia correspondiente, sin presentar respuesta favorable a dicho tratamiento por lo que se plantea EVOP como diagnóstico diferencial, realizándose TAC de alta resolución, en la cual se halla la triada características de esta patología. Es de gran importancia realizar el diagnóstico de esta patología, debido al mal pronóstico que presenta, además de que una gran proporción de pacientes evolucionan con edema pulmonar en respuesta a tratamiento con vasodilatadores utilizados habitualmente como tratamiento específico de HAP, por lo que deben ser utilizados con precaución; siendo el trasplante pulmonar el único tratamiento definitivo con el potencial de aumentar la expectativa de vida.

•••••

0147 - ¿PENSARON EN TEP?

Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar

BRITEZ, Kevin Iván | CORONEL, María Lorena |

PERNA, Eduardo Roque

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE CORRIENTES

Antecedentes: Se presenta el caso de una paciente de 46 años con antecedente de malformaciones capilares en miembros inferiores desde nacimiento requiriendo de múltiples cirugías y desarrollo de venas varicosas atípicas durante la adultez realizándose diagnóstico de síndrome de Klippel-Trenaunay. Sintomática por disnea clase funcional II desde 2015.

Descripción del caso: En septiembre de 2020 presentó episodio de metrorragia, evolucionando con *shock* hipovolémico y requiriendo de histerectomía de urgencia, evidenciándose además presencia de angiodisplasias vaginales. Presentó progresión de disnea por lo que se realizó ecoDoppler que evidenció fracción de eyección de 63% asociado a dilatación de cavidades derechas, excursión sistólica del anillo tricuspídeo 16 mm, hipertrofia ventricular derecha y presión sistólica de arteria pulmonar 98 mm Hg planteándose diagnóstico de hipertensión pulmonar. Por asociarse a hipoxemia se planteó diagnóstico de embolismo pulmonar realizándose ecoDoppler sin evidencia de trombosis venosa profunda. Se realizó angiotomografía evidenciando defectos de relleno a nivel de ramas segmentarias derechas



y subsegmentarias izquierdas compatible con trombos organizados de aspecto fibrótico/crónicos por lo que se asumió el cuadro como tromboembolismo pulmonar y se inició tratamiento anticoagulante con acenocumarol. Se decidió realización de cateterismo cardíaco derecho presentando presión arterial pulmonar media 62 mm Hg, presión *wedge* 11 mm Hg, resistencia vascular pulmonar 17 unidades Woods, presión en aurícula derecha 20 mm Hg, asumiéndose como hipertensión pulmonar tromboembólica crónica. Continúa seguimiento con médico de cabecera realizándose nueva angiotomografía de control en enero de 2021 con disminución de defectos de relleno en vasculatura pulmonar presentando mejoría de los síntomas y permaneciendo en clase funcional I.

Discusión: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica es una causa común de hipertensión pulmonar que debe ser sospechada siempre que se cuente con condiciones clínicas que puedan favorecer la formación de trombos en el territorio venoso como ser presencia de catéteres venosos por tiempo prolongado, síndrome antifosfolipídico o malignidad, ya que tanto el estudio, pronóstico y manejo de esta patología difiere respecto a los demás tipos de hipertensión pulmonar. En el caso de nuestra paciente, portadora del síndrome de Klippel-Trenaunay, patología que se caracteriza principalmente por presentar malformaciones capilares y varicosidades anómalas asociándose a embolismo pulmonar hasta en un 25% de los pacientes se planteó dicho diagnóstico por asociarse su presentación clínica junto con estudios complementarios sugerentes de hipertensión pulmonar como así también con defectos de relleno en ramas de arteria pulmonar de aspecto crónico por lo que se inició tratamiento anticoagulante evolucionando con buena respuesta en los controles por ambulatorio.

•••••

0148 - HIPERTENSIÓN PULMONAR: BUSQUEMOS LA CAUSA

Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar

MONTIVERO, Melina | BRUNIALTI, Juan Martin |

ORTIZ, Lucia

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Antecedentes: Paciente de 56 años de edad que presenta disnea en clase funcional I de la NYHA (*New York Heart Association*) asociada a palpitaciones de 6 meses de evolución. Concomitantemente, refiere edemas de miembros inferiores a predominio de miembro inferior derecho de un año de evolución. Hace tres meses curso internación en otro nosocomio por presentar dolor abdominal agudo que se interpreto como abdomen agudo medico asociado a quiste ovárico. Debido a esto, inicio estudios por consultorios externos para realizar la exéresis del mismo. en exámenes prequirúrgico, se le detecta soplo regurgitante en foco mitral y tricuspídeo por lo que se le solicita ecocardiograma detectándose comunicación interauricular *ostium secundum*, disfunción

diastólica grado I, insuficiencia mitral moderada-severa y signos de alta probabilidad de hipertensión pulmonar con presión sistólica de la arteria pulmonar de 60 mm Hg. Como antecedentes personales, es hipertensa desde los 38 años por lo que se encuentra en tratamiento con enalapril 10 mg/día y se encuentra esplenectomizada por esferocitosis. Se decide el ingreso a sala de cardiología para estudio. En el examen físico, se encontraba hipertensa (presión arterial 150/90 mm Hg), edemas en miembros inferiores a predominio derecho con signo de Godet positivo 2/4, R2 desdoblado en foco pulmonar, soplo regurgitante tricuspídeo 2/6 y soplo regurgitante mitral 2/6. Se le realizo ecocardiograma transesofágico que evidenció comunicación interauricular chica con extensión anterior (15 mm), ausencia de cavo aórtico y mitral, severa dilatación de cavidades derechas, insuficiencia tricuspídea severa, insuficiencia mitral moderada.

Descripción del caso: Debido a la alta sospecha de tromboembolismo pulmonar por su antecedente de esferocitosis, se le solicito centellograma de ventilación/perfusión que informó *mismatch* en segmento de la llingula compatible con tromboembolismo pulmonar crónico. Ante una paciente de estas características, se decide realizar el cateterismo derecho que informa volumen minuto de 6 L/minuto, presión arterial media de 34 mm Hg, aurícula derecha de 11 mm Hg, presión de enclavamiento del capilar pulmonar de 12 mm Hg, resistencia vascular pulmonar de 3,2 Unidades Wood, QP/QS 2,7. Se decide anticoagular a la paciente por 3 meses y reevaluar la posibilidad de cierre de la comunicación interauricular debido a que presenta hiperflujo pulmonar asociada a dilatación de cavidades derechas.

Discusión: Si bien la esferocitosis como la esplenectomía, han sido retiradas como causa de hipertensión pulmonar según el último consenso de Niza 2018, son condiciones que incrementan la probabilidad de tromboembolismo pulmonar; por lo que se requiere un alto índice de sospecha para no catalogar a esta paciente como hipertensión pulmonar Grupo I debido a la comunicación interauricular.

•••••

0152 - UN CUADRO CLÍNICO ATÍPICO DE UNA ENFERMEDAD RARA EN UN PACIENTE POCO HABITUAL

Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Miocardiopatías y Valvulopatías

VIALE ROMERO, Sebastián Enrique | MARINO,

Franco Lucio | DOMINGUEZ, Juan Manuel |

ESCALANTE, Juan Pablo

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO

Antecedentes: Presentamos el caso de un paciente de 55 años, dislipémico, tabaquista, que refirió como antecedente, el diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica (MCH) en 2020.

Descripción del caso: Fue derivado a nuestra institu-

ción, por episodio de taquicardia ventricular monomorfa sostenida (TVMS) monomorfa con descompensación hemodinámica con reversión a ritmo sinusal posterior a cardioversión eléctrica. Evaluado mediante cinecoronariografía, sin lesiones angiográficamente significativas y ecocardiograma que informaba ventrículo izquierdo de 54/38 mm, septum y pared de 18/15 mm, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) de 54%, dilatación biauricular y disfunción diastólica grado II. Por esto, fue derivado con la sospecha diagnóstica de MCH con muerte súbita cardíaca (MSC) recuperada. En nuestra institución, presentó nuevo episodio de TVMS con descompensación hemodinámica, que revirtió luego de cardioversión eléctrica a ritmo sinusal. Continuó en tratamiento con amiodarona y betabloqueantes, sin nuevos eventos arrítmicos. Se evaluó mediante resonancia magnética que evidenció ventrículo izquierdo severamente hipertrófico con FEVI de 65%, severo aumento de los espesores parietales, especialmente inferoseptal medial (25 mm), presencia de masa ocupante de espacio (MOE) en el septo interventricular y en relación al músculo papilar posteromedial hipointensa en secuencias de cine e isointensa en secuencias potenciadas en T1 y T2 que no refuerzan con contraste endovenoso y presencia de realce tardío de gadolinio subendocárdico difuso, sugestivo de miocardiopatía infiltrativa. Días después, se realizó implante de cardio-desfibrilador implantable como prevención secundaria de MSC. Por presencia de MOE en septum, se solicitó tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contras-

te, con ausencia de imágenes sugestivas de proceso neoplásico maligno. Finalmente se interpretó MOE septal como probable trombosis microvascular. Con estos hallazgos, se reinterpretó como miocardiopatía infiltrativa y se solicitó centellograma con pirofosfato que resultó de alta probabilidad de amiloidosis cardíaca (AC) transtirretina, test de cadenas livianas en sangre y orina que resultaron negativos, y por último, test genético para AC que evidenció mutación patogénica p.Val50Met en el gen transtirretina. Actualmente a la espera de autorización de tafamidis por su cobertura médica. Se indicó test genético, de mutación nombrada previamente, a familiares de primer grado.

Discusión: Se presenta un paciente joven, con AC transtirretina hereditaria, con la particularidad de trombosis microvascular septal y presentación como MSC. La AC no es más una enfermedad infrecuente e incluso su diagnóstico está en aumento, por la mayor sospecha clínica, y la disponibilidad de estudios no invasivos. Es importante seguir el algoritmo diagnóstico y solicitar el test genético.

•••••

0153 - HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA ASOCIADA A CATÉTER DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-ATRIAL

Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Hipertensión Pulmonar

CORBELLA, María Emilia (1) | DIP, Araceli(1)

| SOLIS, José Luis(1) | LEONARD, Verónica(1)

| ESTOFAN, Mariano(1) | ATAMAÑUK, Andrés

Nicolás(2) | VACCARINO, Guillermo(2) | SANTUCCI,

José Carlos(2) | LOBO MARQUEZ, Liliana(1) |

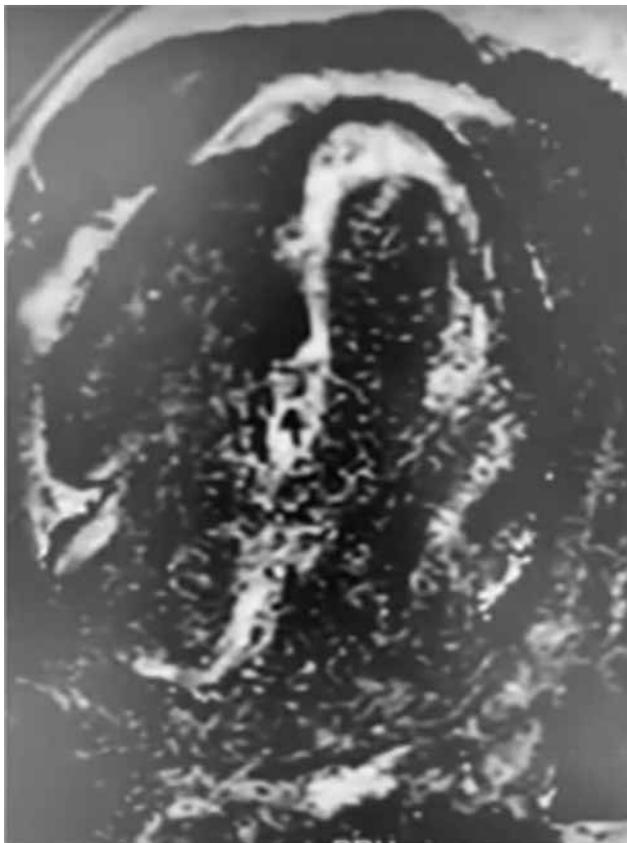
NAVAL, Norma(1)

SANATORIO 9 DE JULIO (1); HOSPITAL

UNIVERSITARIO AUSTRAL (2)

Antecedentes: Paciente femenino, 31 años. Antecedentes de hidrocefalia con múltiples intervenciones, última en 2021 con derivación ventrículo-atrial. Meningoencefalitis por histoplasma tratada con anfotericina, fluconazol y al momento de consultar en mantenimiento con voriconazol. Tromboembolismo pulmonar (TEP) 3 meses previos anticoagulada con rivaroxaban 20 mg/día.

Descripción del caso: Consulta por disnea, hipoxemia y taquicardia sinusal. Ecocardiograma informa ventrículo derecho (VD) severamente dilatado con función deprimida (TAPSE 15mm) y presión sistólica de arteria pulmonar (PSAP) 103 mm de Hg. Tomografía de tórax (TAC) aumento del diámetro del tronco de la arteria pulmonar y sus ramas, con infarto pulmonar de evolución aguda y crónica. AngioTAC con protocolo para TEP con trombos en arteria pulmonar, arterias lobares, segmentarias y subsegmentarias izquierda y derecha. Diagnóstico probable enfermedad tromboembólica con TEP recurrente con falla de VD. Se interna y se rota anticoagulación a





enoxaparina subcutánea. Evolucionó inicialmente con leve mejoría de síntomas y caída de PSAP a 68 mm de Hg. Por febrícula persistente, antecedente de meningitis por histoplasma y presencia de catéter atrial, se sospecha endocarditis fúngica, se toman cultivos e inicia anfotericina liposomal por 7 días. Eco transesofágico: catéter con estructura que lo rodea y contiene, sin flujo en su interior, de 33 mm x 22 mm. Adherido a la misma se observa imagen filiforme de 5 mm x 1,5 mm, asimismo se observa aumento del grosor del catéter a nivel de su extremo distal (5 mm). A pesar del tratamiento, evoluciona con desmejoría clínica y ascenso de PSAP (96 mm Hg). Se interpreta como nuevo TEP bajo tratamiento anticoagulante con enoxaparina asociado a HTP de etiología tromboembólica con compromiso de VD. Se deriva a centro de mayor complejidad donde se realiza tromboendarterectomía pulmonar bilateral, extracción de porción distal del catéter intraauricular con material trombótico y vegetaciones, y ventriculostomía cerebral. Se coloca derivación ventrículo-peritoneal. Presenta bradicardia con requerimiento de implante marcapasos bicameral. EcoDoppler de control VD normofuncionante PSAP 30 mm Hg. Permanece con enoxaparina 0,4 cc sc cada 12 hs.

Discusión: El caso representó un desafío, con el correcto diagnóstico de HTP tromboembólica crónica

asociada a catéter, planteándose la posibilidad de endocarditis infecciosa con embolias de vegetaciones sépticas o embolias mixtas. Fue un reto en el tratamiento abordando el drenaje de la hidrocefalia en conjunto con la tromboendarterectomía en forma exitosa.

.....

0156 - MIOCARDITIS FULMINANTE PRESENTACIÓN DE CASO

Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca Aguda

*AVILA, Cristian | APPIANI, Franco | ROSSEL, Víctor
UNIVERSIDAD DE CHILE*

Antecedentes: La miocarditis es una enfermedad inflamatoria cardíaca y es una causa importante de insuficiencia cardíaca, muerte súbita y miocardiopatía dilatada. Los virus son la principal causa. Otras son fármacos, enfermedades autoinmunes. Las troponinas y la resonancia cardíaca son útiles. El *gold estándar* es la biopsia cardíaca, permite establecer etiología, que conduce a terapia específica. Se sospecha miocarditis en casos de insuficiencia cardíaca rápidamente progresiva asociado a arritmias ventriculares complejas y bloqueo AV de alto grado.

Descripción del caso: Mujer de 24 años con antecedente de trastorno del ánimo. Tratamiento con lamotrigina, presenta síndrome de DRESS, con necesidad de hospitalización y uso de corticoides. Al alta con prednisona, con disminución progresiva. Se rehospitaliza, por cuadro compatible con insuficiencia cardíaca aguda, con ecocardiograma que muestra FE reducida se maneja con diuréticos y vasodilatadores. Con progresión de enfermedad pese a terapia, requiriendo uso de inótrpos, presenta PCR en TV/FV sin retorno a circulación espontánea, por lo que se conecta a ECMO VA durante reanimación. Se traslada a centro avanzado ese día, se instala cánula en ápex de VI para descomprimir ventrículo, como puente a decisión. Se realiza resonancia cardíaca compatible con miocarditis, pero con extensas zonas de fibrosis. Se toma BEM la cual es compatible con miocarditis eosinofílica. Recibe bolos de metil-



prednisolona + inmunoglobulina. Logra recuperación parcial, se decide conexión a asistencia biventricular. Se mantiene siempre en TV/FV. Evolucionan con múltiples complicaciones de la asistencia circulatoria: que la lleven a falla orgánica múltiple irreversible. Se discute en equipo multidisciplinario decidiendo retiro de soporte. Paciente fallece junto a familiares.

Discusión: Reportamos 1 caso de miocarditis fulminante con su evolución, el soporte hemodinámico y la terapia guiada por biopsia es la piedra angular. El diagnóstico precoz, decisión de conexión a soporte circulatorio mecánico y la inmunosupresión son terapias que cambian el pronóstico de la enfermedad. La fisiopatología de la enfermedad es en 3 pilares: La tormenta de citoquinas, alteración en la contracción miocárdica y arritmias. El manejo de estos ejes terapéuticos con la terapia inmunomoduladora, la descarga ventricular y el soporte hemodinámico con asistencia circulatoria, contribuyen a resolver la enfermedad, y mejorar el pronóstico. Dentro del diagnóstico oportuno es fundamental la alta sospecha clínica. La biopsia debe ser realizada al momento de la sospecha diagnóstica para dirigir la terapia. Es fundamental conocer los centros que cuentan con terapias de asistencia y la comunicación expedita entre centros para derivación oportuna y mejorar la sobrevivencia. En Chile, por limitaciones geográficas y la atención centralizada es relevante esto, si bien fue oportuno en nuestro caso, aún falta por mejorar.

.....

0160 - FIBROSIS ENDOMIOCÁRDICA COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

Modalidad: Caso Clínico

Unidad Temática: Miocardiopatías y Valvulopatías

TUMBACO QUIJIJE, Lenin Fernando | IBACETA

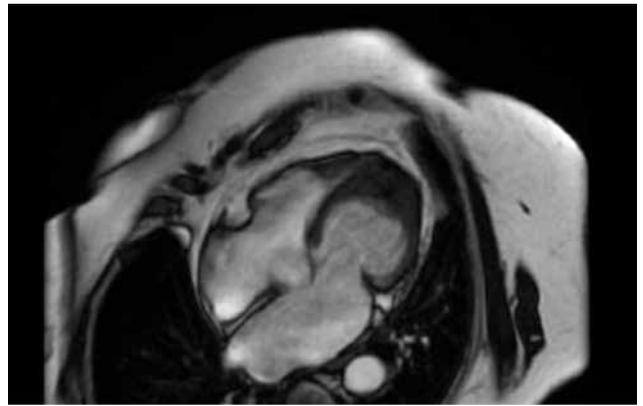
ALANIZ, Eduardo | GUARINO, Bruno |

MASTANDREA, Noelia | PÉREZ DE LA HOZ, Ricardo

HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN

Antecedentes: Fibrilación auricular permanente. Accidente cerebrovascular transitorio. Hipotiroidismo.

Descripción del caso: Femenina de 71 años de edad que concurre a servicio de IC ambulatoriamente por cuadro consistente en disnea de 12 meses de evolución, que progresa de CF I a CF II, ortopnea y edema en miembros inferiores. EF: TA 105/74 FC 90 FR 20, Ruidos hipofonéticos, rales crepitantes en bases pulmonares, silencios libres. No megalias. ECG: FA, bloqueo completo de rama derecha y hemibloqueo anterior izquierdo, FC 90, sin alteraciones del ST-T. El ecocardiograma informa aquinesia de segmentos apicales e hipoquinesia del resto de segmentos. Imagen heterogénea en región apical con borde irregular



refringente, que ocupa el ápex en su totalidad. FSVI deprimida leve. AI dilatada con volumen de 66 ml/m². VD no dilatado, con función sistólica disminuida, TAPSE 13 mm. Raíz aórtica y aorta ascendente dilatadas, válvula aórtica bicúspide tipo I, con insuficiencia leve. Patrón de llenado mitral monofásico. Evolucionan con buena respuesta a diuréticos y mejoría de su clase funcional. Se optimiza tratamiento farmacológico y se sugiere evaluación por servicio de cirugía cardíaca. Se complementa evaluación con: RMN cardíaca: obliteración de la punta miocárdica que involucra todos los segmentos apicales, hipoquinesia global leve, deterioro leve de FSVI. Válvula aorta bicúspide con dilatación leve de aorta ascendente (41 mm). Realce tardío con gadolinio: fibrosis subendocárdica e intramiocárdica en segmentos apicales. FEy 51%.

Discusión: La fibrosis endomiocárdica es una rara etiología de IC, con una prevalencia variable a nivel mundial la cual es mayor en países africanos y en Asia. En Latinoamérica ha habido reportes esporádicos en pacientes con enfermedad cardiovascular. Los pacientes afectados viven en ubicaciones geográficas específicas y en condiciones de pobreza extrema. La etiología específica es probable que sea multifactorial. Su patología se asemeja a condiciones como la miocardiopatía eosinofílica y el síndrome hipereosinofílico. La fibrosis extensa del endocardio VI que causa distorsión de la arquitectura, alteración del llenado e insuficiencia valvular define la enfermedad. En cuanto a síntomas la presencia de disnea es el más predominante, y en algunos pacientes signos de falla VD. Por otro lado, la coexistencia de válvula bicúspide es también una asociación rara de FEM, creemos en este caso en particular que su presencia es de etiología congénita ya que coexiste con anomalías de la raíz aórtica y de la aorta ascendente. Sin embargo, no es posible descartar de forma contundente esta combinación en razón de la poca casuística y evidencia disponible. En este sentido resaltamos la necesidad de exponer la forma de presentación de esta patología y las características morfológicas y funcionales que ocurren dentro del corazón.