

38.º Congreso Uruguayo de Cardiología

Temas libres premiados

9 EFECTOS CLÍNICOS Y FUNCIONALES DEL EJERCICIO FÍSICO EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA CON FUNCIÓN SISTÓLICA PRESERVADA. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE ESTUDIOS CLÍNICOS EXPERIMENTALES.

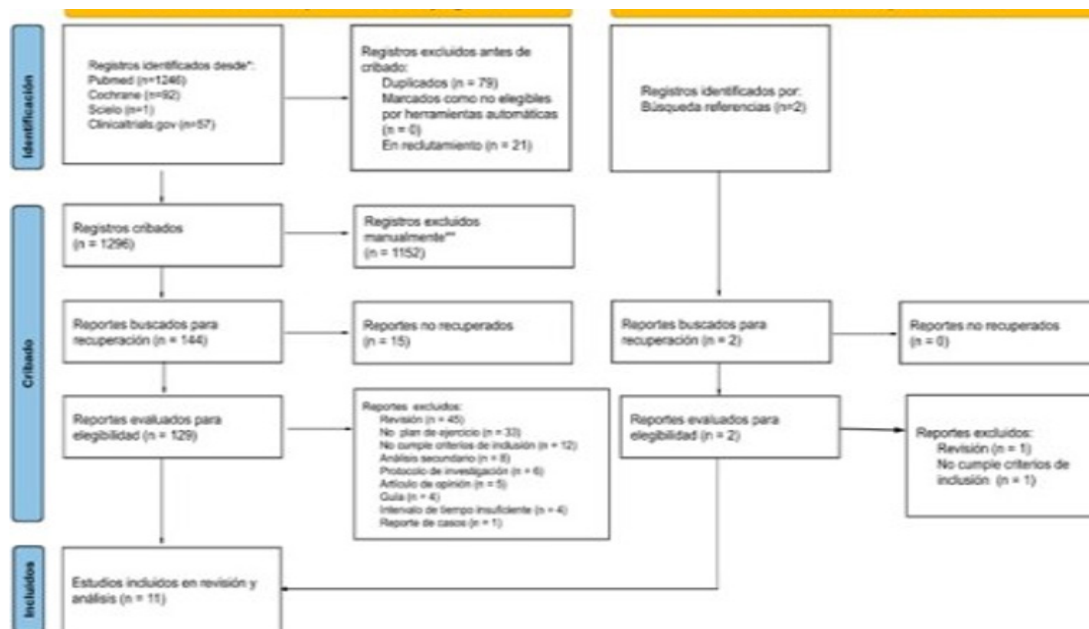
Brian Bentancor¹, Martín Correa¹, Leticia La Torre¹, Mayra Libanes¹, Bruno Senatore¹, Renzo Sosa¹, Lucía Florio¹

1. Facultad de Medicina.

Introducción: la insuficiencia cardíaca es una patología de alta prevalencia con evolución progresiva y alta mortalidad. Se clasifica según su fisiopatología en insuficiencia cardíaca con fracción de eyección de ventrículo izquierdo disminuida (ICFEVId) o preservada (ICFEVIp). La ICFEVIp representa aproximadamente el 50% de la población con esta patología, siendo su morbimortalidad comparable a la ICFEVId. La evidencia general respecto a su tratamiento efectivo es escasa, igual que el rol que ocupa el ejercicio físico en su evolución clínica.

Objetivo: evaluar el efecto del ejercicio físico comparando clase funcional (resultado primario), calidad de vida, parámetros de función diastólica, número de internaciones y consultas a emergencia (resultados secundarios) entre sujetos con ICFEVIp expuestos a ejercicio vs sujetos no activos.

Método: revisión sistemática y metaanálisis. Criterios de inclusión: estudios experimentales con pacientes humanos con ICFEVIp expuestos a un programa de ejercicio de duración mayor o igual a 12 semanas. Período de búsqueda: hasta el 6 de junio 2022. Palabras claves de búsqueda: physical exercise AND heart failure AND preserved ejection fraction; en: Pubmed, Cochrane, ClinicalTrials.gov, Scielo y seguimiento manual de autores. Se siguieron recomendaciones PRISMA 2020 en la ejecución y publicación. El metaanálisis de resultados primario y secundarios se utilizó software libre RevMan 5,0, análisis de efecto random y se obtuvo un resultado combinado expresado en diferencia estandarizada de medias con su intervalo de confianza 95%, tomando como significativo una $p < 0,05$.



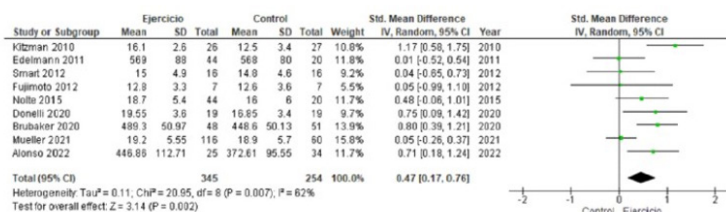
Resultados: se identificaron 1.398 estudios y fueron incluidos en la revisión sistemática y metaanálisis 11 estudios experimentales (diagrama de flujo de selección de estudio y tabla de características basales 1). El análisis incluye 687 sujetos, media edad 64 años y 57% sexo femenino, todos los programas tenían ejercicio aeróbico. Para clase funcional y calidad de vida, la diferencia de media estandarizada beneficia al grupo ejercicio en forma significativa (0,47, IC: 95% [0,17-0,76, $p=0,002$]) (-0,39, IC: 95% -0,71--0,07, $p=0,02$). La diferencia para la función diastólica es a favor del grupo ejercicio, pero no resultó estadís-

Estudio	Diseño	N	Edad media +/- DE (años)	Porcentaje mujeres (%)	Características basales de los sujetos	Tipo de ejercicio físico	Tiempo (meses)	Resultado primario
Alonso 2022	ECA	59	63.3 ± 9.4	46.0	IC compensada	Combinado (aeróbico y fuerza)	18.0	6MWT
Alves 2012	ECA	31	62.8 ± 10.3	25.6	IC compensada	Aeróbico	6.0	Función diastólica ecocardiográficas
Brubaker 2020	ECA	116	70.3 ± 6.7	81.0	IC compensada	Aeróbico	4.0	MUIF y SF-36
Donell da silveira 2020	ECA	19	60.0 ± 9.0	63.0	IC compensada	Aeróbico	3.0	Función diastólica ecocardiográficas
Edelmann 2011	ECA	64	65.0 ± 7.0	56.0	Al menos un FRCV (obesidad, HTA, DM, dislipemia, tabaquismo)	Aeróbico	3.0	MUIF y SF-36
Fu 2015	AD	60	60.5 ± 2.7	33.0	NYHA Clase II a III	Aeróbico	3.0	Relación E/E'
Fujimoto 2012	AD	20	74.9 ± 6.0	76.9	IC compensada	Aeróbico	12.0	PCP invasivo
Kitzman 2010	ECA	53	70.0 ± 6.0	75.0	NYHA Clase II a III	Aeróbico	4.0	MUIF y SF-36
Mueller2021	ECA	176	70.0 ± 8.0	66.3	Sedentarismo y NYHA Clase II a III	Aeróbico	9.0	VO2 pico
Noite 2015	ECA	64	65.0 ± 7.0	56.0	NYHA Clase II a III y al menos un FRCV (obesidad, HTA, DM, dislipemia, tabaquismo)	Aeróbico	3.0	MUIF y SF-36
Smart 2012	ECA	25	64.0 ± 8.0	48.0	NYHA Clase I a II	Aeróbico	4.0	VO2 pico

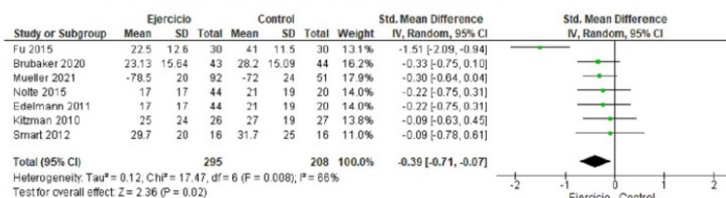
ticamente significativa. Los resultados se muestran en el gráfico de bosque de la figura. No hay resultados para internaciones y consultas en emergencia.

Conclusiones: el ejercicio físico aeróbico mejora la capacidad funcional y la calidad de vida en sujetos con IC FEVp. Como perspectiva se destaca importancia del ejercicio físico y la necesidad de incluirlo en el consejo médico, promoviendo recomendaciones más precisas sobre frecuencia, intensidad, tipo y tiempo de ejercicio (FITT) en pacientes con IC FEVp.

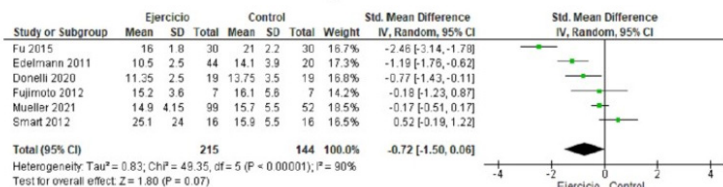
Resultado primario del meta-análisis: clase funcional



Resultados secundarios del meta-análisis: calidad de vida



Resultados secundarios del meta-análisis: parámetros de función diastólica



13 LA VACUNACIÓN DISMINUYE LA MORTALIDAD OPERATORIA EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE COVID-19

Victor Dayan¹, Juan Riva², Juan José Paganini¹, Pablo Straneo¹, Daniel Brusich¹

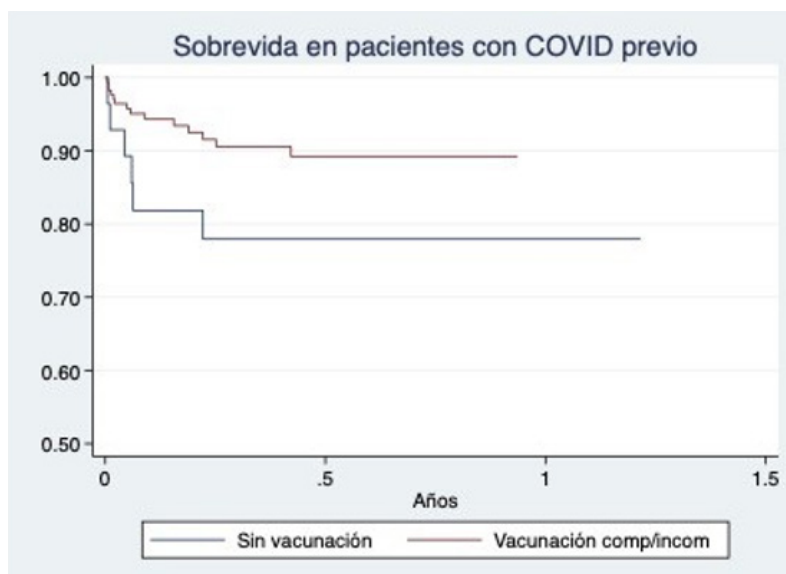
1. Centro Cardiovascular Universitario. 2. Hospital de Clínicas.

Introducción: el antecedente de infección por COVID-19 ha sido un factor determinante a la hora de definir la oportunidad quirúrgica. Las guías publicadas al respecto constan de evidencia débil y no contemplan el rol de la vacunación previa. Actualmente se recomienda esperar más de 4 semanas para ser intervenido de cirugía cardiaca. Sin embargo, en la época actual, con alta tasa de vacunación, es indispensable conocer el impacto del COVID-19 en la mortalidad operatoria según el lapso a la cirugía, así como el rol protector de las vacunas.

Objetivo: el objetivo principal es evaluar el impacto del antecedente de COVID-19 en la mortalidad operatoria. Como objetivos secundarios nos planteamos comparar la sobrevida y efecto moderador del estado de vacunación.

Método: estudio de cohorte prospectiva de recolección retrospectiva aprobado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Fondo Nacional de Recursos (FNR) para su realización. Se recabó el consentimiento informado (FNR). Se incluyeron pacientes operados de cirugía cardiaca en el Uruguay desde enero del 2021 hasta marzo del 2022. Se cruzaron los datos proporcionados por el FNR con el estado de vitalidad, de infección por COVID-19 y estado de vacunación proporcionado por el Departamento de Epidemiología del MSP. Se recabó información respecto al estado de vacunación (completa, incompleta o nula), fecha de infección por COVID y tipo de vacuna. Los pacientes con antecedente de COVID-19 se agruparon según el lapso del COVID-19 y la realización de cirugía en precoz (14 días o menos), tardía (15 a 42 días) y muy tardía (mayor a 43 días). La asociación entre infección previa, estado de vacunación y mortalidad se realizó mediante test Fisher. El riesgo de mortalidad operatoria según estado de vacunación se evaluó mediante regresión logística. La sobrevida se evaluó mediante Kaplan-Meier y la comparación entre grupos mediante log-rank.

Resultados: en el período mencionado se operaron un total de 2.075 pacientes. 538 (25,9%) no estaban vacunados. De los vacunados 90 recibieron AstraZeneca (5,9%), 863 Coronavac (56,1%) y 584 Pfizer (40%). Vacunación completa recibieron 1.403 pacientes (91,3%). El antecedente de COVID-19 se registró en 201 pacientes (9,7%) con un lapso a la cirugía precoz en 9 pacientes (4,5%), tardío en 35 pacientes (37,4%) y muy tardío en 157 pacientes (78,1%). La mortalidad operatoria fue de 129 pacientes (6,2%) sin diferencias entre aquellos con antecedente de COVID-19 o no (7,0% vs 6,1%, $p=0,644$) o de acuerdo al lapso transcurrido (precoz=11,1%, tardío=5,7%, muy tardío=7,0%, sin COVID-19=6,1%, $p=0,902$). En pacientes con antecedente de COVID-19 la mortalidad fue mayor en los no vacunados (tabla). El riesgo de mortalidad operatoria en pacientes con antecedente COVID fue casi 4 veces mayor (OR=3,96, 95%IC: 1,22, 12,86) sin efecto modificador según tipo de vacuna. Aunque la sobrevida fue mayor en pacientes vacunados, la misma no fue significativa ($p=0,06$) (figura).



Variable	Mortalidad operatoria	P (Fisher)
Lapso desde COVID		0.728
Precoz (9)	11.1%	
Tardía (35)	5.7%	
Muy tardía (157)	7.0%	
Vacunación		0.015*
Sin vacunación (28)	17.9%	
Incomp/Completa (173)	5.20%	

Conclusiones: en pacientes sometidos a cirugía cardiaca con antecedente de COVID, la mortalidad operatoria es 4 veces mayor cuando el paciente no tiene vacunación previa. El lapso desde el diagnóstico COVID a la cirugía no debería ser un factor predominante a la hora de definir la oportunidad, principalmente en pacientes vacunados.

17 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA VS CARDIOPATÍA AMILOIDÓTICA, ROL DE TECNOLOGÍA “MAPPING” EN RESONANCIA MAGNÉTICA.

Lucía Florio¹, Virginia Benedetto¹, Natalia Huart¹, Sergio Burguez¹

1. Resonancia Magnética Cardíaca, COMECA.

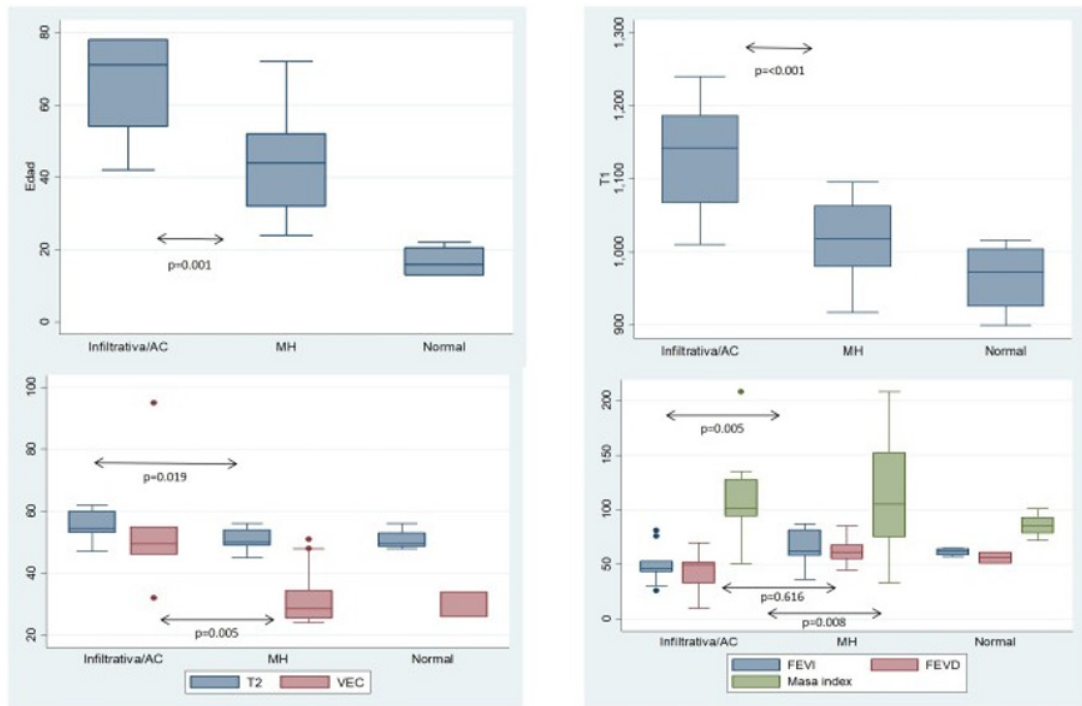
Introducción: la resonancia magnética cardíaca (RMC) es una técnica multiparamétrica emergente que, mediante la evaluación de morfología, motilidad, función, perfusión y mapeos de tiempos de relajación, permite la caracterización tisular y aporta al diagnóstico etiológico en presencia de fenocopias. Para eso utiliza diferentes secuencias destacando el valor del realce tardío de gadolinio. El uso de mapeo de T1 y T2, que ofrecen información cuantitativa, permite calcular el volumen de espacio extracelular (VEC) y avanzar en la caracterización tisular con o sin uso de gadolinio.

Objetivo: comparar variables obtenidas por RMC, destacando valores de mapeo T1 y T2 y VEC en sujetos con miocardiopatía hipertrófica (MH) vs cardiopatía amiloidótica (CA).

Método: diseño corte transversal, recolección retrospectiva de datos. Trabajo elaborado respetando recomendaciones en investigación clínica (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y enmienda del año 2000). Se registraron el total de RMC realizadas entre 13/11/2020 al 13/02/2023 en resonador General Electric 1,5 Tesla Signa Voyager. Se seleccionaron estudios con diagnóstico de MH, miocardiopatía infiltrativa con diagnóstico confirmado de CA y se utilizó el grupo de estudios normales como control. Los valores cuantitativos se expresan en mediana e intervalo intercuartilo (IIC), los cualitativos en frecuencia absoluta (FA) y relativa (FR). Se utilizaron test de Kruskal-Wallis, Mann-Whitney y test exacto de Fisher para comparación entre grupos.

Resultados: de un total de 113 estudios se identificaron 4 normales, 9 CA y 13 MH, las características basales y resultados comparativos se muestran en la tabla y en gráfico de cajas. Percentiles 10 y 90 en MH son de T1: 945 y 1.073 msec y de VEC 25 y 48% y en CA: T1 1.067 y 1240 msec y 46 y 95%.

Variable/Grupo	Normal n=4	CA n=9	MH n=13	p	p CA vs MH
Sexo Masculino (FA/FR)	4/1.0	7/0.8	0.8	1	0.68
Edad (años) mediana IIC	16 (13-20.5)	70 (54-78)	45.5 (42-62)	0.001	0.027
FEVI (%) mediana IIC	62 (58.5-64.5)	46 (43-53)	63 (60-81)	0.009	0.005
FEVD (%) mediana IIC	56 (51-61)	47.5 (30-51)	61 (55-66)	0.017	0.008
Masa indexada (gr/m ²) mediana IIC	85 (78-96)	96.0 (94-120)	107 (81-161)	0.345	0.616
T1 (msec) mediana IIC	972.5 (926-1004)	1151 (1131-1187)	1010 (996-1054)	<0.001	<0.001
T2 (msec) mediana IIC	49.5 (48.5-53)	55 (53-60)	50.5 (49.5-53)	0.049	0.019
VEC (%) Mediana IIC	26 (26-34)	50 (49-55)	29 (26-34)	0.011	0.005
Realce tardío (FA/FR)	0 / 0.0	9/1.0	13/1.0	<0.001	1.00
Derrame pericárdico (FA/FR)	0 / 0.0	5/0.56	0 / 0.0	0.002	0.005



Conclusiones: la MH y la CA presentan diferencias significativas en todas las variables analizadas menos la masa cardíaca indexada y presencia de realce tardío. Los valores de mapeo T1 y T2 y VEC difieren entre los grupos. Un valor de T1 nativo mayor a 1073 mseg y de VEC mayor a 48% es altamente sugestivo de CA. La CA muestra valores de T2 (edema) poco, pero significativamente superiores a la MH. Es limitación el bajo n y las diferencias significativas en edad entre grupos. Como perspectiva nos proponemos profundizar en el valor diagnóstico de T1 nativo ya que no requiere contraste con gadolinio para su obtención, y junto con el VEC ayudaría a identificar ambas cardiopatías en caso de realce tardío extenso y/o atípico.

27 SOBREVIDA AL AÑO DE PACIENTES CON EGRESOS MÚLTIPLES POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN URUGUAY EN EL AÑO 2020

Carolina Artucio¹, Matías Muñoz¹, Walter Reyes Caorsi¹, Alejandro Cuesta¹, Víctor Dayan¹

1. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular.

Introducción: las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte en Uruguay, siendo responsables del 22% del total de muertes en 2021. Existe evidencia internacional que los re-ingresos hospitalarios de pacientes con ECV se asocian con malos resultados clínicos y mayores costos para los servicios de salud. En el año 2020 en Uruguay, el 12,9% de los egresos hospitalarios (EH) fueron por ECV. Conocer las características de los pacientes con readmisión hospitalaria ayudaría a la toma de decisiones basada en la evidencia.

Objetivo: estimar la sobrevida al año en pacientes con múltiples EH cardiovasculares y compararla con la de aquellos que tuvieron un EH.

Método: estudio ecológico prospectivo con recolección de datos de forma retrospectiva de pacientes que tuvieron EH por ECV en el año 2020 en Uruguay. Se generaron dos grupos: personas con 1 EH (grupo 1) y quienes tuvieron dos o más EHs (grupo 2). Se utilizaron las bases de datos (BD) de EH de 2020 para caracterizar ambos grupos y de mortalidad de los años 2020 y 2021 del Ministerio de Salud Pública para estimar la sobrevida al año y sus causas de muerte. Fue autorizado por la comisión de investigación de la institución. Las variables cuantitativas se presentan con media y desvío estándar (DE) (IC 95%) y/o mediana y rango intercuartílico (RIC). Para variables cualitativas se utilizó frecuencias absolutas y porcentajes. Para los días de internación, se consideró los días totales de internación (DTI). Se realizaron curvas de Kaplan-Meier para estimar las probabilidades de sobrevida (reportadas a 365 días con IC 95%) y se utilizó el test de log-rank para evaluar la diferencia entre las curvas de ambos grupos. Se utilizaron el resto de las variables al análisis mediante una modelo de regresión de Cox.

Resultados: en 2020 hubo 26,235 EH por ECV, correspondientes a 22.651 personas mayores de 14 años. Tuvieron 1 EH con condición al egreso vivo 17.499 (grupo 1) y 2.855 más de 1 EH (grupo 2). Las características y las causas globales de mortalidad se describen en la tabla. En el análisis de mortalidad se observó que en el grupo 1 fallecieron 1.639 en 2020 y 1.734 en 2021, total 3.373 (19,3%). En el grupo 2 fallecieron 606 en 2020 y 401 en 2021, total 1.007 (35,3%). La sobrevida al año del grupo 1 (84,6% [84,1%; 85,1%]) fue superior al grupo 2 (71,7% [70,1%; 73,4%]) (figura). El modelo de regresión ajustado por las variables edad, sexo y DTI mostró un HR del grupo 1 de 0,54 (IC 95%: 0,50; 0,58) respecto al grupo 2.

Tabla: características y causas globales de mortalidad al año					
Grupo 1: 1 EH, grupo 2: dos o más EHs					
Características de la población					
Variable	Grupo 1 (17.499)		Grupo 2 (2.855)		p
	N	%	N	%	
Sexo					
Femenino	7.852	44,9	1.197	41,9	< 0,05
Masculino	9.647	55,1	1.658	58,1	
Sector					
Público	6.061	34,6	999	35,0	NS
Privado	11.438	65,4	1.856	65,0	
Edad					
Media (DE)	67,9 (15,3)		69,7 (13,6)		
Mediana (RIC)	70 (20)		71 (19)		< 0,05
Rango	15 - 105		15 - 103		
Días totales de internación					
Media (DE)	8,3 (10,9)		18,5 (19,2)		
Mediana (RIC)	5 (8)		13 (16)		< 0,05
Rango	1 - 259		2 - 297		
Causas globales de mortalidad según grupo (se enumeran las 6 principales)					
Causa	Grupo 1 (3.373)		Grupo 2 (1.007)		
	N	%	N	%	
ECV	1.425	42,2	620	61,6	
Cáncer	467	13,8	67	6,7	
Respiratorio	271	8	54	5,4	
Genitourinario	180	5,3	41	4,1	
COVID-19	180	5,3	30	3,0	
Código R (CIE 10)	301	8,9	58	5,8	

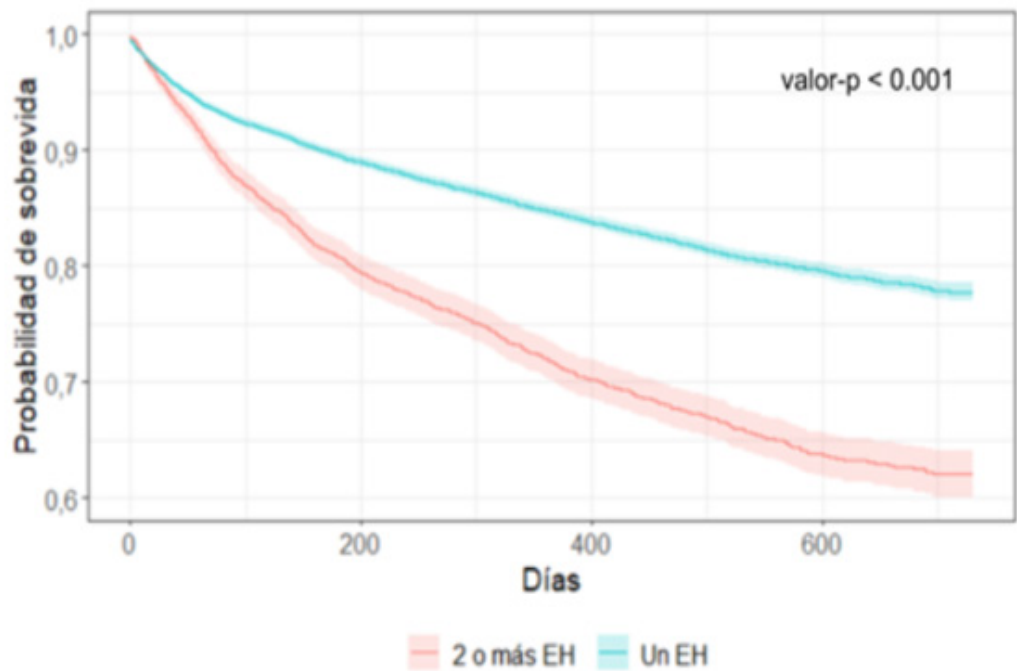


Figura: Curvas de supervivencia de personas con 1 EH (grupo 1) y quienes tuvieron 2 o más EHs (grupo 2).
EH: egresos hospitalarios, EHs Egresos hospitalarios

Conclusiones: los pacientes con egresos múltiples fueron más añosos, con mayor proporción de hombres y más DTI que los que tuvieron 1 EH. La mortalidad global del grupo con más de 1 EH durante el período de seguimiento, fue del 35,3% (significativamente mayor que el grupo de 1 EH), siendo las ECV responsables de casi dos tercios del total de muertes.

38 IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 SOBRE LA PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN PACIENTES SIN CORONARIOPATÍA PREVIA DERIVADOS A CENTELLOGRAMA CARDÍACO. ANÁLISIS DE UNA COHORTE BICÉNTRICA

Maite Baritussio¹, Guillermo Sánchez¹, Micaela Berger¹, Lucía Astorga¹, Aldana Piriz¹, Zoia Roslik¹, Soledad Murguía², Alejandra Garretano², Federico Ferrando², Pablo Marichal³, Karina Bayardo⁴

1. Facultad de Medicina, UDELAR.
2. Centro Cardiovascular Universitario, Hospital de Clínicas.
3. Escuela Universitaria de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, UDELAR.
4. Centro de Medicina Nuclear e Imagenología Molecular, Hospital de Clínicas.

Introducción: la pandemia por COVID-19 ha constituido un desafío para el sistema de salud, reportándose más de 1,000,000 de casos en nuestro país. Es conocido que la enfermedad ocasiona daño micro y macrovascular a nivel coronario, siendo un mecanismo fisiopatológico postulado para el síndrome post-COVID. No obstante, la información disponible acerca del estado de la perfusión miocárdica en pacientes recuperados de COVID-19 es escasa, desconociéndose su impacto sobre el desarrollo de enfermedad arterial coronaria (EAC).

Objetivo: caracterizar la perfusión miocárdica en pacientes sin coronariopatía previa con antecedente de infección por SARS-CoV-2 derivados a centellograma cardíaco.

Método: se realizó un estudio de cohortes retrospectivo, estudiándose una muestra de pacientes derivados para realización de centellograma de perfusión miocárdica (CPM) en dos centros de medicina nuclear durante el periodo 1 noviembre 2021- 30 septiembre 2022. Fueron incluidos todos los pacientes mayores de 40 años con probabilidad pretest intermedia-alta de EAC; se excluyeron pacientes con coronariopatía conocida, en ritmo no sinusal, portadores de marcapasos, bloqueo completo de rama izquierda o patrón de miocardiopatía dilatada en el CPM. Las imágenes fueron obtenidas por SPECT-TC con Tc-MIBI en un protocolo de estrés-reposo, en dos días separados, con estímulo vasodilatador con dipiridamol (0,56 mg/kg en 4 min). Se utilizaron modelos de regresión logística, las variables que en el análisis invariada presentaron un valor $p < 0,05$. El estudio cuenta con la aprobación del CE institucional.

Resultados: se incluyeron 570 pacientes, la edad promedio fue de 63,1 (± 10) años, 208 (36,5%) eran hombres y 187 (32,8%) diabéticos. La cohorte con el antecedente de COVID-19 se conformó con 264 pacientes, de los cuales 31 (12%) cursaron formas moderadas-severas. La media de edad fue significativamente menor en el grupo con COVID-19 previo (61,5 ± 10 años), no existiendo otras diferencias de relevancia estadística en el resto de variables entre ambas cohortes. El tiempo desde el diagnóstico de COVID-19 y la realización del CPM fue 30,7 $\pm 25,5$ semanas. El modelo multivariado evidenció que el antecedente de COVID-19 se comportó como variable predictora de la presencia de isquemia extensa (OR IC 95%: 1,47 [1,01-2,16]) como resultado del CPM. No hallándose asociación estadísticamente significativa con cualquier resultado anormal del CPM, isquemia centellográfica o presencia de defectos fijos compatibles con cicatriz de infarto.

Tabla 1. Características descriptivas de las cohortes estudiadas.

VARIABLES DE INTERÉS	TODOS (N=570)	CON COVID-19 PREVIO (N=264)	SIN COVID-19 PREVIO (N=306)	valor p
Clínicas				
Edad (años), media \pm DE	63,1 \pm 10,0	61,5 \pm 10	64,5 \pm 9,8	<0,001*
Sexo masculino, n (%)	208 (36,5)	101 (38,3)	107 (35,0)	0,417
Tabaquismo, n (%)	280 (49,1)	133 (50,4)	147 (48,0)	0,578
Diabetes, n (%)	187 (32,8)	85 (32,2)	102 (33,3)	0,774
HTA, n (%)	428 (75,1)	204 (77,3)	224 (73,2)	0,263
Dislipemia, n (%)	277 (48,6)	128 (48,5)	149 (48,7)	0,961
Obesidad, n (%)	249 (43,7)	119 (45,1)	130 (42,5)	0,535
ERC, n (%)	35 (6,1)	17 (6,4)	18 (5,9)	0,783
Indicación de CPM				
Isquémica (ángor, disnea, alt. ECG), n (%)	554 (97,2)	259(98,1)	295 (96,4)	0,221
Terapia farmacológica crónica (disponible en 529 pacientes)				
AAS, n (%),	216 (40,8)	110 (20,8)	106 (20,0)	0,697
Betabloqueantes, n (%)	192 (36,3)	96 (18,1)	96 (18,1)	0,974
IECA/ARA II, n (%)	346 (65,4)	163 (30,8)	183 (34,6)	0,077
Estatinas, n (%)	270 (51,0)	131 (24,8)	139 (26,3)	0,516

Tabla 2. Análisis considerando resultado anormal del CPM, isquemia centellográfica e isquemia extensa como variables dependientes. Se presentan OR con IC95%.

VARIABLES	CPM ANORMAL				ISQUEMIA CENTELLOGRÁFICA				ISQUEMIA EXTENSA	
	Univariado		Multivariado		Univariado		Multivariado		Multivariado	
	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
<i>Diabetes</i>	0,47 (0,52-0,80)	<0,001	2,03 (1,39-1,09)	<0,001	0,48 (0,34-0,69)	<0,001	1,96 (1,35-2,87)	<0,001	1,99 (1,32-3,02)	0,001
<i>Obesidad</i>	0,70 (0,69-0,99)	0,02	1,14 (0,79-1,63)	0,47	0,67 (0,48-0,93)	0,02	1,21 (0,85-1,73)	0,29	0,68 (0,45-1,02)	0,06
<i>Indic. isquémica</i>	0,27 (0,13-0,58)	0,02	0,23 (0,07-0,77)	0,02	0,31 (0,11-0,96)	0,04	0,31 (0,08-0,91)	0,05	0,33 (0,05-1,23)	0,15
<i>COVID-19</i>	1,26 (0,95-1,35)	0,17	1,29 (0,92-1,81)	0,16	1,15 (0,83-1,59)	0,42	1,17 (0,84-1,64)	0,36	1,47 (1,01-2,16)	0,04

Conclusiones: en nuestra cohorte, la infección previa por SARS-CoV-2 se comportó como factor de riesgo independiente para la presencia de isquemia extensa en el CPM en pacientes con sospecha de EAC. Los mecanismos subyacentes merecen ser evaluados en profundidad, con el fin de determinar el papel de la COVID-19 como factor de riesgo para desarrollar alteraciones en la perfusión miocárdica, sirviendo como punto de partida para la formulación de estrategias terapéuticas y preventivas en distintas subpoblaciones de pacientes.

64 IMPACTO PRONÓSTICO DE UNA OCLUSIÓN CORONARIA CRÓNICA EN ARTERIA NO CULPABLE EN CONTEXTO DE SÍNDROME CORONARIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Carolina Menoni¹, Sebastián Albistur¹, Leandro Jubani¹, Anaulina Silveira¹

1. *Círculo Católico.*

Introducción: la presencia de estenosis de una arteria no responsable del infarto (no ARI) se observa en un 50% de los IAMcST. Estos casos tienen una morbimortalidad dos veces superior. Diferentes estudios han demostrado que las oclusiones crónicas totales (OCT) son predictores de mortalidad temprana y tardía y son un factor de mal pronóstico en los pacientes que se presentan con IAMcST. Se ha demostrado el impacto de las OCT a nivel internacional pero no existen estudios a nivel nacional acerca del mismo.

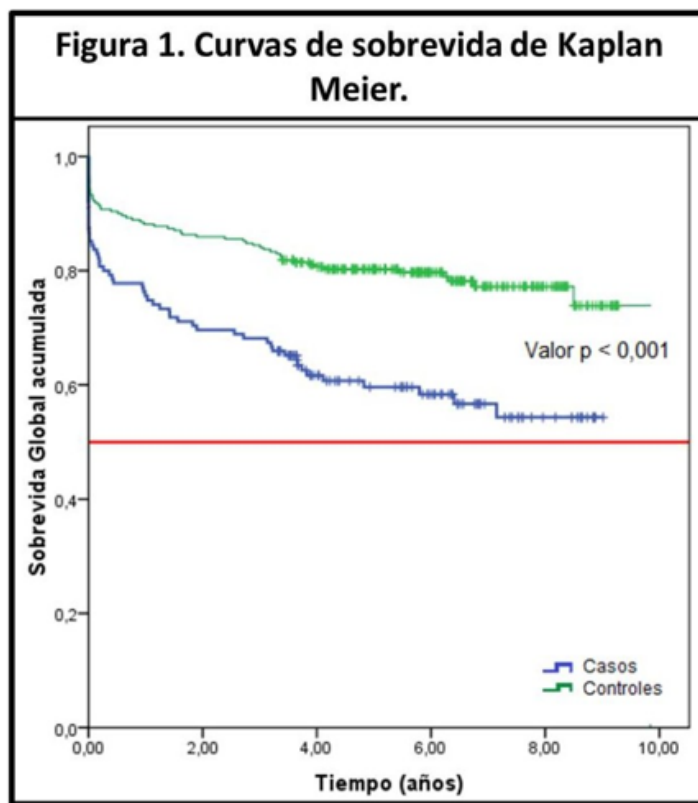
Objetivo: objetivos primarios: determinar si existen diferencias en la mortalidad por todas las causas a 30 días y 3 años en los sujetos con IAMcST que al menos tenían una OCT en arteria no ARI comparado con aquellos que no tenían OCT. Objetivo secundario: determinar si la mortalidad de aquellos pacientes con OCT localizada en ADA difería de aquellos con OCT localizada en otra arteria.

Método: se trata de un estudio observacional de casos y controles retrospectivo y unicéntrico. Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años que se presentaron como SCaST o SCA con BCRI nuevo o presuntamente nuevo y se realizaron una CACG en nuestro centro en el periodo 2013-2018. Criterios de exclusión: pacientes con antecedentes de CRM y/o registro insuficiente de variables de interés. Se incluyó en “Casos” pacientes que presentaban al menos una OCT en arteria no ARI. De los pacientes sin OCT en arteria no ARI se seleccionó mediante macheo un grupo control (“Controles”) con una relación 2:1. Las variables continuas se resumen mediante media ±DE y las discretas mediante porcentaje y número absoluto. Se utilizó test de T para muestra independientes y test Chi2 para contrastar variables continuas o discretas respectivamente. Se calculó odds ratio (OR) e intervalo de confianza al 95% (IC). Mediante curvas de Kaplan Meier y test de Log-Rank se evaluó la mortalidad en ambos grupos. Error alfa.

Tabla 1. Características clínicas

	Casos n=135 %(n)	Controles n= 270 %(n)	Valor p	
Factores de Riesgo				
Edad (años) (*)	63,8±1,1	63,7±0,8	0,954	
Sexo masculino	80,0 (108)	80,4 (217)	0,93	0,91
Tabaquismo	20,0 (27)	17,0 (46)	0,465	1,071
Diabetes mellitus	18,5 (25)	5,2 (14)	< 0,001	1,948
Dislipemia	15,6 (21)	7,4 (20)	0,01	1,408
Hipertensión	32,6 (44)	11,9 (32)	< 0,001	1,718
Alcoholismo	4,4 (6)	1,1 (3)	0,041	2,023
EPOC	2,2 (3)	1,1 (3)	0,383	1,338
Insuficiencia renal	3,7 (5)	0,7 (2)	0,044	2,357
Obesidad	9,6 (13)	4,8 (13)	0,062	1,356
Topografía del infarto				
Anterior	18,5 (25)	18,9 (51)	0,784	----
Antero-Lateral	27,4 (37)	24,8 (67)		1,047
Infero-Lateral	8,9 (12)	8,1 (22)		1,033

Resultados: se registraron 1.520 IAMcST. Se incluyeron 135 casos y se seleccionaron 270 controles. En la tabla 1 se comparan las características clínicas y topografía del IAM entre ambos grupos. Hubo una mayor prevalencia de HTA, diabetes y dislipemia en los casos. En cuanto a la clase Killip y Kimpball se observó una mayor incidencia de KKIV en grupo casos 14,1% vs 6,8% ($p=0,012$). La mortalidad de los casos duplica la de los controles a los 30 días y a 3 años (figura 1). La mortalidad intraprocedimiento de ATC primaria fué 2,2 veces mayor en los Casos. No se encontró diferencia de mortalidad entre casos con OCT en ADA vs OCT en otro vaso.



Conclusiones: los pacientes con IAMCEST que tienen una OCT en no ARI tienen un aumento significativo de la mortalidad a 30 días y 3 años del evento primario respecto al grupo que no presenta dichas lesiones. La mortalidad fue similar en los casos con OCT de ADA u otro vaso.

68 IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO EN LOS 30 DÍAS POSIMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER

María Noel Robaina¹, Ignacio Batista¹, Diego Cataldo¹, Pablo Vazquez¹, Juan Ignacio Mayol¹, Carlos García-Martínez¹, Luis Vidal¹, Ramón Scola¹, Hugo Piñeyro¹, Tomás Dieste¹, Gustavo Vignolo¹, Jorge Mayol¹

1. Centro Cardiológico Americano, Sanatorio Americano.

Introducción: el implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI) se ha establecido como una alternativa en el tratamiento de la EAo severa sintomática. El implante de marcapaso definitivo (iMPD) es una de las complicaciones más frecuentes, reportándose entre un 3,4 al 25,9%. Varios son los factores predictores descritos.

Objetivo: cuantificar la tasa de iMPD posTAVI, analizando indicación, factores predisponentes y sobrevida a corto y mediano plazo.

Método: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y unicéntrico de cohorte de pacientes sometidos a TAVI entre marzo 2010 y diciembre 2022. Se evaluó el número de implante de MPD, indicación, factores predisponentes y sobrevida. Se comparó con los pacientes que no requirieron MPD. Se obtuvo consentimiento informado. Variables cualitativas: n y %, continuas: media y desvío estándar (DS). Normalidad: Kolmogorov-Smirnov. Se estudió asociación con Chi2 y OR IC95%. Diferencia entre variables continuas: T de Student muestras independientes. Cálculo de sobrevidas: prueba Kaplan-Meier y test de Breslow. Se presenta análisis uni y multivariado. Nivel de significación: 0,05. Software estadístico: STATA v,17,0

Resultados: se realizaron 249 TAVI, de las cuales 230 no tenían MPD previo y 34 requirieron iMPD dentro de los 30 días posteriores (14,8%). Las variables que se asociaron con el iMPD fueron antecedentes de cardiopatía isquémica (p=0,042), valvuloplastia previa (p=0,011), válvulas autoexpandibles (p=0,05), profundidad del implante (profundidad respecto a valva no coronariana (p=0,04), profundidad respecto a valva coronariana izquierda (p=0,012)), prótesis de primera generación (p=0,013). El PR previo resultó significativamente mayor en el grupo MPD (p=0,014) y el bloqueo completo de rama derecha previo se asoció al iMPD (p=0,005) (tabla 1). No se observó asociación de las medidas del septum membranoso, del score de calcio valvular ni de la proyección utilizada para el implante de prótesis autoexpandibles (técnica *cusp overlap vs cusp alignment*) con iMPD. En el análisis multivariado las variables asociadas a iMPD fueron antecedente de cardiopatía isquémica (OR 1,73, IC 1,10-24,07), profundidad del implante (coeficiente beta 1,921, IC 1,431-1,972) y duración PR previo (coeficiente beta 1,913, IC 1,379-2,049). La indicación MPD fue BAV completo (BAVC) 61%(21), bloqueo trifascicular 26,5%(9), bloqueo alternante de rama 8,8%(3) y alargamiento del PR 2,9%(1). El promedio de internación para MPD fue de 4,1±0,4 días sin diferencia significativa respecto al grupo sin MPD (3,8±0,1 días) (p=0,322). La sobrevida en ambos grupos a los 30 días (grupo MPD 97,1±2,9% vs grupo no MPD 98,0±1,0%), al año (grupo MPD 85,3±6,1% vs grupo no MPD 90,1±2,2%) y a los 6,6 años (grupo MPD 54,4±12,4% vs grupo no MPD 78,4±4,5%), no presentó diferencia significativa (p=0,184) (figura 1).

Tabla 1. Variables asociadas con la necesidad de implante de mPD

	grupo MPD	grupo no MPD	p
cardiopatía isquémica, n(%)	18(52,9)	68(34,7)	0,042
valvuloplastia aórtica previa, n(%)	3(8,8)	1(0,5)	0,011
prótesis autoexpandibles	28(82,4)	128(65,3)	0,05
profundidad de implante (mm)			
valva no coronariana	5,1±0,5	4,0±0,2	0,04
valva coronariana izquierda	5,8±0,6	4,4±0,2	0,012
prótesis de 1a generación	5(14,7)	6(3,1)	0,012
PR previo, mseg	174,8±5,6	151,5±3,8	0,014
BCRD	7(20,6)	10(5,1)	0,005

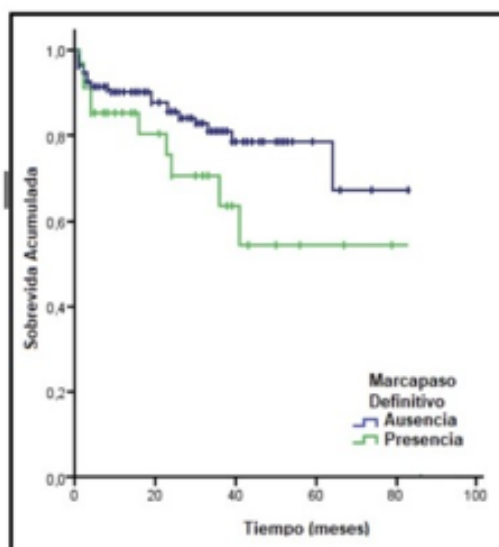


Figura 1. Curvas de supervivencia para ambos grupos a 80 meses de seguimiento.

Conclusiones: la tasa de implante de MPD fue de 14,8%. El principal motivo de implante fue el BAVC. Las variables asociadas en forma independiente al implante de MPD son el antecedente de cardiopatía isquémica, la profundidad del implante y la duración del intervalo PR previo. No hubo diferencia significativa sobre la supervivencia.