



INTERNATIONAL JOURNAL OF

---

# Cardiovascular SCIENCES



CONGRESO  
SIAC

30° CONGRESO INTERAMERICANO  
DE CARDIOLOGÍA

Panamá - 2023, June, 7-9

**Editor**

Cláudio Tinoco Mesquita – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

**Social Media Editor**

Sérgio Emanuel Kaiser – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

**Associated Editors**

Christianne Brêtas Vieira Scaramello (Multiprofessional Area) – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Clério Francisco Azevedo Filho (Cardiovascular Imaging Area) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Gláucia Maria Moraes de Oliveira (Clinical Cardiology Area) – Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina (FM), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Guilherme Vianna e Silva (Interventionist Cardiology Area) – Texas Heart Institute, USA

João Augusto Costa Lima (Integrative Imaging Area) – Johns Hopkins Hospital – Baltimore, USA

Miguel Mendes (Ergometric and Cardiac Rehabilitation Area) – Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Portugal

Pedro Adragão (Arrhythmia and Electrophysiology Area) – Hospital da Luz – Lisboa, Portugal

Ricardo Alkmin (Arrhythmia and Electrophysiology Area) – Hospital Renascentista, Pouso Alegre, MG – Brazil

Renata Castro (Cardiovascular Physiology Area) – Harvard University, Massachusetts – EUA

Ricardo Mourilhe-Rocha (Heart Failure and Myocardiopathy Area) – Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Fernando Stuardo Wyss Quintana (Hypertension) – Servicios y Tecnología Cardiovascular de Guatemala – Guatemala

Maria Alexandra Arias Mendoza (Ischemic Heart Disease) – Instituto Nacional de Cardiología – Mexico

**EDITORIAL BOARD****Brazil**

Andréia Biolo – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Angelo Amato Vincenzo de Paola – Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP – Brazil

Antonio Cláudio Lucas da Nóbrega – Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Ari Timerman – Unidades de Internação, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC), São Paulo, SP – Brazil

Armando da Rocha Nogueira – Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Carisi Anne Polanczyk – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Carlos Eduardo Rochitte – Departamento de Cardiopneumologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP – Brazil

Carlos Vicente Serrano Júnior – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Instituto do Coração (InCor), São Paulo, SP – Brazil

Cláudio Gil Soares de Araújo – Instituto do Coração Edson Saad, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Cláudio Pereira da Cunha – Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Paraná, PR – Brazil

Cláudio Tinoco Mesquita – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Denilson Campos de Albuquerque – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Denizar Vianna Araujo – Departamento de Clínica Médica, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Esmeraldi Ferreira – Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Evandro Tinoco Mesquita – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Fernando Nobre – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo, São Paulo, SP – Brazil

Gabriel Blacher Grossman – Serviço de Medicina Nuclear, Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS – Brazil

Henrique César de Almeida Maia – Governo do Distrito Federal (GDF), Brasília, DF – Brazil

Humberto Villacorta Júnior – Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Iran Castro – Fundação Universitária de Cardiologia (FUC), Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IC), Porto Alegre, RS – Brazil

João Vicente Vitola – Quanta Diagnóstico e Terapia (QDT), Curitiba, PR – Brazil

José Geraldo de Castro Amino – Sessão Clínica, Instituto Nacional de Cardiologia (INC), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

José Márcio Ribeiro – Clínica Médica (Ambulatório), União Educacional Vale do Aço (UNIVACO), Ipatinga, MG – Brazil

Leonardo Silva Roeber Borges – Departamento de Pesquisa Clínica, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), MG – Brazil

Leopoldo Soares Piegas – Fundação Adib Jatene, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC/FAJ), São Paulo, SP – Brazil

Luís Alberto Oliveira Dallan – Serviço Coronariopatias, Instituto do Coração (INCOR), São Paulo, SP – Brazil

Marcelo Iorio Garcia – Clínica de Insuficiência Cardíaca, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Marcelo Westerlund Montera – Centro de Insuficiência Cardíaca, Hospital Pró Cardíaco (PROCARDIACO), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Marcio Luiz Alves Fagundes – Divisão de Arritmia e Eletrofisiologia, Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras (INCL), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Marco Antonio Mota Gomes – Fundação Universitária de Ciências da Saúde Governador Lamemha Filho (UNCISAL), Maceió, AL – Brazil

Marco Antonio Rodrigues Torres – Departamento de Medicina Interna, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS – Brazil

Marcus Vinicius Bolivar Malachias – Instituto de Pesquisas e Pós-graduação (IPG), Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Belo Horizonte, MG – Brazil

Maria Eliane Campos Magalhães – Departamento de Especialidades Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Mário de Seixas Rocha – Unidade Coronariana, Hospital Português, Salvador, BA – Brazil

Maurício Ibrahim Scanavacca – Unidade Clínica de Arritmia, Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo, SP – Brazil

Nadine Oliveira Clausell – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil

Nazareth de Novaes Rocha – Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense, UFF – Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Nelson Albuquerque de Souza e Silva – Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Paola Emanuela Poggio Smanio – Seção Médica de Medicina Nuclear, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (IDPC) São Paulo, SP – Brazil

Paulo Cesar Brandão Veiga Jardim – Liga de Hipertensão Arterial, Universidade Federal de Goiás (UFGO), Goiânia, GO – Brazil

Ronaldo de Souza Leão Lima – Pós-Graduação em Cardiologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Salvador Manoel Serra – Setor de Pesquisa Clínica, Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Sandra Cristina Pereira Costa Fuchs – Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brazil  
Tiago Augusto Magalhães – Ressonância Magnética e Tomografia Cardíaca, Hospital do Coração (HCor), São Paulo, SP – Brazil

Walter José Gomes – Departamento de Cirurgia, Universidade Federal de São Paulo (UFESP), São Paulo, SP – Brazil

Washington Andrade Maciel – Serviço de Arritmias Cardíacas, Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC), Rio de Janeiro, RJ – Brazil

Wolney de Andrade Martins – Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, RJ – Brazil

#### Exterior

Amalia Peix - Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Havana – Cuba

Amelia Jiménez-Heffernan - Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva – Spain

Ana Isabel Venâncio Oliveira Galrinho - Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Ana Maria Ferreira Neves Abreu - Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Ana Teresa Timóteo - Hospital Santa Marta, Lisboa – Portugal

Charalampos Tsoumpas - University of Leeds, Leeds – England

Chetal Patel - All India Institute of Medical Sciences, Delhi – Indian

Edgardo Escobar - Universidad de Chile, Santiago – Chile

Enrique Estrada-Lobato - International Atomic Energy Agency, Vienna – Austria

Erick Alexanderson - Instituto Nacional de Cardiología - Ignacio Chávez, Ciudad de México – México

Fausto Pinto - Universidade de Lisboa, Lisboa - Portugal

Ganesan Karthikeyan - All India Institute of Medical Sciences, Delhi – Indian

Guilherme Vianna e Silva - Texas Heart Institute, Texas – USA

Horacio José Faella - Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, Caba – Argentina

James A. Lang - Des Moines University, Des Moines – USA

James P. Fisher - University of Birmingham, Birmingham – England

João Augusto Costa Lima - Johns Hopkins Medicine, Baltimore – USA

Jorge Ferreira - Hospital de Santa Cruz, Carnaxide, Portugal

Manuel de Jesus Antunes - Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal

Marco Alves da Costa - Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra – Portugal

Maria João Soares Vidigal Teixeira Ferreira - Universidade de Coimbra, Coimbra – Portugal

Massimo Francesco Piepoli - Ospedale “Guglielmo da Saliceto”, Piacenza – Italy

Nuno Bettencourt - Universidade do Porto, Porto – Portugal

Raffaele Giubbini - Università degli Studi di Brescia, Brescia – Italy

Ravi Kashyap - International Atomic Energy Agency, Vienna – Austria

Roberto José Palma dos Reis - Hospital Polido Valente, Lisboa – Portugal

Shekhar H. Deo - University of Missouri, Columbia – USA

## BIENNIUM BOARD 2022/2023

### ADMINISTRATIVE COUNCIL – MANDATE 2022 (BRAZILIAN SOCIETY OF CARDIOLOGY)

#### North/Northeast Region

Nivaldo Menezes Filgueiras Filho (BA)

Sérgio Tavares Montenegro (PE)

#### Eastern Region

Denilson Campos de Albuquerque (RJ)

Andréa Araujo Brandão (RJ) – Vice-presidente do Conselho Administrativo

#### Paulista Region

Celso Amodeo (SP)

João Fernando Monteiro Ferreira (SP) – Presidente do Conselho Administrativo

#### Central Region

Carlos Eduardo de Souza Miranda (MG)

Weimar Kunz Sebba Barroso de Souza (GO)

#### South Region

Paulo Ricardo Avancini Caramori (RS)

Gerson Luiz Bredt Júnior (PR)

#### Editor-in-Chief of the ABC Cardiol (2022-2025)

Carlos Eduardo Rochitte

#### Editor-in-Chief of the IJCS (2022-2025)

Claudio Tinoco Mesquita

### PRESIDENTS OF STATE AND REGIONAL BRAZILIAN SOCIETIES OF CARDIOLOGY

SBC/AL – Pedro Henrique Oliveira de Albuquerque

SBC/AM – Mônica Regina Hosannah da Silva e Silva

SBC/BA – Joberto Pinheiro Sena

SBC/CE – Almino Cavalcante Rocha Neto

SBC/DF – Fausto Stauffer Junqueira de Souza

SBC/ES – José Airton de Arruda

SBC/GO – Humberto Graner Moreira

SBC/MA – Francisco de Assis Amorim de Aguiar Filho

SBC/MG – Antônio Fernandino de Castro Bahia Neto

SBC/MS – Mauro Rogério de Barros Wanderley Júnior

SBC/MT – Fábio Argenta

SBC/PA – João Maria Silva Rodrigues

SBC/PB – Guilherme Veras Mascena

SBC/PE – Carlos Japhet Da Matta Albuquerque

SBC/PI – Jônatas Melo Neto

SBC/PR – Olímpio R. França Neto

SBC/RN – Antônio Amorim de Araújo Filho

SBC/RO – Marcelo Salame

SBC/SC – Daniel Medeiros Moreira

SBC/SE – Ursula Maria Moreira Costa Burgos

SBC/TO – Ibsen Suetônio Trindade

SOCERJ – Ronaldo de Souza Leão Lima

SOCERGS – Fábio Cañellas Moreira

SOCESP – Ieda Biscegli Jatene

SBC/NNE – José Albuquerque de Figueiredo Neto

### PRESIDENTS OF DEPARTAMENTS AND STUDY GROUPS

SBC/DA – Marcelo Heitor Vieira Assad

SBC/DCC – Bruno Caramelli

SBC/DCC/CP – Cristiane Nunes Martins

SBC/DCM – Maria Cristina Costa de Almeida

SBC/DECAGE – José Carlos da Costa Zanon

SBC/DEIC – Mucio Tavares de Oliveira Junior

SBC/DEMCA – Álvaro Avezum Junior

SBC/DERC – Ricardo Quental Coutinho

SBC/DFCVR – Elmiro Santos Resende

SBC/DHA – Lucélia Batista Neves Cunha Magalhães

SBC/DIC – André Luiz Cerqueira de Almeida

SBCCV – João Carlos Ferreira Leal

SOBRAC – Fatima Dumas Cintra

SBHCI – Ricardo Alves da Costa

DCC/GECIP – Marcelo Luiz da Silva Bandeira

DCC/GECOP – Maria Verônica Câmara dos Santos

DCC/GEPREVA – Isabel Cristina Britto Guimarães

DCC/GAPO – Luciana Savoy Fornari

DCC/GEAT – Carlos Vicente Serrano Junior

DCC/GECETI – João Luiz Fernandes Petriz

DCC/GEDORAC – Sandra Marques e Silva

DCC/GEECG – Nelson Samesima

DCC/GERTC – Adriano Camargo de Castro Carneiro

DEIC/GEICPED – Estela Azeka

DEIC/GEMIC – Marcus Vinicius Simões

DEIC/GETAC – Sílvia Moreira Ayub Ferreira

DERC/GECESP – Marconi Gomes da Silva

DERC/GECN – Lara Cristiane Terra Ferreira Carreira

DERC/GERCPM – Pablo Marino Corrêa Nascimento

**Volume 36, 2023**

Indexing: Index Medicus Latino-Americano (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Latindex; Scopus

**Commercial Department**

Telephone Number: (11) 3411-5500  
e-mail: comerciaisp@cardiol.br

**Editorial Production**

SBC – Scientific Department

**Graphic Design and Diagramming**

SBC – Communication and Marketing Department

Former SOCERJ Magazine (ISSN 0104-0758) up to December 2009; Revista Brasileira de Cardiologia (print ISSN 2177-6024 and online ISSN 2177-7772) from January 2010 up to December 2014.  
International Journal of Cardiovascular Sciences (print ISSN 2359-4802 and online ISSN 2359-5647) from January 2015.

ÓRGÃO OFICIAL DA  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC  
**PUBLICAÇÃO BIMESTRAL / PUBLISHED BIMONTHLY**  
INTERNATIONAL JOURNAL OF CARDIOVASCULAR SCIENCES  
(INT J CARDIOVASC SCI)



This work is available per guidelines from the Creative Commons License. Attribution 4.0 International. Partial or total reproduction of this work is permitted upon citation.



INTERNATIONAL JOURNAL OF  
**Cardiovascular  
SCIENCES**

The International Journal of Cardiovascular Sciences (ISSN 2359-4802)

is published bimonthly by SBC:

Av. Marechal Câmara, 160 - 3º andar - Sala 330

20020-907 • Centro • Rio de Janeiro, RJ • Brazil

Tel.: (21) 3478-2700

e-mail: [revistaijcs@cardiol.br](mailto:revistaijcs@cardiol.br)

<http://ijcscardiol.org/>

Author index			
Paper Number	First Name	Last Name	Paper Title
2	Paula	Soto Parada	PREVALENCIA DE HIPERINSULINISMO PATOLÓGICO POST CARGA DE GLUCOSA Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, EN ADULTOS NO DIABÉTICOS CON INSULINEMIA BASAL NORMAL
3	Paula	Soto Parada	Prevalencia del déficit severo de vitamina D en adultos y su relación con diferentes factores de riesgo cardiovascular
4	Paula	Soto Parada	Prevalencia del espesor intimal carotídeo aumentado y su asociación con factores de riesgo cardiovascular.
6	Luis Andres	Dulcey Sarmiento	Metabolic syndrome and cardiovascular profile in a population diagnosed with organic mental illness, a cohort study conducted in South America
7	Luis Andres	Dulcey Sarmiento	Cardiovascular risk in type 2 diabetic patients with kidney disease, observational study of a Latin American hospital
8	Luis Andres	Dulcey Sarmiento	Frequency of arrhythmias and their associated factors in a cohort of patients with COVID-19 infection in a Latin American hospital
9	Luis Andres	Dulcey Sarmiento	Angina and Purpura secondary to the COVID-19 vaccine, description of an infrequent event in a hospital in South America
10	Luis Andres	Dulcey Sarmiento	Complete atrioventricular block secondary to BBIBP-CORV vaccine, report of an infrequent adverse event, first description in a Latin American hospital
11	Luis Andres	Dulcey Sarmiento	Prognostic value by correlating the ejection fraction with changes in the ferrokinetic profile in patients with acute coronary syndrome in a Latin American hospital
13	Luis Andres	Dulcey Sarmiento	Metabolic syndrome and cardiovascular risk in patients with HIV in a cohort of patients from a Latin American hospital
14	Carolina	Vega Cuellar	Uncertain Clinical Significance Mutation of LMNA Gene as Cause of Sudden Death: A Case Report
15	Paula	Soto Parada	Calidad de Vida Relacionada con la Salud y factores asociados en varones con indicación de rehabilitación cardíaca y disfunción eréctil.
16	Shyla	Gupta	Determining the Importance of Various genders, Races, and body Shapes for CPR Education using manikins: Images in MedIA (DIVERSE II)
17	Shyla	Gupta	Violence and aggression against nurses during the COVID-19 pandemic in Latin America. From the Emerging Leaders Program of the Interamerican Society of Cardiology (SIAC)
18	José Ramón	González Juanatey	Reducción del riesgo de eventos cardiovasculares (MACE) recurrentes en pacientes tratados con la polipíldora-CNIC 20 mg de atorvastatina en comparación con 3 cohortes de medicación activa: subanálisis del estudio NEPTUNO
19	Alberto	Cordero Fort	El coste en el mundo real y la utilización de recursos sanitarios asociados a la polipíldora-CNIC que contiene Atorvastatina 20mg en pacientes en prevención secundaria: un subanálisis del estudio NEPTUNO
21	David	Aristizabal Colorado	Embolismo Paradójico Como Causa Inusual de Accidente Cerebrovascular Isquémico, Reporte de dos Casos
23	Luis Andres	Dulcey Sarmiento	Gerbezius-Morgagni-Adams-Stokes syndrome as a cause of syncope in a South American hospital, description of a case
25	Parm	Khakh	Medical Education in the Age of Social Media: ECG Training on Twitter
29	Enrique	Sanchez Hiza	Prolonged COVID-19 and syncope with asystole
31	Norberto	Bornancini	INTERACCIÓN DEL MEDIO PÚBLICO Y PRIVADO PARA UNA RED DE INFARTO: QUÉ APRENDIMOS 400 DÍAS DESPUÉS?

32	Norberto	Bornancini	ERGOMETRIA EN ADULTOS MAYORES: ¿EL OCASO DE UN METODO O MAS VIGENTE QUE NUNCA?
33	Camila	Álvarez	VALVULOPLASTIA EN TIEMPOS DE TAVI. REALIDAD DE UN CENTRO EN EL COURBANO BONARENSE ARGENTINO
34	Norberto	Bornancini	ALGORITMO BASADO EN ELECTROCARDIOGRAMA PARA LA OPTIMIZACION DE LAS CONSULTAS EN ATENCION PRIMARIA
35	Natallia	Maroz-Vadalazhskaya	Early myocardial response after on-pump coronary surgery in heart failure patients with left ventricle dilatation and severe mitral insufficiency
36	Camila	Álvarez	ESTUDIO RETROSPECTIVO EN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA. LA VISION DEL MEDICO DE FAMILIA.
37	Carolina	Vega Cuellar	Bloqueo de Ganglio Estrellado En El Manejo De Tormenta Arrítmica En Miocardiopatía Chagasica: A Propósito De Un Caso
38	Norberto	Bornancini	POLYPILL EN EL MUNDO REAL: ¿REAL O UTOPIA? EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO EN BUENOS AIRES - ARGENTINA
39	Cristhian Emmanuel	Scatularo	ESTUDIO COLABORATIVO DE ENDOMIOCARDIOFIBROSIS EN LAS AMÉRICAS (REGISTRO EMF-SIAC)
40	Liliam Gretel	Cisneros Sánchez	Validez del ecocardiograma bidimensional en el diagnóstico de estenosis coronarias severas.
42	Eduardo Alexis	Severino Antonio	Hemopericardio Asociado a Inhibidor de Tirosina-cinasa de Tercera Generación en Paciente Portador de Leucemia Mieloide Crónica con Mutación T315I: Reporte de Caso y Revisión de la Literatura
43	José Alexander	Matos Guzmán	IMPACTO EN LA MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES EN CLÍNICA DE FALLA CARDÍACA EN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN PÚBLICA. REGISTRO DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE FALLA CARDÍACA DEL HRUPEU
44	Jairy	Núñez	SÍNDROME DE EISENMENGER Y EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO
47	Mariano	Napoli	Antipsychotics drugs and cardiovascular effects: systematic review
48	Enrique	Sanchez Hiza	Brugada Syndrome presenting with Thoracic Pain as an Initial Symptom: A Case Report Illustrating Diagnostic Considerations
49	Jorge Alberto	Rivera Pineda	Origen Anómalo De Arteria Circunfleja Asociada A Angina Vasoespástica
52	Fernando	Lanas	Effect of Intermediate-term Firewood Smoke Air Pollution on Cardiometabolic Risk Factors and Inflammatory Markers
54	Alfonso	Sanchez Cardel	Síndrome de Takotsubo en el contexto de choque séptico, reporte de un caso.
55	Alfonso	Sanchez Cardel	Reporte de caso: Reparación valvular mitral con dispositivo mitraclip en paciente con trasplante renal.
60	Carlos Julián	Colla	Arteritis De Takayasu Y Compromiso De Arteria Pulmonar: Una Causa Infrecuente De Dolor Torácico
61	Robert Javier	Ordóñez García	Hipertensión Secundaria En Paciente Con Doble Orificio Mitral
63	Franklin Esteban	Cueva Torres	Differences in Aggression and Abuse Against Health Care Providers during the COVID-19 Pandemic according to Latin-American Regions
65	Karina	González Carta	Dengue Grave. No Olvidar Evaluación con Electrocardiograma
66	Luis Fernando	Llanos Mestra	Enfermedad coronaria severa multivasos en paciente joven.
67	Hernán	Cohen Arazi	Detección de deficit de vitamina D en pacientes con hipertensión arterial
68	Hernán	Cohen Arazi	Niveles de TSH predicen mortalidad a 30 días en insuficiencia cardíaca

69	Fabian	Jimenez Magaña	Trombosis venosa profunda aguda en extremidad inferior izquierda que desaparece con trombólisis
71	Leonardo	López Ferrero	Intervencionismo Coronario Percutáneo Primario en paciente con Aneurisma Coronario Gigante
72	Ana Maria	Barreda Perez	Enfermedad Coronaria en Mujeres tratadas con Stent Liberador de Sirolimus
73	Francisco Jesus	Alonso Cruz	Do repouso até os 21 quilômetros. Função ventricular esquerda e capacidade funcional mantidas recuperadas após 10 anos de cardiotoxicidade
75	Marleny	Maria Mena	Angiosarcoma Cardíaco Primario y Disección de Orejuela izquierda: Dos Entidades Infrecuentes Coexistiendo
78	Louis Fernando	Robles Fernandes	Acromegalia y enfermedad cardiovascular. Una entidad infrecuente con estrecha relación de morbimortalidad cardiovascular
79	Erick	Sanchez Rodriguez	Síndrome medular completo secundario a hematoma subdural que simula patrón electrocardiográfico de Winter
80	Diego	Golstin	Síndrome de Dressler reporte de caso
82	Cristina	Díez	Bloqueo Auriculoventricular Completo en Paciente con Focomelia. Hallazgo de Mutación en Tbx5
83	Leonardo	López Ferrero	Seguimiento Clínico a Pacientes tratados con Stents Liberadores de Sirolimus en la superficie Abluminal
84	Ana Maria	Barreda Perez	Angioplastia Transluminal Percutánea en la Enfermedad de Tronco de la Arteria Coronaria Izquierda. Estudio de seguimiento
86	Victor Daniel	Gimenez Ortigoza	Trombólisis en paciente con disección de arteria coronaria: Reporte de un caso
87	Victor Daniel	Gimenez Ortigoza	Recidiva de exteriorización de marcapaso permanente
88	Estela Isabel	Carvajal-Juárez	Abordaje Multimodal en Sospecha de Amiloidosis Cardíaca
89	Carolina	Vega Cuellar	Abordaje Multi-Imagen en Cardiomiopatía Arritmogénica del Ventrículo Derecho Asociada a Mutación del Gen PKP2: Reporte de Caso y Revisión de la Literatura.
91	Carlos	Olivares Asencio	Tratamiento percutáneo con stent de Coartación Aórtica severa en gestante de 20 semanas. Reporte de caso
92	Mohammad	El Diasty	MACHINE LEARNING FOR PREDICTING POST-OPERATIVE ATRIAL FIBRILLATION FOLLOWING CARDIAC SURGERY: A SYSTEMATIC REVIEW
93	Mohammad	El Diasty	ASSOCIATION BETWEEN PERICARDIAL FLUID NATRIURETIC PEPTIDES AND CARDIAC DYSFUNCTION: A SYSTEMATIC REVIEW
94	Andres Felipe	Barragan Amado	DOS DIAGNÓSTICOS, UNA ILUSIÓN ÓPTICA
95	Mohammad	El Diasty	LONG-TERM NEED FOR PERMANENT PACING AND ITS IMPACT ON LATE OUTCOMES AFTER MITRAL VALVE REPLACEMENT: A SYSTEMATIC REVIEW
96	Danilo	Weir Restrepo	HEART CONDUCTION SYSTEM DISEASE AT MULTIPLE LEVELS: A CASE SERIES
98	Joaquin	Perea	Características y eventos cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial nocturna en un centro de alta complejidad
99	Gabriel Antonio	Garcia Perdomo	Doble Salida del Ventrículo Derecho, Variante Fallot, Defecto Atrioventricular en Mujer de 57 años con Dextrocardia: Presentación de Caso
100	Paula Andrea	Cardenas Marin	Chronic Pulmonary Thromboembolism and Chronic Aortic Dissection: A Surgery Challenge

102	Melisa	Elfman	Características y desenlaces en pacientes con miocardiopatía hipertrófica en un centro de alta complejidad
103	Lia Maria	Joubert Garcia	Muerte Súbita en América Latina: Un análisis poblacional sobre la concientización, uso de desfibrilador y reanimación cardiopulmonar en República Dominicana
104	Victor Daniel	Gimenez Ortigoza	Pericarditis por chikungunya
105	Manuel	Bazán Milián	Paciente con Linfoma no Hodgkin de células T periférico no especificado y sospecha de Cardiotoxicidad por quimioterapia. Presentación de caso
106	Juan David	Rojas Perdomo	Mitraclip en pacientes no COAPT con insuficiencia mitral secundaria como puente a trasplante: El arte fuera de los ensayos clínicos
107	Maria Carolina	Manzur Barbur	Calcificación caseosa del anillo mitral, a propósito de un caso
108	María Cecilia	García Sandoval	CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE FALLA CARDIACA DE REFERENCIA NACIONAL
109	Maria Carolina	Manzur Barbur	Incidental Fabry disease diagnosis during lung transplant studies
110	Ana Cristina	Chiliquinga Carvajal	Descubriendo Genes en Insuficiencia Cardíaca
111	Jhonny Leonardo	Bermúdez Cevallos	Insuficiencia Cardíaca en Contexto de Miocardiopatía Dilatada por Distrofia Miotónica de Steinert
112	Mohammad	El Diasty	EPIGENETICS OF POST-OPERATIVE ATRIAL FIBRILLATION: A SYSTEMATIC REVIEW
114	Maikel	Santos Medina	Creación y validación interna de una escala predictiva de muerte hospitalaria por infarto agudo de miocardio en un país de bajo y mediano ingreso
115	Jose Manuel	De Leon Garcia	Caracterización ecocardiográfica de una cohorte de pacientes con enfermedad de Chagas atendidos en una clínica de enfermedades infecciosas de Guatemala
116	Josué Daniel	González Mojica	Mixoma Auricular Izquierdo con Compromiso de Válvula Mitral
117	Anthonier Cotten	Hinestroza Newball	Cierre de Comunicación Interauricular en Paciente con Antecedente de Enfermedad Cerebrovascular
118	Ricardo	Castrellón Rivera	Pericardiectomía Como Tratamiento Definitivo en Pericarditis Crónica Autoinmune
119	Alberto Jose	Garcia Gonzalez	VALOR PRONOSTICO DEL ÍNDICE DE ADIPOSIDAD CORPORAL PARA RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y DIABETES EN UNA MUESTRA POBLACIONAL DEL DISTRITO METROPOLITANO DE CARACAS
120	Sebastian	Garcia-Zamora	Gender differences in workplace violence against physicians and nurses in Latin-America
122	Ernesto	Ventura Quiroga	Ausencia de Actividad Electrica Auricular A Propósito de un Caso
123	Sebastian	Garcia-Zamora	Vacunación antigripal y antineumocócica en pacientes de alto riesgo cardiovascular, ¿una oportunidad perdida?
125	Cecilia Ines	Reyna	Disección Coronaria Espontanea como causa de Infarto en Hombre Joven
127	Leonardo	Moya Loor	TROMBOSIS CORONARIA MASIVA EN CONTEXTO DE SINDROME ANTIFOSFOLIPIDOS CATASTRÓFICO. REPORTE DE UN CASO
128	Isaac	Chang Checa	Síndrome de Takotsubo Disfrazado Como Síndrome Coronario Agudo Inducido por Quimioterapia con Capecitabina
130	Carlos	Guamán Valdivieso	Dolor torácico en el deportista. Cuando lo funcional no es suficiente. La relevancia de conocer la anatomía

132	Marco Antonio	Lazo Soldevilla	Hidatidosis Cardíaca Complicada Con Embolismo Cerebral
134	Jose Luis	Elizalde Silva	Rendimiento del EuroScore II en cirugía de cambio valvular aórtico, resultados de un solo centro
135	Jose Luis	Elizalde Silva	Extracorporeal membrane oxygenation for COVID-19: Latin-America single-center experience
137	Galo Xavier	Ibarra Cadena	Ectasia Coronaria en Paciente Con Síndrome Coronario Agudo
138	Fernando	Garagoli	KNOWLEDGE AND ADHERENCE OF CARDIOLOGISTS TO PREVENTION MEASURES FOR TRAVEL-RELATED VENOUS THROMBOEMBOLISM
140	Carlos	Guamán Valdivieso	Tormenta en la emergencia
141	Jose Miguel	Cayo Montes	Comparative Study of Electrophysiological parameters of Right Ventricular Stimulation versus Stimulation of the Left Bundle Branch Area
143	Jose Luis	Elizalde Silva	Clinical and Echocardiographic Outcomes of Veno-venous Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO): Single-center Experience
145	Kevin Andy	Velarde Acosta	Hypoplastic Posterior Leaflet Mitral Valve Associated With Bicuspid Aortic Valve. An Extremely Rare Association Successfully Managed
146	Derys Agustín	Valerio Vasquez	Rehabilitación Cardíaca en Cardiopatía Congénita Compleja a propósito de un caso
148	Hiram	Guevara Gouldbourne	Peri-miocarditis Fulminante Como Primera Manifestación De Lupus Eritematoso Sistémico En Paciente Masculino De 32 años
150	Katherin	Narváez	Aneurisma de la Pared Lateral del Ventrículo Izquierdo Post-infarto de Miocardio: Una Complicación Infrecuente pero Grave
153	Marlon Patricio	Aguirre Espinosa	Miocardopatía Hipertrófica: Un Enemigo silencioso para Muerte Súbita
154	Gabriela Tatiana	León Molina	Masa auricular como presentación rara de Linfoma Anaplásico de Células Grandes, ALK negativo
156	Carlos Alberto	Ramírez Ramírez	Bloqueo Auriculoventricular como Presentación de Transposición Congénitamente Corregida de Grandes Arterias
157	Maribel	Alvarado Montes de Oca	Impacto Económico En La Insuficiencia Cardíaca Crónica Al Reducir Los Reingresos Hospitalarios Con la Utilización de Clínicas de Falla Cardíaca Y Clínicas De Día.
158	Valeria María	García Taveras	TENDENCIAS DE ESTILO DE VIDA EN LOS PACIENTES DE 18-75 AÑOS DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA CABRAL Y BÁEZ EN SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2022
159	Laura Beatriz	García Bello	Síndrome De Wellens Como Señal De Alarma
160	Maria Isabel	Ramos De García	Valores de cribado para la concentración plasmática de fibrinógeno y del volumen plaquetario medio asociado al riesgo para diabetes en mujeres del distrito metropolitano de Caracas
161	Victor Daniel	Gimenez Ortigoza	Complicaciones posoperatorias de las de cirugías de reemplazo valvular en pacientes diabéticos
162	Andrés	Arteaga Arellano	Infarto Agudo de Miocardio Asociado a Coagulopatía
163	Lucero	Velázquez López	Concordancia de las escalas REYNOLDS y ASCVD RISK para el cálculo de riesgo cardiovascular en mujeres menopáusicas
164	Maria Isabel	Ramos De García	Valores predictivos para el volumen plaquetario medio (VPM) y la concentración plasmática de fibrinógeno asociados al riesgo para enfermedad cardiovascular, en una muestra poblacional de mujeres venezolanas

165	Sergio	Baratta	Are Patients With Acute Pulmonary Embolism Classified as Low Risk Based on a Simplified Pulmonary Embolism Severity Index Truly at Low Risk of In-Hospital Adverse Outcomes?
166	Sebastian	Garcia-Zamora	Uso de estatinas y antiagregantes plaquetarios en prevención secundaria: ¿seguimos las guías?
167	Alberto Jose	Garcia Gonzalez	Valor Predictivo de los Anticuerpos Contra Péptido Cíclico Citrulinado en sujetos con factores de riesgo para enfermedad cardiometabólica
168	Emilio	Gonzalez Arroyave	TAQUICARDIA VENTRICULAR RELACIONADA A CONSUMO DE SUPLEMENTOS DIETÉTICOS Y PRODUCTOS HERBARIOS: REPORTE DE CASO
169	Sebastian	Garcia-Zamora	Uso de estatinas y aspirina en prevención primaria: ¿en el camino correcto?
170	Jose Miguel	Cayo Montes	SINDROME DO SEIO CAROTIDEO TRATADO MEDIANTE CARDIONEUROABLAÇÃO
173	Jorge Luis	Jara Valderrama	Un Hallazgo Accidental En El Contexto De Una Cardiopatía Isquémica
175	Dellys Adriana	Epalza Serje	Control de síntomas en pacientes adultos con insuficiencia cardiaca avanzada en cuidados paliativos
178	GUILLERMINA	ESPERON	Desplazamiento al Tracto de Salida del Ventrículo Derecho y Tronco Pulmonar de Catéter de Marcapasos Abandonado con Extracción Parcial por Hemodinamia y Segundo Tiempo Quirúrgico
179	Temistocles	Díaz	A forgotten guidewire in the heart and superior and inferior vena cava
180	John	Araujo	COR TRIATRIATUM SINISTER EN ASOCIACIÓN CON CANAL ATRIOVENTRICULAR PARCIAL Y VÁLVULA MITRAL REUMÁTICA. DIAGNÓSTICO ECOCARDIOGRÁFICO Y REPARACIÓN QUIRÚRGICA EXITOSA
181	John	Araujo	RUPTURA DEL SENO DE VALSALVA, COMPLICACIÓN INFRECIENTE EN UN ADULTO REPARADO DE TETRALOGÍA DE FALLOT. DIAGNOSTICO ECOCARDIOGRÁFICO Y REPARACIÓN QUIRÚRGICA EXITOSA
182	John	Araujo	ANEURISMA IDIOPÁTICO GIGANTE DE AORTA ASCENDENTE EN UN NIÑO DE 5 AÑOS. PRESENTACIÓN INUSUAL Y REPARACIÓN QUIRÚRGICA EXITOSA
183	Abdiel Javier	Demera Coya	Dolor Abdominal Como Presentación Atípica de Taponamiento Cardíaco
184	Abdiel Javier	Demera Coya	Triple Infección Como Causa de Shock: Covid 19 + Dengue + Endocarditis
185	Abdiel Javier	Demera Coya	Disnea de Causa Poco Frecuente: Cor Triatriatum Dexter
186	GUILLERMINA	ESPERON	Factores Asociados al Infarto Tipo IVa en Pacientes Sometidos a Angioplastia del Tronco Coronario Izquierdo sin Protección
187	Carlos	Guamán Valdivieso	La importancia de la alta sospecha diagnóstica en el paciente con dolor torácico
188	Rene	Vicuña Mariño	Cardio Neuro Ablación Derecha Como Tratamiento Del Síncope Cardio Inhibidor En Adulto Mayor De 40 Años
189	Danilo	Weir Restrepo	Síndrome de Laubry-Pezzi en un Paciente Adulto
190	Carlos Alberto	Parquet	Diagnóstico precoz de Miocardiopatía hipertrófica en adolescente durante control cardiovascular
191	Francisco Luis	Uribe Buritica	HISTORIA DEL TRASPLANTE DE CORAZÓN EN AMÉRICA LATINA
192	Kevin Andy	Velarde Acosta	Manejo de Perforación Arterial Coronaria y Posterior Angioplastia de Lesión Bifurcada Mediante Técnica de Culotte-Invertido y Angioplastia de Estenosis Ostial Severa de Arteria Coronaria Derecha Mediante Técnica de Guía Flotante
193	Alex David	Sotomayor Julio	Cardiomiopatía dilatada en paciente joven asociada al gen FLNC. Presentación de un caso

195	Temistocles	Díaz	Acute Pericarditis and Cardiac Conduction System Disorders in COVID-19 Infection Patient
196	Victor Daniel	Gimenez Ortigoza	SCORE MVP ELECTROCARDIOGRÁFICO EN LA PREDICCIÓN DEL DESARROLLO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS
197	Gerardo	Zapata	IMPACTO SOBRE LOS RESULTADOS DE LAS DEMORAS EN EL TRATAMIENTO DEL INFARTO EN LA REPUBLICA ARGENTINA. DATOS DEL REGISTRO ARGEN-IAM-ST.
198	Guillermo	Cursack	Manejo de pacientes ambulatorios por especialistas en insuficiencia cardíaca: ENcuesta ARGentina de diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca (ENARGIC)
199	Guillermo	Cursack	Angiografía coronaria en insuficiencia cardíaca aguda en Argentina: predictores clínicos, resultados e implicancia pronóstica y terapéutica. REGistro ARGentino de Insuficiencia Cardíaca (REARGIC)
200	Carlos Alberto	Fuentes Pérez	Cardiopatía Congénita Múltiple, Desde La Vida Neonatal Hasta La Edad Adulta
201	Carlos Alberto	Fuentes Pérez	Displasia De La Válvula Tricúspidea Abordaje Como Ebstein Like
202	Eduardo	Macías Prado	Paciente con cuadro infeccioso respiratorio y hallazgo insospechado
203	Kiera	Liblik	ECG CHANGES AND GENDER-AFFIRMING HORMONE THERAPY: PILOT & FEASIBILITY STUDY
204	Jean Pierre	Carrion Arcela	IMPACTO DE LAS INTERACCIONES ENTRE FÁRMACOS CARDIOVASCULARES Y FÁRMACOS OPIOIDES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA
206	Carlos Daniel	Alvarez Martínez	Patrón electrocardiográfico de muy alto riesgo sugestivo de infarto agudo del miocardio inferior: Patrón de Aslanger
207	Karen Alexandra	Dueñas Criado	Seguimiento de diecinueve años de los conocimientos y las creencias sobre el riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares en las Mujeres Colombianas
208	Andrés	Aguilar Silva	COMPLICACION RARA DE ABSCESO Y PSEUDOANEURISMA EN LA CONTINUIDAD MITROAORTICA RELACIONADO A IMPLANTE VALVULAR AORTICO TRANSCATETER
209	Francisco Luis	Uribe Buritica	OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA FALLA CARDIACA DISPONIBLES EN LATINOAMERICA Y EL CARIBE
210	Rosa Icela	Arvizu Rivera	Changes in left ventricular function in patients with autoimmune inflammatory diseases
211	Rosa Icela	Arvizu Rivera	Disease activity psoriatic arthritis score is associated with modification in the left ventricular fractional shortening
212	Rosa Icela	Arvizu Rivera	Heart valvular regurgitation prevalence in rheumatoid arthritis according to the time of disease evolution
213	Francisco Luis	Uribe Buritica	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN LATINOAMÉRICA: ¿QUE TENEMOS DISPONLBE?
214	Rosa Icela	Arvizu Rivera	Association of left ventricular geometry pattern and the time of disease evolution in rheumatoid arthritis
215	Marcio	Sturmer	IDENTIFICATION OF TRIGGERS IN PATIENTS WITH INAPPROPRIATE SINUS TACHYCARDIA
216	Joaquin	Perea	Modelo basado en aprendizaje automático para la predicción de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST)
217	Manuela	Escalante Forero	ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y COVID 19: RESULTADOS DE LOS REGISTROS CARDIO COVID 19-20 y WORLD HEART FEDERATION COVID-19

218	Daniel Andrés	Montero Farías	Rotura músculo papilar con insuficiencia masiva válvula tricúspide secundaria a traumatismo torácico cerrado
219	Juliana María	Gutiérrez Posso	REGISTRO AMERICANO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AMBULATORIA O AGUDAMENTE DESCOMPENSADA (AMERICCAASS): PRIMEROS 1.000 PACIENTES
220	Carlos	Guamán Valdivieso	La importancia de la alta sospecha diagnóstica en el paciente con síncope
221	Carlos	Guamán Valdivieso	Insuficiencia mitral primaria. El rol de la evaluación tridimensional
222	Marianne	Tétreault-langlois	VAGAL ATRIAL FIBRILLATION ORIGINATING FROM THE SUPERIOR VENA CAVA: A CASE REPORT
223	Sofía	Bicais	Utilidad Diagnostica De La Resonancia Magnética Cardiaca En Pacientes Con Chagas Crónico En Etapa Temprana. Reporte De Un Caso
224	David	Pantoja	ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y COVID 19: DIFERENCIAS ENTRE LATINOAMÉRICA Y EL RESTO DEL MUNDO
225	John	Salto González	Hipertensión Arterial Secundaria a Hiperaldosteronismo Primario. A propósito de un caso
228	Wikler	Bernal Torres	Insuficiencia tricúspidea severa secundaria a síndrome carcinoide, la importancia ecocardiográfica
229	Paula Andrea	Cardenas Marin	HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA COMO CAUSA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA: REPORTE DE CASO
231	Kiera	Liblik	Reaching new heights : Physiologic and Electrocardiographic Changes with Temporary High Altitude Ascent
232	Javier Arturo	Chumbe Montoro	Análisis de Comorbilidades en Pacientes de Unidad de Falla Cardiaca de un Hospital de Referencia Nacional
233	María Cecilia	García Sandoval	CARACTERISTICAS CLINICAS, MORTALIDAD Y EMPEORAMIENTO DE FALLA CARDIACA EN UN PROGRAMA MULTIDISPLINARIO DE REFERENCIA NACIONAL
234	Emaad	Mohammad	STATEMENTS AND GUIDELINES FOR ATHLETES TRAINING AT ALTITUDE: A Review for the ANDES IIIb Study (Altitude Non-specific Distributed ECG Screening)
236	Jheinner Eduardo	Sarmiento Hernandez	ISQUEMIA AGUDA DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO POR TROMBOSIS DE LA ARTERIA SUBCLAVIA Y BRAQUIAL DERECHA, CON RELACIÓN A HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR
238	Lucero	Velázquez López	Valor pronóstico del GATED-SPECT e incidencia de eventos cardiovasculares y su relación con el sexo
240	Lidia	López García	Pulmonary ultrasonography: a further step in the early detection of congestion in patients with heart failure and frailty
242	Santiago	Sierra Castillo	Determinación de los factores sociodemográficos y clínicos que puedan estar relacionados con la presencia de complicaciones cardiovasculares y afectación de la calidad de vida en pacientes con infarto agudo
243	Paola	Oliver Rengifo	Factores Asociados a Insuficiencia Cardiaca con Fracción Eyección Mejorada y su Impacto en la Sobrevida en una Unidad de Falla Cardiaca
245	Paola	Varleta	A CALL TO ACTION: VERY LOW AWARENESS OF CARDIOVASCULAR DISEASE RISK AND PREVENTION AMONG WOMEN OF SOUTHERN CONE LATIN AMERICA
247	Rosa Icela	Arvizu Rivera	Patrones de la geometría ventricular izquierda en pacientes con Lupus eritematoso sistémico según el tiempo de evolución de la enfermedad

248	Jorge	Camilletti	DIFERENCIAS EN LA FORMA DE PRESENTACIÓN Y EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA EN LA MUJER PREMENOPAUSICA Y POSMENOPAUSICA
249	Jorge	Camilletti	Evaluación de la sincronía ventricular izquierda en pacientes con Chagas en estadio crónico sin patología clínicamente demostrable (Chagas Indeterminado)
250	Nereida	Gutiérrez Saldaña	Caracterización del grado de disincronía ventricular y función ventricular en portadores de marcapasos en edad pediátrica
251	Francisco Luis	Uribe Buritica	Desenlaces del COVID-19 según género: Diferencias entre Latinoamérica y el resto del mundo (CARDIO COVID 19-20 vs World Heart Federation COVID-19)
252	Miguel	Ayala Leon	Desacoplamiento ventriculo-arterial por ecocardiografía en pacientes embarazadas con hipotiroidismo: ¿Es una herramienta útil?
253	Lidia	López García	Frailty and dependency in patients with HF: useful in the prognosis of patients?
254	Lidia	López García	Advanced heart failure: a frequent scene?
255	Rosa Icela	Arvizu Rivera	Asociación de aterosclerosis subclínica en mujeres con artritis reumatoide e hipotiroidismo
256	Rosa Icela	Arvizu Rivera	La mejor calculadora de riesgo cardiovascular para predecir la presencia de aterosclerosis subclínica en mujeres con artritis reumatoide
257	Rosa Icela	Arvizu Rivera	Seguimiento a 5 años de pacientes con artritis reumatoide: Prevalencia de eventos cardiovasculares adversos mayores
258	Rosa Icela	Arvizu Rivera	Asociación de aterosclerosis subclínica en pacientes con artritis psoriásica y síndrome metabólico comparado con controles
260	Brayan Daniel	Cordoba Melo	SÍNDROME POST COVID-19 EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE COVID GRAVE: EXPERIENCIA EN LATINOAMERICA
261	Thais	Coronado	Prevención de Evento Cerebrovascular Isquémico en un Paciente con Ateromatosis de Aorta Ascendente sometido a Cirugía de Revascularización Miocárdica a través de Ecocardiograma Epiortico
262	Andrés	Aguilar Silva	ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE VÁLVULA PULMONAR NATIVA EN CORAZON PREVIAMENTE SANO
263	Andrés	Aguilar Silva	DISECCIÓN AORTICA STANFORD B CON PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA DE EXTREMIDAD INFERIOR
264	Andrés	Aguilar Silva	ENDOCARDITIS DE LIBMAN-SACKS E INSUFICIENCIA AORTICA SEVERA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SINDROME ANTIFOSFOLIPIDOS Y SINDROME DE SJÖGREN
265	Yhaquelina Admeli	Quispe Villca	Takotsubo y Bloqueo AV completo
266	Laura Beatriz	García Bello	Chikungunya Como Gatillo Para Un Síndrome Coronario Agudo
267	Estela Isabel	Carvajal-Juárez	Amiloidosis cardiaca ATTR y disponibilidad de tratamiento en Latinoamérica.
269	Paula Andrea	Cardenas Marin	CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR EN UNA CLÍNICA DE ANTICOAGULACIÓN DE IV NIVEL EN CALI, COLOMBIA
270	Mádelyn Raquel	Valle Ramos	Falla Cardíaca en pacientes con Enfermedad de Chagas en una región rural de Guatemala.
271	Juan Pablo	Guzman	Neumotórax y neumopericardio contralateral al sitio de punción subclavio, posterior a colocación de marcapasos bicameral.
272	Dauris	Ortega Niño	Estenosis Supraaórtica e Hipoplasia del Arco Aórtico Corregido con Cirugía de Brom Modificada

274	Juan Pablo	Guzman	Trombolisis sistémica en paciente con síndrome antifosfolípido y tromboembolismo pulmonar e isquemia arterial aguda simultáneos
276	Galo Xavier	Ibarra Cadena	ECTASIA CORONARIA, REGISTRO Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO EN UN CENTRO DE REFERENCIA
277	Victor Daniel	Gimenez Ortigoza	Endomiocardiofibrosis Aislada de Ventrículo Derecho
278	Libardo	Marmolejo Valois	PERICARDITIS CONTRICTIVA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO CARDIOVASCULAR DE REFERENCIA EN LATINOAMÉRICA
280	Araceli	Martínez Cervantes	Score de calcio coronario extremadamente alto y la estimación de riesgo cardiovascular.
281	Araceli	Martínez Cervantes	Riesgo de Eventos Cardiovasculares en pacientes con score de calcio muy elevado, mas de 1,000 Unidades Agatston.
282	Sebastian	Garcia-Zamora	¿Puede la valvuloplastia aórtica ser un tratamiento en pacientes inoperables? Resultados iniciales de un registro unicéntrico.
283	Sebastian	Garcia-Zamora	Manejo de la cesación tabáquica entre cardiólogos en formación de Argentina
284	Laura Leticia	Rodríguez Chávez	Leiomioma Intracardiaco, Experiencia de 50 Años en un Centro Cardiológico de Referencia
285	Daniel Eduardo	Paz Driotes	Evento cerebrovascular isquémico cardioembólico en paciente con Miocardiopatía hipertrófica en ausencia de fibrilación auricular
289	Maribel	Alvarado Montes de Oca	Choque Cardiogénico Ruptura de Musculo Papilar
290	Antonio	Coca	RECENT ADVANCES IN POLYPILL CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION
291	Lucrecia Maria	Burgos	Identifying low-risk acute heart failure patients for outpatient management: A comparison of risk scores in predicting 30-day risk events in patients with short hospital stay
292	Lucrecia Maria	Burgos	Identifying independent predictors of short hospitalization for acute heart failure: Implications for outpatient strategies
294	Tatiana Yisel	Hansen Lorenz	SCORES DE RIESGO GRACE Y TIMI COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST
295	Tatiana Yisel	Hansen Lorenz	FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA Y AVANZADA DE ADULTOS EN MÉDICOS INTERNOS
296	Tatiana Yisel	Hansen Lorenz	RIESGO DE PADECER DIABETES MELLITUS TIPO 2 MEDIANTE EL TEST DE FINDRISK EN MÉDICOS RESIDENTES
297	Tatiana Yisel	Hansen Lorenz	FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN PACIENTES FALLECIDOS POR COVID-19 EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.
298	Tatiana Yisel	Hansen Lorenz	FRECUENCIA DE INFECCIÓN POR SARS COV2 EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO INTERNADOS EN ÁREA COVID
299	Tatiana Yisel	Hansen Lorenz	INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y MANEJO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA
300	Tatiana Yisel	Hansen Lorenz	CARACTERIZACIÓN CLÍNICO- ANGIOGRÁFICA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST, ENERO A DICIEMBRE 2022
301	Tatiana Yisel	Hansen Lorenz	ENDOCARDITIS INFECCIOSA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y MANEJO : UN ESTUDIO PROSPECTIVO
303	Tatiana Yisel	Hansen Lorenz	Hábitos Alimentarios y sobrepeso/obesidad en Médicos Residentes Servicio de Clínica Médica II

---

304	Tatiana Yisel	Hansen Lorenz	Infarto Agudo de Miocardio con elevación del Segmento ST: Caracterización clínico, etiológica -y angiográfica
305	María Simona	Godoy Giménez	ASPECTOS CLÍNICO- ETIOLÓGICOS DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA EN EL SERVICIO DE CLINICA MÉDICA
306	María Simona	Godoy Giménez	TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y MANEJO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DEL PARAGUAY
307	Tatiana Yisel	Hansen Lorenz	Frecuencia de eventos trombóticos asociados al Síndrome Antifosfolípídico en un centro de referencia del Paraguay

---

2

**PREVALENCIA DE HIPERINSULINISMO PATOLÓGICO POST CARGA DE GLUCOSA Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, EN ADULTOS NO DIABÉTICOS CON INSULINEMIA BASAL NORMAL**

DRA. PAULA SOTO PARADA<sup>1,2,3</sup>, DR C. SANTIBÁÑEZ CATALÁN<sup>2,3</sup>, DRA M. ARAYA ÁLVAREZ<sup>2,4</sup>, EU K. UGARTE VILLALOBOS<sup>3,4</sup>, BIOESTADÍSTICA L. BUSTOS MEDINA<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, PUERTO MONTT, CHILE, <sup>2</sup>CENTRO CARDIOLÓGICO SS PUERTO MONTT - CHILE, PUERTO MONTT, CHILE, <sup>3</sup>SOCIEDAD CHILENA DE CARDIOLOGÍA, SANTIAGO, CHILE, <sup>4</sup>INSTITUTO CARDIOLÓGICO DE IQUIQUE - CHILE, IQUIQUE, CHILE, <sup>5</sup>UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA - CHILE, TEMUCO, CHILE

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15  
**Introducción:** El 25% de personas con hiperinsulinismo desarrolla diabetes 3-5 años luego del primer diagnóstico, el 70% lo hará en el resto de la vida. Intervenir los niveles de glicemia desde que se detecta hiperinsulinemia, se evita progresión a diabetes y se restaura el metabolismo glicémico. **Objetivos:** Determinar prevalencia de hiperinsulinismo patológico post-carga de glucosa (HPPG) y su relación con factores de riesgo cardiovascular en adultos <50 años con insulina basal normal. **Métodos:** Estudio transversal, muestreo por conveniencia, 756 pacientes. Variables de estudio: edad, insulinemia (HPPG: Insulina>100 uU/ml a las 2 horas), sexo, hipertensión-arterial, dislipidemia, malnutrición por exceso, sedentarismo, tabaquismo, ateromatosis e infarto-miocrárdico documentados. Con STATA 17 se calcula prevalencia de variables en población general y según categoría de HPPG, se evalúa significancia con prueba exacta de Fisher. Finalmente se comparan medias con ANOVA y ttest. Con nivel de significancia <0,05. Se usa regresión binomial para estimar Razón de Prevalencia e intervalos de confianza en variables cuantitativas y cualitativas. **Resultados:** Prevalencia HPPG de 41%, edad promedio 37,5 años, sexo-masculino 52,9%, hipertensión-arterial 40,5% y dislipidemia 74,4%. Al comparar las poblaciones existe diferencia estadísticamente significativa de variables dislipidemia, hipertensión-arterial, malnutrición por exceso y sexo-masculino. La razón de prevalencia alcanza a un 62%, 37%, 59% y 20% respectivamente. **Conclusión:** Encontramos alta prevalencia de HPPG, los factores de riesgo asociados a ella son dislipidemia, hipertensión arterial, malnutrición por exceso y sexo masculino. Esto alerta que el HPPG puede jugar un rol en detectar precozmente a la población con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.

Tabla 1: Prevalencia de Factores de Riesgo Cardiovascular en la población de estudio.

Variables en Estudio	N	Valor	95% IC
Hiperinsulinismo	316	41,0%	37-45
Sexo Masculino	398	52,9%	49-57
Hipertensión Arterial	308	40,5%	37-44
Dislipidemia	562	74,4%	71-77
Malnutrición por exceso	243	31,4%	28-34
Infarto Miocrárdico	5	0,7%	0-2
Ateromatosis	76	10,0%	8-12
Sedentarismo	756	78,7%	76-81
Tabaquismo	756	29,7%	26-33

Elaboración propia

3

**PREVALENCIA DEL DÉFICIT SEVERO DE VITAMINA D EN ADULTOS Y SU RELACIÓN CON DIFERENTES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

DR C. SANTIBÁÑEZ CATALÁN<sup>2,3</sup>, EU K. UGARTE VILLALOBOS<sup>3,4</sup>, DRA M. ARAYA ÁLVAREZ<sup>2,4</sup>, DRA. PAULA SOTO PARADA<sup>1</sup>, BIOESTADÍSTICO L. BUSTOS MEDINA<sup>5</sup>

<sup>1</sup>UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, PUERTO MONTT, CHILE, <sup>2</sup>CENTRO CARDIOLÓGICO SS, PUERTO MONTT - CHILE, PUERTO MONTT, CHILE, <sup>3</sup>SOCIEDAD CHILENA DE CARDIOLOGÍA, SANTIAGO, CHILE, <sup>4</sup>INSTITUTO CARDIOLÓGICO DE IQUIQUE - CHILE, IQUIQUE, CHILE, <sup>5</sup>UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA - CHILE, TEMUCO, CHILE

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15  
**Introducción:** La deficiencia de vitamina D conlleva una serie de procesos metabólicos que pueden desencadenar y acelerar el proceso de aterosclerosis. Un déficit severo de vitamina D (DSVD) podría afectar la salud cardiovascular y predisponer a factores de riesgo tales como hipertensión arterial, resistencia a la insulina, obesidad, dislipidemia o diabetes mellitus tipo 2 (DM2). **Objetivos:** Determinar la prevalencia del DSVD y su relación con diferentes factores de riesgo cardiovascular en adultos que acuden a un centro cardiológico privado. **Métodos:** Estudio corte transversal, muestreo por conveniencia, firma de consentimiento informado. De 3490 pacientes que acudieron a consulta cardiológica entre enero 2017 y abril de 2022 se seleccionaron 1643, mayores de 18 años. Al total de pacientes se les midieron parámetros metabólicos y antropométricos. Las variables fueron Edad, Vitamina D (DSVD <15 ng/ml), Sexo, Hipertensión arterial, DM2, Dislipidemia, Obesidad, Sedentarismo, Tabaquismo, Infarto miocrárdico y ateromatosis documentados. Con STATA 17 se calcula la prevalencia de las variables en la población general y luego según categoría de DSVD. Se evalúa significancia con prueba exacta de Fisher. Finalmente se comparan medias con ANOVA y ttest. Con un nivel de significación de 0,05. Se usa una regresión binomial para estimar Razón de Prevalencia y sus intervalos de confianza en variables cuantitativas y cualitativas. **Resultados:** Prevalencia de DSVD de 39,7% edad promedio de 56, 6 años (DS ± 16,1), Dislipidemia 90,1%, Sedentarismo 82,2%, Hipertensión arterial 66,5%, sexo femenino 50,4%, Obesidad 46,6%, DM2 31,5%, Ateromatosis 36,7%. Al comparar las poblaciones según DSVD existe diferencia estadísticamente significativa para las variables sexo, Ateromatosis, DM2, Obesidad, y Sedentarismo. La razón de prevalencia alcanza a un 23%, 18%, 18% 26%, y 21% respectivamente. El sexo femenino tiene un 23% de mayor prevalencia de DSVD que el sexo masculino, los pacientes con Ateromatosis tienen un 18% de mayor prevalencia de DSVD que los sin esta condición, los con DM2 un 18% de mayor prevalencia de DSVD que los sin DM2, los Obesos un 26% de mayor prevalencia de DSVD que los sin obesidad y los sedentarios tienen un 21% de mayor prevalencia de DSVD que los no sedentarios. **Conclusión:** Encontramos una alta prevalencia de DSVD y los factores de riesgo asociados son: sexo, Ateromatosis, DM2, Obesidad y Sedentarismo. Se recomienda la medición rutinaria en pacientes con estos factores de riesgo cardiovascular y en futuros trabajos poder concluir si este hallazgo es causa o consecuencia.

Tabla 1: Prevalencia de FRCV en la población de estudio

VARIABLES EN ESTUDIO	Población total en estudio		
N=1643	N	Valor	95% IC
Déficit severo de Vitamina D	1643	39,7%	37-42
Sexo Femenino	1643	50,4%	47-52
Hipertensión Arterial	1640	66,5%	64-69
Diabetes Mellitus	1638	31,5%	29-34
Dislipidemia	1640	90,1%	89-92
Obesidad	1696	46,6%	46-50
Infarto Miocrárdico	1636	6,6%	5-8
Ateromatosis	1636	36,7%	34-39
Sedentarismo	1612	82,2%	80-84
Tabaquismo	1640	27,4%	25-30

4

**PREVALENCIA DEL ESPESOR INTIMAL CAROTÍDEO AUMENTADO Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.**

DR. C. SANTIBÁÑEZ CATALÁN<sup>2,4</sup>, DRA. PAULA SOTO PARADA<sup>1,4</sup>, DRA M ARAYA ÁLVAREZ<sup>2,4</sup>, EU K UGARTE VILLALOBOS<sup>3,4</sup>, DR J FERRER<sup>2</sup>, BIOESTADÍSTICO L. BUSTOS MEDINA<sup>5</sup>

<sup>1</sup>UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, PUERTO MONTT, CHILE, <sup>2</sup>CENTRO CARDIOLÓGICO SS PUERTO MONTT - CHILE, PUERTO MONTT, CHILE, <sup>3</sup>INSTITUTO CARDIOLÓGICO IQUIQUE - CHILE, IQUIQUE, CHILE, <sup>4</sup>SOCIEDAD CHILENA DE CARDIOLOGÍA, SANTIAGO, CHILE, <sup>5</sup>UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA - CHILE, TEMUCO, CHILE

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15  
**Introducción:** En la actualidad, se utiliza la determinación del espesor intimal carotídeo como predictor de eventos cardio-cerebrovasculares. Su asociación con diferentes factores de riesgo cardiovascular aún es tema de controversia. **Objetivos:** Determinar la prevalencia del espesor intimal carotídeo aumentado (cIMTa) y su asociación con factores de riesgo cardiovascular en adultos que acuden a un centro cardiológico privado. **Métodos:** Estudio de corte transversal, muestreo por conveniencia, firma consentimiento informado. De 3490 pacientes se seleccionan 730 individuos de ambos sexos, mayores de 18 años con cIMTa >0,5 y menor o igual 0,9 mm que acuden a consulta ambulatoria en forma consecutiva desde enero 2017 a abril 2022. A todos se les midió el espesor intimal automatizado, se excluyen los pacientes con registros incompletos. Las variables fueron Edad, cIMTa, Sexo, Hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), Dislipidemia, Malnutrición por exceso, Sedentarismo, Tabaquismo Infarto miocrárdico y Ateromatosis documentados. Con STATA 17 se calcula la prevalencia de las variables en la población general y luego según categoría de cIMTa, se evalúa significancia con prueba exacta de Fisher. Finalmente se comparan medias con ANOVA y ttest para varianzas distintas. Con un nivel de significación de 0,05. Se usa una regresión binomial para estimar Razón de Prevalencia y sus intervalos de confianza en variables cuantitativas y cualitativas. **Resultados:** En 730 ptes se obtuvo una prevalencia para cIMTa de 86,44%, edad promedio de 52,6 años, Malnutrición por exceso 90,48%, Sedentarismo 82,6%, Dislipidemia 80%, Hipertensión arterial 63,9%, sexo masculino 49,5% y DM2 29,5%. Al comparar las poblaciones existe diferencia estadísticamente significativa para Edad, Hipertensión arterial, Dislipidemia, Ateromatosis, Sedentarismo, DM2 y Malnutrición por exceso. Según la Razón de prevalencia los pacientes con HTA tienen un 18% mayor prevalencia de cIMTa que los pacientes sin hipertensión arterial, los con Dislipidemia un 21% mayor prevalencia de cIMTa, los con Ateromatosis un 17% de mayor prevalencia de cIMTa, los Sedentarios un 20% mayor prevalencia de cIMTa, los con DM2 un 11% mayor prevalencia de cIMTa que los no diabéticos y los con Malnutrición con exceso tienen un 16,8% mayor prevalencia de cIMTa que los que no tienen esa condición. **Conclusión:** Encontramos alta prevalencia de cIMTa y los factores de riesgo asociados fueron: Edad, Hipertensión arterial, Dislipidemia, Ateromatosis, Sedentarismo, DM2 y Malnutrición por exceso. Estos datos sugieren que medir el espesor intimal carotídeo tendría un alto valor para detectar en este tipo de pacientes de manera precoz, un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.

Tabla 1.- Prevalencia de FRCV en la población total

VARIABLES EN ESTUDIO	Población total en estudio		
N=730	N	%	IC 95%
cIMTa >0,5 y <0,9 mm	730	86,44%	84-89
Sexo Masculino	730	49,59%	46-53
Hipertensión Arterial	730	63,97%	60-67
Diabetes Mellitus 2	730	29,59%	26-33
Dislipidemia	730	80%	77-83
Malnutrición por exceso	672	90,48%	88-93
Infarto Miocrárdico	730	5,21%	4-7
Ateromatosis	730	18,49%	16-21
Sedentarismo	641	82,6%	80-85
Tabaquismo	641	26,85%	24-30

6

**METABOLIC SYNDROME AND CARDIOVASCULAR PROFILE IN A POPULATION DIAGNOSED WITH ORGANIC MENTAL ILLNESS, A COHORT STUDY CONDUCTED IN SOUTH AMERICA**

DR. LUIS ANDRES DULCEY SARMIENTO<sup>1</sup>, DR. JUAN SEBASTIAN THERAN LEON<sup>2</sup>, INTERNO DE PREGRADO RAFAEL GUILLERMO PARELES STRAUCH<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO VALENTINA CABRERA PEÑA<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO MARIA CALIBERTI<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO EDGAR CAMILO BLANCO<sup>3</sup>, DR. RAIMONDO CALTAGIRONE MICELI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, MERIDA, VENEZUELA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD DE SANTANDER, BUCARAMANGA, COLOMBIA, <sup>3</sup>UNIVERSIDAD DE BUCARAMANGA, BUCARAMANGA, COLOMBIA

Presentación E-Póster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00  
**Introducción:** Patients with severe mental illness (SMI), such as schizophrenia or bipolar disorders, are more frequently affected by metabolic syndrome and cardiovascular (CVD) diseases than the general population, with a significant reduction in life expectancy. Beyond metabolic syndrome, quantifying the risk of CVD morbidity in the long-term may help clinicians to put in place preventive strategies. **Objectives:** In this study, we assessed 10-year CVD risk in patients with SMI and healthy individuals using an algorithm validated previously. **Materials and Methods:** Patients aged 35–69 years diagnosed with SMI were consecutively recruited from psychiatric acute care units. Single CV risk factors were assessed, and 10-year CV risk calculated by means of the CUORE Project 10-year CV risk algorithm, based on the combination of the following risk factors: age, systolic blood pressure, total and high-density lipoprotein cholesterol, diabetes, smoking habit, and hypertensive treatment. Patients' data were compared with those from the general population. The 10-year CVD risk was log-transformed, and multivariable linear regression was used to estimate mean ratios, adjusting for age, and education. **Results:** Three hundred patients and 302 controls were included in the analysis. Among men, the 10-year CVD risk score was very similar between patients with SMI and the general population (mean ratio (MR): 1.02; 95%CI 0.77–1.37), whereas a 39% increase in 10-year CVD risk was observed in women with SMI compared to the general population (MR: 1.39; 95%CI 1.16–1.66). **Conclusions:** In our study, women with SMI were consistently more at risk than the general population counterpart, even at younger age. **Keywords:** Bipolar disorder, cardiovascular risk, schizophrenia, severe mental illness

7

**CARDIOVASCULAR RISK IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS WITH KIDNEY DISEASE, OBSERVATIONAL STUDY OF A LATIN AMERICAN HOSPITAL**

DR. LUIS ANDRES DULCEY SARMIENTO<sup>1</sup>, DR. JUAN SEBASTIAN THERAN LEON<sup>2</sup>, DR. RAIMONDO CALTAGIRONE MICELI<sup>1</sup>, DR. ALDAHIR QUINTERO ROMERO<sup>4</sup>, INTERNO DE PREGRADO RAFAEL GUILLERMO PARALES STRAUCH<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO VALENTINA CABRERA PEÑA<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO MARIA CILIBERTI<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO EDGAR CAMILO BLANCO<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, MERIDA, VENEZUELA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD DE SANTANDER, BUCARAMANGA, COLOMBIA, <sup>3</sup>UNIVERSIDAD DE BUCARAMANGA, BUCARAMANGA, COLOMBIA, <sup>4</sup>UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, BARRANQUILLA, COLOMBIA

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introduction:** The prevalence of cardiovascular disease is much higher in patients with chronic kidney disease, which worsens its prognosis; however, studies in Latin America are scarce. **Objectives:** To estimate the prevalence of chronic kidney disease (CKD), its risk factors, the incidence of cardiovascular and coronary events, and total and cardiovascular mortality in a cohort of patients with type 2 diabetes (DM2) during the year 2018. **Material and Methods:** Observational, longitudinal study. A total of 643 patients with DM2 (mean age 64.0 years, 55.7% women) with no evidence of cardiovascular disease were studied. CKD was defined as an estimated glomerular filtration rate (eGFR) <60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> at baseline, using the simplified formula from the Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) study. **Results:** The CKD prevalence rate was 24.3%. Patients with CKD had higher percentages of coronary, cerebrovascular, and cardiovascular events and higher rates of cardiovascular mortality (18.6 vs 6.0%,  $p < 0.001$ ) and total mortality (42.3 vs 23.4%,  $p < 0.01$ ), compared to patients without CKD. The Cox proportional hazards model, adjusted for age, systolic blood pressure levels, glycosylated hemoglobin, total cholesterol, obesity, and smoking, revealed that CKD patients had a higher risk of coronary events (HR: 2.18; CI 95 %: 1.13-4.22,  $p < 0.05$ ). **Conclusions:** Our study confirms a high prevalence of CKD in patients with DM2 and its relationship with the presence of cardiovascular disease. **Keywords:** Epidemiology, Cardiovascular risk, Metabolic syndrome

8

**FREQUENCY OF ARRHYTHMIAS AND THEIR ASSOCIATED FACTORS IN A COHORT OF PATIENTS WITH COVID-19 INFECTION IN A LATIN AMERICAN HOSPITAL**

DR. LUIS ANDRES DULCEY SARMIENTO<sup>1</sup>, DR. JUAN SEBASTIAN THERAN LEON<sup>2</sup>, DR. RAIMONDO CALTAGIRONE MICELI<sup>1</sup>, INTERNO DE PREGRADO RAFAEL GUILLERMO PARALES STRAUCH<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO VALENTINA CABRERA PEÑA<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO MARIA CILIBERTI<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO EDGAR CAMILO BLANCO<sup>3</sup>, DR. ALDAHIR QUINTERO ROMERO<sup>4</sup>, DR. FELIX RANGEL<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, MERIDA, VENEZUELA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD DE SANTANDER, BUCARAMANGA, COLOMBIA, <sup>3</sup>UNIVERSIDAD DE BUCARAMANGA, BUCARAMANGA, COLOMBIA, <sup>4</sup>UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA, BARRANQUILLA, COLOMBIA, <sup>5</sup>UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, BUCARAMANGA, COLOMBIA

Presentación E-Póster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Introduction:** Arrhythmic complications in patients with COVID-19 are a devastating problem and have not been adequately characterized. Patients and **Methods:** Retrospective study of 306 adults infected with SARS-CoV2 by antigenic or molecular test. The main objective was to evaluate the factors associated with arrhythmias and their role as a predictor of prognosis and mortality during the year 2020. In the inferential statistical analysis, the odds ratios OR with their confidence intervals greater than 95% will be used as association measures. Qualitative variables were evaluated using the Chi-square test or Fisher's exact test, and in the case of numerical or quantitative variables, Student's or Mann-Whitney's T test was used. **Results:** The highest frequency of COVID 19 occurred in the Male gender 78% and for the Female gender 22%. The arrhythmias occurred in older patients and with a greater burden of comorbidities, mean 72 years, male gender and those with LVEF lower than 40% during the evaluation, the main arrhythmias corresponded to tachyarrhythmias such as atrial fibrillation, supraventricular tachycardia and ventricular tachycardia, the bradyarrhythmias were transient and did not require a pacemaker. Arrhythmias occurred in 18/306 patients. **Conclusions:** The presence of arrhythmias behaves as a prognostic and mortality predictor in COVID-19. Larger studies are required to validate the results found here and establish behaviors that reduce their frequency and negative impact on patients.

9

**ANGINA AND PURPURA SECONDARY TO THE COVID-19 VACCINE, DESCRIPTION OF AN INFREQUENT EVENT IN A HOSPITAL IN SOUTH AMERICA**

DR. LUIS ANDRES DULCEY SARMIENTO<sup>1</sup>, DR. JUAN SEBASTIAN THERAN LEON<sup>2</sup>, INTERNO DE PREGRADO MARIA CILIBERTI<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO EDGAR CAMILO BLANCO<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO RAFAEL PARALES STRAUCH<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, MERIDA, VENEZUELA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD DE SANTANDER, BUCARAMANGA, COLOMBIA, <sup>3</sup>UNIVERSIDAD DE BUCARAMANGA, COLOMBIA

Presentación E-Póster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Introduction:** The COVID-19 pandemic has generated an inexorable cost for governments and a high mortality in general terms, the vaccination process is the only effective strategy to reduce morbidity and mortality in general, however, such administration is not exempt of risks. **Case presentation:** Female patient in her seventh decade who is vaccinated against COVID-19 and 4 days after the aforementioned second dose of vaccine begins to present anginal chest pain and purpuric lesions that begin in the lower limbs and progressively ascend to the associated trunk to intense arthralgia, abdominal pain and nausea, he presented macroscopic rectal bleeding, it was admitted to find platelets of less than 10 thousand platelets, the diagnosis of immunological thrombocytopenic purpura associated with the vaccine against COVID-19 was raised, said pathology required specific immunosuppressive therapy with resolution 21 days after 3 cycles of intravenous immunoglobulin. Given the need for invasive stratification, she waited until she had platelet counts greater than 50,000 platelets. Invasive stratification by arteriography did not reveal obstructive lesions requiring angioplasty. Adverse cardiovascular events related to vaccination against COVID-19 are rare. The triggering mechanisms of thrombocytopenia are being studied and described as similar to those reported in heparin-induced immunological thrombocytopenia. Antibodies against platelet factor 4 have so far been reported as responsible for these reactions. The test known as PIFPA (PF4-induced platelet activation based on flow cytometry) is a cytometric test with high sensitivity and specificity, only available in specialized laboratories, being described for the moment as the Gold Standard test that allows the detection of thrombocytopenic phenomena, secondary to vaccination against COVID-19. **Discussion:** This case constitutes the appearance of angina and immunological thrombocytopenic purpura. Purpura is a rare pathology with a wide repertoire of triggering events, with infections and reactions to vaccines being among the main mechanisms that can cause this phenomenon. Purpura as a vaccine reaction is rare, and so far very few descriptions have been found in the literature about it. The most recent scientific evidence available on this area from the molecular point of view is mentioned. It should be noted that these are rare reactions that should not make us underestimate continuing vaccination campaigns as the best strategy to prevent the advance of this pandemic.

10

**COMPLETE ATRIOVENTRICULAR BLOCK SECONDARY TO BBIBP-CORV VACCINE, REPORT OF AN INFREQUENT ADVERSE EVENT, FIRST DESCRIPTION IN A LATIN AMERICAN HOSPITAL**

DR. LUIS ANDRES DULCEY SARMIENTO<sup>1</sup>, DR. JUAN SEBASTIAN THERAN LEON<sup>2</sup>, INTERNO DE PREGRADO MARIA CILIBERTI<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO EDGAR CAMILO BLANCO<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO RAFAEL GUILLERMO PARALES STRAUCH<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, MERIDA, VENEZUELA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD DE SANTANDER, BUCARAMANGA, COLOMBIA, <sup>3</sup>UNIVERSIDAD DE BUCARAMANGA, COLOMBIA

Presentación E-Póster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Introduction:** The presence of cardiovascular complications due to infection secondary to COVID-19 are quite frequent, however those reported as a vaccine reaction are scarce. **Case presentation:** A female patient with no significant cardiovascular history who, after the third dose of the BBIBP-CORV vaccine at 14 days, begins with impaired functional class associated with 3 syncopal episodes, is evaluated at the first level, ordering an electrocardiogram that showed a block atrioventricular Mobitz 2 progressing to complete. Molecular tests for COVID-19 infection were negative, immunological studies for collagen diseases, Chagas as well as viral myocarditis were negative. The transthoracic echocardiogram did not show alterations in regional kinesis, the ejection fraction was found to be preserved at 60%. Cardiac magnetic resonance imaging was performed, which showed edema on T2-STIR sequences and subepicardial enhancement in the midistal lateral region consistent with acute myocarditis. The patient required a permanent pacemaker. **Discussion:** The presence of electrical or mechanical dysfunction secondary to the COVID-19 vaccine is anecdotal, with few reports in the literature. In a review of both the European Society of Cardiology 2021 and the American Heart Association 2018 Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy, no recommendation was found in the case of these types of adverse events associated with or after COVID-19, of vaccination. An international network should be created to report such events and thus establish general management recommendations. For the time being, the recommendations must be individualized in these patients.

11

PROGNOSTIC VALUE BY CORRELATING THE EJECTION FRACTION WITH CHANGES IN THE FERROKINETIC PROFILE IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME IN A LATIN AMERICAN HOSPITAL

DR. LUIS ANDRES DULCEY SARMIENTO<sup>1</sup>, DR. HECTOR ALONSO MORENO PARRA<sup>1</sup>, DR. JUAN SEBASTIAN THERAN LEON<sup>2</sup>, INTERNO DE PREGRADO RAFAEL GUILLERMO PARALES STRAUCH<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO VALENTINA CABRERA PEÑA<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO MARIA CILIBERTI<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO EDGAR CAMILO BLANCO<sup>3</sup>, DR. RAIMONDO CALTAGIRONE MICELI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, MERIDA, VENEZUELA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD DE SANTANDER, BUCARAMANGA, COLOMBIA, <sup>3</sup>UNIVERSIDAD DE BUCARAMANGA

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15  
**Introduction:** Alterations in the ferrokinetic profile are associated with worsening of cardiovascular diseases, the role of said alteration in these patients as well as its correlation with ejection fraction being currently unknown due to the little information available in this regard. **Objectives:** To determine the prognostic value of changes in the ferrokinetic profile together with changes in LVEF in patients with ischemic heart disease with and without ST-segment elevation in a level IV hospital between 2017 and 2018. **Material and Methods:** Prospective analytical observational cohort study. As measures of association, the odds ratios OR with their confidence intervals greater than 95%. Qualitative variables were evaluated through the Chi-square test or Fisher's exact test, and in the case of numerical or quantitative variables, the Student's t-test was used. **Results:** LVEF was preserved in 50% of patients with iron deficiency and depressed in 25%, followed by another 25% in the intermediate range. In the case of ferritin and LVEF, it was preserved in 70% with normal ferritin, for LVEF in the intermediate range in 60% of the group with low ferritin and reduced in 40% of those with high ferritin. **Conclusions:** Iron deficiency did not show statistical significance with depressed LVEF, highlighting that the increase in ferritin after hospital admission was correlated with a further decrease in LVEF, so these new parameters should be taken into consideration in acute cardiovascular disease. **Key words:** Infarction, Ferritins, iron, Hemoglobins

13

METABOLIC SYNDROME AND CARDIOVASCULAR RISK IN PATIENTS WITH HIV IN A COHORT OF PATIENTS FROM A LATIN AMERICAN HOSPITAL

DR. LUIS ANDRES DULCEY SARMIENTO<sup>1</sup>, DR. RAIMONDO CALTAGIRONE MICELI<sup>1</sup>, DR. JUAN SEBASTIAN THERAN LEON<sup>2</sup>, INTERNO DE PREGRADO RAFAEL GUILLERMO PARALES STRAUCH<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO VALENTINA CABRERA PEÑA<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO MARIA CILIBERTI<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO EDGAR CAMILO BLANCO<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, MERIDA, VENEZUELA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD DE SANTANDER, COLOMBIA, <sup>3</sup>UNIVERSIDAD DE BUCARAMANGA, COLOMBIA

Presentación E-Póster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15  
**Introduction:** The presence of metabolic comorbidities as well as cardiovascular risk in HIV-positive patients has been dismissed in most epidemiological studies. **Objectives:** In the present work we sought to evaluate the frequency of cardiovascular comorbidities including the metabolic syndrome and to compare the risk stratification according to the Framingham, PROCAM and SCORE equations in HIV patients. **Materials and methods:** Cross-sectional study of 760 HIV-infected adults. In the period from January 2016 to December 2018. The presence of metabolic syndrome was evaluated through the ATP-III criteria and the cardiovascular risk score was examined, classifying patients as low, moderate or high risk using Framingham and PROCAM (<10%, 10%-20% and >20%) and SCORE (<3%, 3%-4% and ≥5%). **Results:** The most frequent comorbidity was smoking in 66.8%, second hypercholesterolemia (52%), third arterial hypertension (32%) and lastly type 2 diabetes (4.3%). The prevalence of patients with low, moderate and high cardiovascular risk was 76.6%, 15.1% and 8.3% according to Framingham, 90.1%, 4.9% and 5% according to PROCAM and 88.6%, 3%, and 8.4% by SCORE. **Conclusions and Discussion:** The most frequent comorbidity was smoking in 66.8%, second hypercholesterolemia (52%), third arterial hypertension (32%) and lastly type 2 diabetes (4.3%). The prevalence of patients with low, moderate and high cardiovascular risk was 76.6%, 15.1% and 8.3% according to Framingham, 90.1%, 4.9% and 5% according to PROCAM and 88.6%, 3%, and 8.4% by SCORE. The agreement between these three risk functions was significant, but overall moderate (Framingham and PROCAM, κ 0.48, p < 0.0001; Framingham and SCORE, κ 0.32, p < 0.0001; PROCAM and SCORE, κ 0.49, p<0.0001). **Keywords:** Cardiovascular disease, Cardiovascular risk, Epidemiology, HIV infection

14

UNCERTAIN CLINICAL SIGNIFICANCE MUTATION OF LMNA GENE AS CAUSE OF SUDDEN DEATH: A CASE REPORT

DRA. CAROLINA VEGA CUELLAR<sup>1</sup>, DR JOSE AGUIRRE, DR JUAN HURTADO, DRA. GLORIA ONEILL

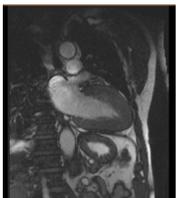
<sup>1</sup>CARDIOVASCULAR INSTITUTE OF PANAMA, PANAMA, PANAMA

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Medical History:**

- Arterial Hypertension
- Heart Failure in his sister.
- No sudden death in relatives.

**Case Description:** A 58 year old male, presents to the emergency department with history of sudden collapse and cardiac arrest while playing softball. Before the event the patient deny chest pain, dyspnoea or pulsations. No rythm was registered. After seven minutes of CPR, he returns to spontaneous circulation without neurological deficit. Cardiovascular examination was normal. Electrocardiogram on admission showed a sinus rhythm, Peguero-Lopresti criteria for hypertrophy were met (40 mm). Cornell criterion was also positive. Non ST segment or T wave changes were observed. Corrected QT interval was normal. Chest X-ray revealed cardiomegaly without pulmonary edema. Blood test showed a raised of natriuretic peptide but High sensitivity troponin remained normal. A 24 hours holler showed sporadic monomorphic PVC. Echocardiogram showed a severe concentric left ventricular hypertrophy (163 g/ m2), and hypertrophy of papillary muscles. Non Wall motion abnormalities or LVOT obstruction was found. LVEF at 46% was observed. Left atrial dilatation (58.4 ml/m2), diastolic dysfunction and elevated ventricular filling pressure were detected. The GLS was reduced in basal segments (-9.0%). The patient was taken to the catheterization room and non-significance epicardial coronary obstruction were observed. Cardiac MR confirmed ventricular hypertrophy (107 gm2) and the presence of crypt in the inferior basal segments. There's no evidence of myocardial edema or perfusion defects in the T2 sequence. there was a significant late enhancement at the inferior and apical wall. Myocardial fibrosis was detected in 10% of the myocardium mass with patchy distribution in the anterior Wall. Genetic test identifies an amino acid variant in the sequence (Gly638Arg), the gene LMNA 1912 G>A that encodes for laminin protein with heterozygous inheritance. The genome sequence exhibits an Exchange of histidine to arginine in the 886 codons of SCN5A protein with an uncertain clinical significance classification. Medical Treatment for heart failure was started. An implantable cardioverter defibrillator was implanted without complication. **Discussion:** LMNA encodes the filament proteins A and C, that polymerise an organized meshwork underlying the inner nuclear membrane in somatic cells. Laminin dysfunction increase myocardial necrosis and develop specific syndromes called laminopathies. Almost half of patients succumb to sudden death. Cardioverter defibrillator can be proposed in the presence of two criteria: LVEF <45 %, NSVT, male gender and non-missense LMNA mutation.



15

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y FACTORES ASOCIADOS EN VARONES CON INDICACION DE REHABILITACION CARDIACA Y DISFUNCION ERÉCTIL.

DRA. PAULA SOTO PARADA<sup>1,2,3</sup>, DR. C. SANTIBÁÑEZ CATALÁN<sup>2,3</sup>, DRA. N. FEBRE VERGARA<sup>4</sup>, BIOESTADÍSTICO L. BUSTOS MEDINA<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, PUERTO MONTT, CHILE, <sup>2</sup>CENTRO CARDIOLÓGICO SS, PUERTO MONTT, CHILE, <sup>3</sup>SOCIEDAD CHILENA DE CARDIOLOGÍA, SANTIAGO, CHILE, <sup>4</sup>UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO, SANTIAGO, CHILE, <sup>5</sup>UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA, TEMUCO, CHILE

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15  
**Introduction:** La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es la percepción subjetiva sobre la capacidad que posee el individuo para realizar actividades de la vida diaria influenciada por su estado de salud, se encuentra disminuida en pacientes que acuden a consulta ambulatoria cardiológica y se asocia a factores de riesgo y comorbilidad. La disfunción eréctil habitualmente se presenta antes que la enfermedad cardiovascular y la rehabilitación cardiaca (RC) proporciona un escenario que facilita la prevención y abordaje integral de los pacientes. **Objetivo:** El objetivo de la presente investigación fue determinar el nivel de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y factores asociados en varones con disfunción eréctil e indicación de RC que acuden a control ambulatorio en un centro de salud privado. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio cuantitativo, de corte transversal. Comité de ética y firma de consentimiento informado. Se entrevistaron 156 varones con encuesta de antecedentes sociodemográficos y cuestionario Salud SF-36 validado en Chile. Utilizando Stata se realizó análisis descriptivo de 20 variables sociodemográficas, clínicas y de CVRS. El análisis bivariado permitió establecer los factores asociados a las ocho dimensiones y los dos índices globales de salud física y mental. Finalmente se construyeron modelos de regresión lineal múltiple predictiva para cada índice global estableciendo las puntuaciones probables de CVRS según el perfil clínico y sociodemográfico de los pacientes estudiados. **Resultados:** La CVRS de los pacientes del estudio fue mejor evaluada en escala de 0-100 en las dimensiones de Función Social y Rol Emocional (82 puntos), Función Física (79), Rol Físico (75), Salud Mental (72), Vitalidad (68) y Salud general (67). En tanto que la peor evaluada fue Dolor Corporal (43). Las características clínicas y sociodemográficas que se asociaron con alguna de las dimensiones fueron: ocupación, situación de compañía, disfunción eréctil severa, edad, índice de masa corporal, años de estudio, procedencia, prevención, sedentarismo, adherencia, hipertensión arterial, dislipidemia y tabaco (p menor a 0,05). **Conclusiones:** El índice global de Salud Física como medida de resumen obtuvo menor valoración con un promedio de 44 ± 7,89, mientras que la CVRS según el índice de Salud Mental fue mejor evaluada con 50 ± 11,18. Los supuestos del modelo de regresión múltiple se cumplen, pero predice escasamente el índice global de Salud Física. Incorporar esta medida de resultado y conocer el perfil del paciente facilita el abordaje integral en el contexto preventivo, favoreciendo el posterior seguimiento.

Tabla N° 1: Detalle de variables dependientes e independientes del estudio.

VARIABLES INDEPENDIENTES	
1: Situación de compañía	11: Tabaco actual
2: Ocupación	12: DM
3: Edad	13: HTA
4: Prevención	14: ERC
5: Procedencia	15: DL
6: Años de estudio	16: Depresión
7: Historia familiar de cardiopatía	17: Cáncer y adenoma de próstata
8: IAM previo	18: Adherencia
9: IMC	19: Disfunción eréctil severa
10: Sedentarismo	20: Tabaco en el pasado

Fuente: elaboración propia

16

**DETERMINING THE IMPORTANCE OF VARIOUS GENDERS, RACES, AND BODY SHAPES FOR CPR EDUCATION USING MANIKINS: IMAGES IN MEDIA (DIVERSE II)**

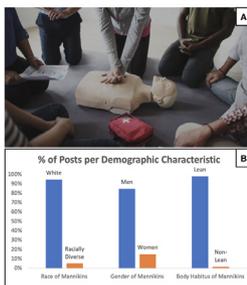
DRA. SHYLA GUPTA<sup>1</sup>, MISS REEM AL-RAWI<sup>2</sup>, DR. PABLO IOMINI<sup>3</sup>, MS. JOSEFINA FITZ MAURICE<sup>4</sup>, DR. TOMAS FITZ MAURICE<sup>4</sup>, DR. MARLO FITZ MAURICE<sup>5</sup>, DR. JUAN FARINA<sup>6</sup>, MS. KIERA LIBLIK<sup>7</sup>, DR. ADRIAN BARANCHUK<sup>8</sup>

<sup>1</sup>UNIVERSITY OF OTTAWA FACULTY OF MEDICINE, OTTAWA, CANADA, <sup>2</sup>DEPARTMENT OF MEDICINE, KINGSTON HEALTH SCIENCES CENTER, QUEEN'S UNIVERSITY, KINGSTON, CANADA, <sup>3</sup>UNIVERSITY OF BUENOS AIRES (UBA), HOSPITAL DR. PROF. ALEJANDRO POSADAS, ARGENTINA, <sup>4</sup>UNIVERSIDAD BARCELÓ, ARGENTINA, <sup>5</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA, ARGENTINA, <sup>6</sup>MAYO CLINIC, PHOENIX, UNITED STATES OF AMERICA

Presentación E-Poster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Brief Introduction:** Cardiopulmonary resuscitation (CPR) education is an important aspect of medical training. Certain demographic groups are less likely to receive efficient CPR. Underrepresentation of these groups in the manikins (used for CPR simulation) may play a substantial role in these inequities. **Objective:** Due to the limited representation of women, racially diverse, and non-lean manikins in CPR certification, we propose the idea that this apparent bias in the selection of tools being used for CPR simulations may impact effective CPR on real patients in real life. Therefore, the DIVERSE II study aimed to quantitatively determine the diversity of manikins represented in imaging on public social media accounts used to promote CPR training. **Materials and Methods:** Social media posts from institutions, businesses, and non-governmental organizations which administer CPR certification in North and South America were analyzed. A 9-question data collection form was used to ascertain details about demographics, body shape, apparent visual race, and gender diversity of manikins.

**Results:** 211 images in total were collected from North America (n=104) and South America (n=107), obtained from public Twitter (n=151) and Instagram (n=60) posts. Of the total posts, 207 (98.1%) used lean manikins, 4 (1.8%) used non lean manikins, 0.0% were pregnant, 197 (93.4%) were adults, 14 (6.66%) were children, 179 (84.8%) were male, 200 (94.7%) were White, 8 (3.8%) were Black and 3 (1.4%) were Asian. **Conclusions:** A high preponderance of white, lean, male manikins is evident in CPR simulation in educational platforms. This biased educational imaging and advertising model may impact the delivery of CPR in real life scenarios.



17

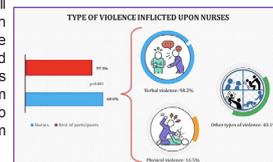
**VIOLENCE AND AGGRESSION AGAINST NURSES DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN LATIN AMERICA. FROM THE EMERGING LEADERS PROGRAM OF THE INTERAMERICAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (SIAC)**

Dra. Shyla Gupta<sup>1</sup>, Dr. Sebastian Garcia Zamora<sup>2</sup>, Dr. Jorge Juárez-Llolla<sup>3</sup>, Dr. Juan Farina<sup>4</sup>, Ms. Melanie Foisy<sup>5</sup>, Dr. Ana Munera<sup>6</sup>, Dr. Daniel Piskorz<sup>7</sup>, Dr. Daniel Piñero<sup>8</sup>, Dr. Ricardo Lopez Sant<sup>9</sup>, Dr. Adrian Baranchuk<sup>8</sup>

<sup>1</sup>University Of Ottawa Faculty Of Medicine, Ottawa, Canada, <sup>2</sup>Cardiology Department, Delta Clinic, Argentina, <sup>3</sup>Department of Cardiology, Hospital de Apoyo II Santa Rosa, Peru, <sup>4</sup>Department of Cardiovascular and Thoracic Surgery, Mayo Clinic, United States, <sup>5</sup>Division of Cardiology, Queen's University, Kingston, Canada, <sup>6</sup>Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Columbia, <sup>7</sup>Division of Cardiology, Cardiovascular Institute of the Rosario British Sanatorium, Argentina, <sup>8</sup>Departamento de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina, <sup>9</sup>Division of Cardiology, Hospital Italiano de La Plata, Argentina

Presentación E-Poster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Introduction:** During the COVID-19 pandemic, healthcare providers have overcome difficult experiences, with workplace violence being one of the most challenging. Nurses are particularly vulnerable to workplace violence. The objective of this sub-study was to characterize violence and aggression against nurses during the COVID-19 pandemic in Latin America. **Methods:** An electronic cross-sectional survey was conducted in 19 Latin American countries to characterize the frequency and type of violent actions against front-line healthcare providers. **Results:** Of the original 3544 respondents, 16% were nurses (n=567). The mean age was 39.7 ±9.0 years and 79.6% were women. In total, 69.8% worked in public hospitals and 81.1% reported working regularly with COVID-19 patients. Overall, about 68.6% of nurses referred to at least one episode of workplace aggression during the pandemic. Nurses experienced weekly aggressions or violence more frequently than other healthcare providers (45.5% versus 38.1%, p<0.007). Nurses showed a trend towards a lower rate of reporting the acts of aggression suffered (p=0.076). In addition, nurses were more likely to experience negative cognitive symptoms after aggressive acts (33.4% versus 27.8%, p=0.028). On the other hand, nurses reported having considered changing their tasks less frequently after an assault event (p=0.005); no differences were observed regarding considering leaving their profession after a violent event (p=0.867). **Conclusion:** Workplace violence has been a frequent problem for all healthcare providers during COVID-19 pandemic in Latin America. Nurses were a particularly vulnerable subgroup, with higher rates of aggressions and cognitive symptoms and lower rate of complaints than other health care providers who suffered from workplace violence. It is imperative to develop strategies to protect this vulnerable group from aggressions during their tasks.



18

**REDUCCIÓN DEL RIESGO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES (MACE) RECURRENTES EN PACIENTES TRATADOS CON LA POLIPÍLORA-CNIC 20 MG DE ATORVASTATINA EN COMPARACIÓN CON 3 COHORTES DE MEDICACIÓN ACTIVA: SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO NEPTUNO**

DR. JOSÉ RAMÓN GONZÁLEZ JUANATEY<sup>1,2,3</sup>, DR. ALBERTO CORDERO FORT<sup>4</sup>, DR. JOSÉ MARÍA CASTELLANO VÁZQUEZ<sup>5,6</sup>, DRA. REGINA DALMAU<sup>7</sup>, DR. LUIS MASANA<sup>8,9,10</sup>, DRA. ILONKA ZSOLT FRADERA<sup>11</sup>, DR. ANTONIO SICRAS MAYNAR<sup>12</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTIAGO DE COMPOSTELA, SANTIAGO DE COMPOSTELA, ESPAÑA, <sup>2</sup>CIBERCVC, SANTIAGO DE COMPOSTELA, ESPAÑA, <sup>3</sup>IDIS, SANTIAGO DE COMPOSTELA, ESPAÑA, <sup>4</sup>HOSPITAL SAN JUAN, ALICANTE, ESPAÑA, <sup>5</sup>CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CARDIOVASCULARES (CNIC), MADRID, ESPAÑA, <sup>6</sup>CENTRO INTEGRAL DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (CIEC), HOSPITAL UNIVERSITARIO MONTEPRINCIPLE, GRUPO HM HOSPITALES, MADRID, ESPAÑA, <sup>7</sup>HOSPITAL LA PAZ, MADRID, ESPAÑA, <sup>8</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN, REUS, ESPAÑA, <sup>9</sup>HISPV, REUS, ESPAÑA, <sup>10</sup>CIBERDEM, REUS, ESPAÑA, <sup>11</sup>FERRER INTERNACIONAL, BARCELONA, ESPAÑA, <sup>12</sup>ATHRYS HEALTH, BARCELONA, ESPAÑA

Presentación E-Poster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** La polipíldora-CNIC (ácido acetil salicílico (AAS) 100mg/Atorvastatina (A) 20mg/Ramipril (R) 2,5, 5, o 10mg) ha demostrado en estudios prospectivos y retrospectivos reducir la incidencia de MACE recurrentes en pacientes (pts) en prevención secundaria. En el estudio SECURE, el 91,7% inició el tratamiento con la polipíldora-CNIC que contenía A40 mg. En el estudio NEPTUNO, de los 1.614 pacientes de la cohorte de polipíldora-CNIC, el 57,1% inició el tratamiento con la polipíldora-CNIC que contenía A20 mg (polipíldora-CNIC-A20) y el 42,9% con polipíldora-CNIC que contenían A40 mg. **Objetivos:** Evaluar la incidencia de MACE recurrentes en pacientes del estudio NEPTUNO tratados con la polipíldora-CNIC-A20 en comparación con otras 3 cohortes de tratamiento activo (seguimiento de 2 años). **Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo, no intervencionista, de datos anonimizados de historias clínicas (base de datos administrativa BIG-PAC) de 2015-2018. Pacientes  $\geq 18$  años con enfermedad CV se asignaron en cuatro cohortes diferentes según su terapia: polipíldora-CNIC-A20 (cohorte 1:casos), monocomponentes idénticos (AAS,R,A) (C2), medicación equipotente (AAS 100 mg, simvastatina 40 mg o rosuvastatina 5mg, enalapril 5-20 mg o valsartán 40-160 mg) (C3) y otros tratamientos (C4)(cohortes de control), seguidos durante 2 años. Se realizó un emparejamiento por puntuación de propensión (PSM). Variable principal: incidencia de eventos cardiovasculares recurrentes (MACE). **Resultados:** Se reclutaron 5055 pacientes. Tras el PSM, se obtuvieron 4 cohortes bien equilibradas de 922 pacientes cada una. La cohorte 1 (polipíldora-CNIC-A20) comparada con las cohortes 2, 3 y 4 mostró una reducción significativa de los MACE (19,7% frente a 24,5%, 26,2% y 25,8%, p<0,004), respectivamente. La tasa de mortalidad CV no mostró diferencias. El riesgo de MACE recurrente fue un 21%, 23% y 26% mayor en las cohortes de monocomponentes, equipotentes y otros tratamientos, respectivamente, en comparación con la polipíldora-CNIC-A20. El tiempo transcurrido hasta el acontecimiento también fue mayor en la cohorte polipíldora-CNIC A20 en comparación con las otras 3 cohortes. Hubo una reducción significativamente mayor en la cohorte de casos frente a las 3 cohortes de control en los niveles absolutos de todas las variables lipídicas analizadas y en la reducción de la presión arterial. También se observó una mayor persistencia al tratamiento tras 2 años de seguimiento. **Conclusiones:** Este subanálisis del estudio NEPTUNO muestra la reducción de MACE recurrentes con la polipíldora-CNIC-A20mg en comparación con otras 3 cohortes de medicación activa. A pesar de estos resultados, se recomienda el uso de la polipíldora-CNIC que contiene A40 en pacientes en prevención secundaria.

Variable	Cohorte 1 (Polipíldora-CNIC-A20)	Cohorte 2 (Monocomponentes idénticos)	Cohorte 3 (Medicación equipotente)	Cohorte 4 (Otros tratamientos)
Nº de pacientes	922	922	922	922
MACE recurrentes (%)	19.7	24.5	26.2	25.8
Mortalidad CV (%)	~10	~10	~10	~10
Reducción de presión arterial (%)	~20	~15	~15	~15
Persistencia al tratamiento (%)	~80	~70	~70	~70

19

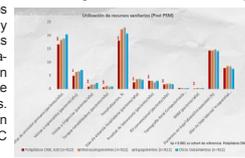
**EL COSTE EN EL MUNDO REAL Y LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS ASOCIADOS A LA POLIPÍLORA-CNIC QUE CONTIENE ATORVASTATINA 20MG EN PACIENTES EN PREVENCIÓN SECUNDARIA: UN SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO NEPTUNO**

DR. ALBERTO CORDERO FORT<sup>1</sup>, DRA. REGINA DALMAU<sup>2</sup>, DR. JOSÉ M CASTELLANO VÁZQUEZ<sup>3,4</sup>, DR. LUIS MASANA<sup>5,7</sup>, DRA. ILONKA ZSOLT<sup>8</sup>, DR. ANTONIO SICRAS MAYNAR<sup>9</sup>, DR. JOSÉ RAMÓN GONZÁLEZ JUANATEY<sup>10,11,12</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN, ALICANTE, ESPAÑA, <sup>2</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ, MADRID, ESPAÑA, <sup>3</sup>CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CARDIOVASCULARES (CNIC), MADRID, ESPAÑA, <sup>4</sup>CENTRO INTEGRAL DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (CIEC), HOSPITAL UNIVERSITARIO MONTEPRINCIPLE, GRUPO HM HOSPITALES, MADRID, ESPAÑA, <sup>5</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOAN, REUS, ESPAÑA, <sup>6</sup>HISPV, REUS, ESPAÑA, <sup>7</sup>CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED (CIBERDEM), REUS, ESPAÑA, <sup>8</sup>FERRER INTERNACIONAL, BARCELONA, ESPAÑA, <sup>9</sup>ATHRYS HEALTH, BARCELONA, ESPAÑA, <sup>10</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTIAGO DE COMPOSTELA, SANTIAGO DE COMPOSTELA, ESPAÑA, <sup>11</sup>CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED (CIBERCVC), SANTIAGO DE COMPOSTELA, ESPAÑA, <sup>12</sup>IDIS, SANTIAGO DE COMPOSTELA, ESPAÑA

Presentación E-Poster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Introducción:** Los resultados del estudio NEPTUNO mostraron que la utilización de recursos sanitarios (URS) y el impacto económico de la polipíldora-CNIC-aspirina (AAS) 100mg, atorvastatina (A) 20/40mg y ramipril (R) 2,5/5/10mg, fue significativamente menor en comparación con los monocomponentes por separado o los fármacos equipotentes en un entorno clínico real en España. Dos estudios basados en modelos han demostrado la coste-efectividad de la polipíldora-CNIC. **Objetivo:** Evaluar la coste-efectividad en pacientes del estudio NEPTUNO tratados con la polipíldora-CNIC que contiene AAS100mg, R 2,5, 5 o 10mg y A 20mg (Polipíldora-CNIC-A20) (57,1% de la población total de NEPTUNO post PSM) en comparación con otras 3 cohortes de tratamiento activo tras 2 años de seguimiento. **Métodos:** Análisis retrospectivo, no intervencionista, de un conjunto de datos anonimizados de historias clínicas de pacientes (base de datos BIG-PAC) de 2015-2018. Los pacientes  $\geq 18$  años con historia clínica de evento cardiovascular adverso mayor (MACE) previo se asignaron a 4 cohortes diferentes en función de su tratamiento: (C1) Polipíldora-CNIC-20 (cohorte de casos), (C2) monocomponentes idénticos (AAS,A20mg,R), (C3) medicación equipotente y (C4) otros tratamientos (cohortes de control); seguimiento 2 años. Se realizó un emparejamiento por puntuación de propensión (PSM). Se registraron los URS directos por todas las causas, incluida la estancia hospitalaria, las visitas ambulatorias, las visitas a urgencias, la rehabilitación, las pruebas y el tratamiento médico. Los costes médicos directos totales se calcularon a partir de los costes unitarios (€, 2020) asignados a cada URS y se expresaron por paciente (PP). Los costes indirectos se estimaron a partir de la pérdida de productividad registrada y el salario medio interprofesional. **Resultados:** Se reclutaron 5055 pacientes. Tras el PSM, se obtuvieron 4 cohortes bien equilibradas de 922 pacientes. La edad media era de 63,4 años y el 60,8% eran hombres. La C1, comparada con las C2, C3 y C4 mostró una reducción significativa de la URS media pp en casi todos los ítems (Figura 1). Hubo una reducción de los costes totales del 15,5%, 16,6% y 12,3% en C1 vs C2, C3 y C4, respectivamente. En los costes no sanitarios las diferencias no fueron significativas. **Conclusiones:** El uso del Polipíldora-CNIC A20 da lugar a una URS significativamente menor en comparación con las cohortes de control, así como a un coste total y unos costes médicos directos significativamente menores. A pesar de estos resultados, en pacientes en prevención secundaria debe recomendarse el uso de la polipíldora-CNIC con atorvastatina 40 mg.



21

**EMBOLISMO PARADÓJICO COMO CAUSA INUSUAL DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO, REPORTE DE DOS CASOS**

DAVID ARISTIZABAL COLORADO<sup>1</sup>, DANILO WEIR RESTREPO, CARLOS ANDRES MARIN HOYOS, JUAN MANUEL MONTOYA OSPINA, JOSÉ MAURICIO CARDENAS

<sup>1</sup>UNIVERSIDAD LIBRE, CALI, COLOMBIA, <sup>2</sup>GRUPO INVESTIGACIÓN MEDICINA INTERNA (GIMI), CALI, COLOMBIA, <sup>3</sup>UNIVERSIDAD CES, MEDELLIN, COLOMBIA

Presentación E-Poster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Introducción:** La embolia paradójica como entidad hace referencia a un fenómeno que se origina en la vasculatura venosa, pasa a través de un shunt cardíaco o pulmonar y llega a la circulación sistémica. Según el lugar de alojamiento final del émbolo liberado se producirán los síntomas cardinales del cuadro final (1). El foramen oval permeable por sí solo confiere un OR 2.9 (IC: 95%; 2.1 - 4.0) para accidente cerebrovascular isquémico en pacientes menores de 55 años; dada la dificultad del diagnóstico del embolismo paradójico se dice que su verdadera prevalencia es desconocida (1). **Caso 1:** Femenina de 47 años con disnea y afasia global de inicio súbito con diagnóstico de Accidente cerebrovascular (ACV) isquémico agudo y tromboembolismo pulmonar con hallazgo en ecocardiograma transesofágico de foramen oval permeable (FOP) de 3,2mm con abundante paso de burbujas y trombosis venosa profunda en miembros inferiores. RoPE score de 8 puntos, PASCAL "posible". **Caso 2:** Masculino de 54 años, con hemiparesia izquierda y disartria con diagnóstico de ACV isquémico agudo a quien se evidencia en ecocardiograma transesofágico con FOP de 38mm y aneurisma del septum de 34mm y trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo. RoPE score con 7 puntos, PASCAL "Probable". **Discusión:** La embolia paradójica, entidad hace referencia a un fenómeno que se origina en la vasculatura venosa, pasa a través de un shunt cardíaco o pulmonar y llega a la circulación sistémica (1). El RoPE Score y el PASCAL son puntajes que suman valor diagnóstico a los forámenes ovales permeables y que nos deben hacer pensar cuando un evento tromboembólico venoso puede volverse arterial (2). **Conclusiones:** Para el diagnóstico de la embolia paradójica se requiere 2 eventos principales: una fuente de embolismo y un defecto que permita la comunicación del émbolo de circulación venosa con la circulación arterial. El RoPE Score y el PASCAL suman al defecto del foramen oval como causal de este fenómeno

**Bibliografía:**

1. Windecker S, Stortecy S, Meier B. Paradoxical Embolism. J Am Coll Cardiol. 29 de julio de 2014;64(4):403-15.

2. Dm K, Ji S, Se K, J N, Jd C, G C, et al. Heterogeneity of Treatment Effects in an Analysis of Pooled Individual Patient Data From Randomized Trials of Device Closure of Patent Foramen Ovale After Stroke. JAMA. 14 de diciembre de 2021 ;326(22).

RoPE ≥7	Foramen de riesgo	Posibilidad de ACV asociado a foramen OP
Ausente	Ausente	Poco probable
Ausente	Presente	Posible
Presente	Ausente	Posible
Presente	Presente	Probable

23

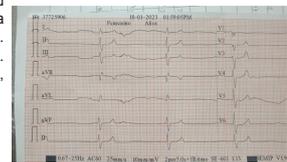
**GERBEZIUS-MORGAGNI-ADAMS-STOKES SYNDROME AS A CAUSE OF SYNCOPE IN A SOUTH AMERICAN HOSPITAL, DESCRIPTION OF A CASE**

DR. LUIS ANDRES DULCEY SARMIENTO<sup>1</sup>, DR. JUAN SEBASTIAN THERAN LEON<sup>2</sup>, DRA. MARIA FERNANDA PEÑALOZA PARRA<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO EDGAR CAMILO BLANCO PIMIENTO<sup>3</sup>, INTERNO DE PREGRADO MARIA PAULA CILIBERTI ARTAVIA<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, MERIDA, VENEZUELA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD DE SANTANDER, BUCARAMANGA, COLOMBIA, <sup>3</sup>UNIVERSIDAD DE BUCARAMANGA, BUCARAMANGA, COLOMBIA

Presentación E-Poster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Background:** Gerbezius-Morgagni-Adams-Stokes syndrome and Gerbec-Morgagni-Adams-Stokes syndrome) refers to a sudden and transient loss of alertness, occasionally accompanied by seizures. It is named after two Irish physicians, Robert Adams (1791–1875) and William Stokes (1804–1877). The first description of the syndrome was published in 1717 by Marco Gerbec, a Slovene physician, who was cited 44 years later, by Giovanni Battista Morgagni. Case description: Describe the case of a patient who comes for a syncopal episode of about 3 minutes without previous symptoms. This is a female patient with heart failure and FEVI of 55% who presented a 3-minute syncopal episode with a subsequent convulsive episode and recovery of consciousness. A 12-lead electrocardiogram was performed showing complete av block. **Discussion:** We proceeded to take him to the arrhythmia room where they performed the implantation of a bicameral pacemaker without derived complications. The crises of this syndrome can be diagnosed by means of a meticulous clinical history, where paleness before the crisis and redness after them are reported. The electrocardiogram (ECG) will show asystole, atrioventricular (AV) block, or ventricular fibrillation during seizures. Crises are caused by lack of cardiac output due to: antimony poisoning, asystole, heart block, Lev's disease, or ventricular fibrillation. The lack of blood flow to the brain is responsible for the loss of alertness. Initial treatment may be medical, using drugs such as isoprenaline (Isuprel) and epinephrine (adrenaline). The definitive treatment is surgical, through the placement of a pacemaker. If undiagnosed or untreated, Stokes-Adams seizures have a 50% mortality within a year of the first episode. The prognosis with treatment is very good. **Keywords:** Epidemiology, Cardiovascular risk, Sudden death.



25

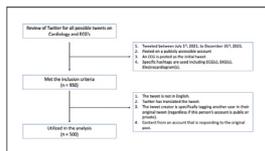
**MEDICAL EDUCATION IN THE AGE OF SOCIAL MEDIA: ECG TRAINING ON TWITTER**

DR. PARM KHAKH<sup>1</sup>, SHYLA GUPTA<sup>2</sup>, ZIER ZHOU<sup>1</sup>, RASHI RAMCHANDANI<sup>2</sup>, DR. KIRANJOT BHANGOO<sup>3</sup>, DR. JUAN FARINA<sup>3</sup>, DR. ADRIAN BARANCHUK<sup>1</sup>

<sup>1</sup>QUEEN'S UNIVERSITY , KINGSTON, CANADA, <sup>2</sup>FACULTY OF MEDICINE - UNIVERSITY OF OTTAWA, OTTAWA , CANADA, <sup>3</sup>DEPARTMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES, MAYO CLINIC, PHOENIX, USA

Presentación E-Poster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Background:** Social media (SoMe) platforms are increasingly utilized as learning resources for ECG training. Approaches to ECG teaching vary amongst users on SoMe, but two strategies are commonly used: pattern recognition (PR) and inductive-deductive reasoning (IDR). The former looks at posts as independent images, while the latter takes the clinical context into consideration. This study aims to determine which strategies are used when posting ECGs on SoMe and the corresponding replies of responders. **Methods:** This was a retrospective, quantitative assessment of ECG training posts on Twitter. Specific hashtags and an English-only language filter were applied when selecting tweets for analysis over the period between July 1st, 2021, to December 31st, 2021. Overall characteristics of the posts were analyzed, and a comparison was performed between PR and IDR strategies for ECGs. Appropriate responses were identified by reviewing comments of posts and evaluating whether responders followed the tweet creators' instructions accordingly. Reader engagement was also assessed and given a cumulative score based off likes, retweets and comments and when this value was greater than 100, it was deemed to have high engagement. **Results:** In total, 500 tweets met the inclusion and exclusion criteria. Among them, 50.9% of posts came from cardiologists working in the USA, with an average follower count of 12,786. IDR was used more frequently by tweet creators at 54.6%; however, only 5.1% of responders replied appropriately with this strategy. PR represented 38.8% of all tweets with appropriate responder replies at 20.6%, suggesting a more successful teaching strategy. Of the 500 tweets, 37.4% of the PR strategy achieved high engagement, while IDR had higher engagement more often at 57.1%. Tweet creators that provided additional learning resources had higher engagement, which was done by 34% of individuals posting ECG content. Posting ECGs without specifying a target audience also resulted in higher engagement, which was done by 38.9% of tweet creators. **Conclusions:** When considering Twitter as a tool for ECG training, our results have shown that users can gain the most benefit by ensuring ECG content is publicly accessible, utilizing a PR teaching model and by providing additional resources for learners. This will facilitate the ongoing use of Twitter as a collaborative problem-solving platform and powerful educational tool, which will continue to provide the benefit of knowledge transfer from expert to trainee.



29

**PROLONGED COVID-19 AND SYNCOPE WITH ASYSTOLE**

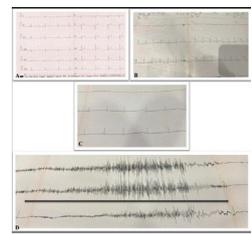
DR. ENRIQUE SANCHEZ HIZA<sup>1</sup>, DR. GUILLERMO ANTONIO LLAMAS ESPERÓN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CARDIOLÓGICA AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, MEXICO

Presentación E-Poster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Background:** A 23-year-old male who has been experiencing recurrent episodes of syncope for the past 6 months after contracting COVID-19, reports palpitations, headaches, and dizziness. Suspecting a case of vasovagal syncope and autonomic dysfunction, a 24-hour Holter study and tilt table test were performed. **Description of case:** The Holter study revealed intermittent 1st degree AV block and changes in heart rate variability. The tilt table test was performed with the patient in a supine position for 10 minutes, followed by passive tilting to an angle of 70°, with heart rate, blood pressure, and symptoms being recorded every 3 minutes (Figure 1 A-C). The patient experienced spontaneous syncope at minute 16 of the passive tilting phase, indicative of a cardioinhibitory response, with a 22-second asystolic pause (Figure 1D), followed by a spontaneous return to an alert state with sinus rhythm. It was confirmed that the patient has dysautonomic syndrome caused by prolonged COVID-19. A transthoracic echocardiogram revealed no abnormalities. No other severe complications related to SARS-CoV-2 infection were found. The patient was treated with fluoxetine 20 mg once daily, and received education on the disease, with a noticeable improvement in symptoms at 6 months of follow-up and no new episodes of syncope. **Discussion:** The mechanisms behind autonomic dysfunction associated with SARS-CoV-2 infection are still being studied, but it is believed to be caused by elevated levels of cytokines, persistent low-grade infection, direct tissue damage, and immune and hormonal deregulation. Acute autonomic dysfunction can have a significant impact on mortality, as it affects the respiratory, cardiovascular, and neurological systems. The most common phenotype of dysautonomia is postural orthostatic tachycardia syndrome, however, it is not well understood how many patients with syncope due to cardioinhibitory response exist and what their diagnostic and therapeutic implications may be. Medical and educational therapy are a good treatment option for patients with high vagal tone and no apparent risks in the short or long term or persistent undesirable changes in the intracardiac autonomic nervous system. Cardio-neuroablation is a safe treatment with good clinical outcome in most patients with neuromediated syncope or functional sinus dysfunction, however, its usefulness in cases of dysautonomia related to prolonged COVID-19 is unknown and it is not widely available in most health centers.

**Bibliography:**  
Suresh K, Alam MDU, Satkovich E. COVID-19-Associated Dysautonomia. Cureus. 2021 Aug 13;13(8):e17156.  
de Freitas RF, et al. Syncope and COVID-19 disease - A systematic review. Auton Neurosci. 2021 Nov;235:102872.



### 31

**INTERACCIÓN DEL MEDIO PÚBLICO Y PRIVADO PARA UNA RED DE INFARTO: QUÉ APRENDIMOS 400 DÍAS DESPUÉS?**

DR. NORBERTO BORNANCINI<sup>1</sup>, DR. ALFREDO SANCHEZ<sup>2</sup>, DRA. JULIETA SAVINI<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO SANTA CLARA TALAR, TALAR DE PACHECO, ARGENTINA, <sup>2</sup>MUNICIPALIDAD DE TIGRE, TIGRE, ARGENTINA

Presentación E-Poster VIII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** Red-IAM fue creada en noviembre de 2021 con la finalidad que recibir consultas de cardiología vía Tele-Medicina desde centros de salud y demanda espontánea de todo el Municipio de Tigre (Buenos Aires – Argentina) para de esta forma detectar en forma precoz IAM. En el caso de IAM los pacientes serían reperfundidos con Estreptoquinasa (STK) en el lugar de atención, en el caso de no contar con cobertura médica, o trasladados al centro privado para Angioplastia Coronaria Primaria (ATC), en el caso de contar con cobertura. El trabajo preliminar fue presentado en SIAC 2022 en la Ciudad de Miami (USA). **Objetivos:** Mostrar las fortalezas y debilidades de la Red IAM 400 días después de su puesta en marcha. **MATERIALES Y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo de cohorte longitudinal. Se incluyeron 550 consultas realizadas entre noviembre de 2021 y enero de 2023. Todas las consultas fueron realizadas vía Tele-Medicina (llamada + Electrocardiogramas). Las consultas permitían detectar IAM con supra ST y así activar derivación para ATC o inicio precoz de STK. **Resultados:** El 25% de las consultas correspondieron a IAM con supra desnivel del ST de los cuales el 30% fue derivado al centro privado para ATC con un tiempo promedio puerta-batón de 80 minutos; el 70% restante recibió STK con un tiempo puerta-aguja menor a 20 minutos. En comparación con el trabajo original se invirtió la relación STK-ATC, esto puede deberse al entrenamiento adquirido por los médicos de demanda espontánea; logrando también un descenso de 10 minutos en el tiempo puerta-aguja. En el caso de los pacientes destinados a ATC los traslados continuaron siendo con la red de emergencias pública. Durante el periodo evaluado se observaron 17 consultas sin resolver (3%), analizándolas el 70% correspondió a la no respuesta del especialista dada la hora de la consulta (siendo la misma respondida 8 hs mas tarde); 25% por mala conectividad del medico tratante y un 5% por desconocimiento del medico. **Conclusiones:** 400 días después de su puesta en marcha la articulación de medios públicos con privados para diagnóstico precoz en IAM mostro ser de gran utilidad y un modelo a replicar. Como fortalezas se destacan el uso rápido de STK siendo esto posible por la continua capacitación de los médicos de atención en cada centro de salud. Como debilidades: conectividad y respuesta 24/7 por parte del especialista, pudiendo estos puntos mejorar con inversiones por parte de los sistemas sanitarios.

### 32

**ERGOMETRIA EN ADULTOS MAYORES: ¿EL OCASO DE UN METODO O MAS VIGENTE QUE NUNCA?**

DRA. ANA KARINA QUINTERO TERÁN<sup>1</sup>, DR. NORBERTO BORNANCINI<sup>1</sup>, DR. RAFAEL POCILE<sup>2</sup>, DR. JOSMAR SOLIS<sup>1</sup>, DRA. ANDREA DUBRASKA CASTILLO BELLO<sup>1</sup>, DRA. CAMILA AGUSTINA ALVAREZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO SANTA CLARA TALAR, EL TALAR DE PACHECO, ARGENTINA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA (UAI), CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Presentación E-Poster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** La prueba ergométrica graduada de 12 derivaciones (PEG) es una de las herramientas más utilizada a la hora de valorar isquemia, sin embargo, en la población adulta mayor muchas veces es insuficiente, requiriendo completar la evaluación con otro método lo cual implica mayor logística para el paciente y encarece los costos para el sistema de salud. **Objetivos:** Mostrar si la PEG continúa siendo un método útil en población adulta mayor o si la misma debería ser reemplazada por otro método para valorar isquemia. **Materiales y metodos:** Estudio observacional, retrospectivo de cohorte longitudinal unicéntrico Se incluyeron 43 pacientes (19 mujeres) con un promedio de edad de 73 años a los cuales se les realizo PEG con el fin de valorar isquemia. La PEG se realizó en ciclo-ergómetro siguiendo los protocolos de la Sociedad Argentina de Cardiología – Consenso de Prueba Ergométrica. **Resultados:** 48.83% de las PEG (n=21) fueron insuficientes por no alcanzar el 85% de su frecuencia cardiaca máxima para la edad. Por su parte el 51.16% de las PEG fue suficiente. Al realizar un análisis de cada grupo, en las PEG que no alcanzaron el 85% se encontró 1 PEG positiva para isquemia mientras que en el grupo que si lo alcanzó se encontraron 5 PEG positivas (relación 1:5), de estas en un 98% se constató enfermedad coronaria significativa y posterior angioplastia coronaria. En el grupo de PEG insuficientes se realizó un seguimiento presencial a los 30, 60 y 90 días no evidenciando eventos cardiovasculares ni tampoco requerimiento de otro método para relevar isquemia. **Conclusiones:** Según lo observado por nuestro grupo de trabajo la PEG en adultos mayores continúa siendo un método valido para relevar isquemia (sensibilidad y especificidad mayor al 85%). En aquellos pacientes con PEG insuficiente el seguimiento es fundamental a fin analizar necesidad de otro método. Futuros trabajos con un N mayor de pacientes creemos aportara mayor evidencia.

### 33

**VALVULOPLASTIA EN TIEMPOS DE TAVI. REALIDAD DE UN CENTRO EN EL COURBANO BONARENSE ARGENTINO**

DRA. ANDREA CASTILLO<sup>1</sup>, DR NORBERTO BORNANCINI<sup>1</sup>, DR RAFAEL POCILE<sup>2</sup>, DR JOSMAR SOLIS<sup>1</sup>, DRA ANA KARINA QUINTERO TERAN<sup>1</sup>, DRA CAMILA AGUSTINA ALVAREZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO SANTA CLARA TALAR, PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA (UAI), CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Presentación E-Poster VIII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** El implante de la válvula aórtica por vía percutánea (TAVI) ha ganado cada vez mas terreno en los últimos años, tanto así que hoy en día hay registros de pacientes con TAVI con bajo riesgo prequirúrgico para reemplazo de la válvula aórtica por vía convencional. Si bien en Argentina existen centro con mas de 5 TAVI al día esto no es la generalidad, sino todo lo contrario. **Objetivos:** Mostrar la realidad de nuestro centro ubicado en las afueras de la ciudad autónoma de Buenos Aires (provincia de Buenos Aires, Argentina). **Materiales y metodos:** Estudio observacional retrospectivo de cohorte transversal. Es incluyeron 11 paciente (6 mujeres) con diagnóstico de estenosis aórtica severa (EAO s) entre enero de 2022 y enero 2023. Se definió como EAO s: área valvular (AVAo) es menor de 1 cm<sup>2</sup> o de 0,6 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> de superficie corporal. El promedio de edad fue 80.7 años. Todos los pacientes fueron evaluados por el Heart Team definiendo TAVI como tratamiento definitivo. A todos los pacientes se realizo valvuloplastia aórtica (VLP) con el fin de mejorar la sintomatología (90% en CF III. Recomendación II nivel de evidencia B). El AVAo promedio fue de 0,5 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> y el gradiente máximo promedio fue 50 mmHg. **Resultados:** Posterior a VLP en gradiente bajo mas de un 70% en el 98% de los pacientes considerando la VLP como exitosa. Sin embargo 365 días después ninguno de los pacientes accedió a TAVI y se observaron 2 muertes (18%) en el seguimiento. De los restantes pacientes 3 requirieron nueva VLP debido a Re internación por falla cardiaca (27%). **Conclusiones:** Si bien la TAVI gana terreno en los centros de altísima complejidad pacientes, en centros de mediana-alta complejidad, no cuentan con la misma suerte. Las políticas sanitarias para masificar el método deberían ser implementadas o bien generar una “Red-TAVI” para que los pacientes puedan ser resueltos a la brevedad evitando re internación y/o muerte.

```

    graph TD
      A[EA severa sintomática (estadio D)] --> B[Bajo riesgo quirúrgico]
      A --> C[Intermedio riesgo quirúrgico]
      A --> D[Alto riesgo quirúrgico]
      A --> E[Contraindicación quirúrgica]
      B --> B1[Crigo Class 1]
      C --> C1[Crigo Class 2]
      C --> C2[TAVI Class 1]
      D --> D1[TAVI Class 2]
      D --> D2[TAVI Class 3]
      E --> E1[TAVI Class 3]
  
```

Tabla 1.

### 34

**ALGORITMO BASADO EN ELECTROCARDIOGRAMA PARA LA OPTIMIZACION DE LAS CONSULTAS EN ATENCION PRIMARIA**

DR. NORBERTO BORNANCINI<sup>1</sup>, DR. LUIS FERNANDO LLANOS MESTRA<sup>2</sup>, DRA. YELIANA MENDOZA HUMANEZ<sup>2</sup>, DR. RAFAEL PORCILE<sup>3</sup>, DR. JOSMAR SOLIS<sup>1</sup>, DRA. ANA QUINTERO<sup>1</sup>, DRA. CAMILA ALVAREZ<sup>1</sup>, DRA. ANDREA CASTILLO<sup>1</sup>, DR. GASTON PROCOPIO<sup>4</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO SANTA CLARA TALAR, TALAR DE PACHECO, ARGENTINA, <sup>2</sup>IPS CAMINOS, CARTAGENA, COLOMBIA, <sup>3</sup>UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>4</sup>FUNDACION FAVALORO, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Presentación E-Poster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Introducción:** El electrocardiograma (EKG) es sin duda una de las prácticas más solicitadas en la actividad diaria de los médicos generales (MG), sin embargo, su correcta interpretación es oficio del especialista lo cual lleva en muchas ocasiones que el MG solicite interconsulta con el Cardiólogo para dicho informe. En el caso de los EKG patológicos la interconsulta es acertada, pero en aquellos sin valor patológico solo lentifican la atención y sobre cargan la agenda en un sistema de salud cada vez más saturado. **Objetivos:** Establecer, desde los EKG solicitados por MG, un algoritmo por el cual se optimicen los turnos, estudios complementarios e incluso derivaciones a servicios de urgencias pudiendo así tamizar las consultas con el especialista, impactando de esta manera no solo en mejoría de la atención de los pacientes sino optimizar los costos del sistema de salud. **Materiales y metodos:** Estudio prospectivo de cohorte longitudinal. Se analizaron 45.600 EKG desde el 1enero de 2021 al 1 enero de 2023, todos ellos solicitados por MG en centros de atención primaria. Se estableció EKG normal según estándar internacional. Los EKG fueron analizados por cardiólogos al momento de la realización y posteriormente el personal auxiliar aplico el algoritmo (fig. 1); teniendo así el paciente el informe en mano y la posterior cita correspondiente (MG, especialista, ecocardiograma y consulta con especialista o derivación a urgencias). **Resultados:** 80% de los EKG analizados resultaron normales (n=36480) por lo cual los pacientes fueron remitidos a MG. 20% resultaron patológicos (n=9120): 50% fueron debidos a trastornos en la repolarización (n=4560), a los cuales se le realizo ecocardiograma en la misma cita y posterior cita prioritaria con cardiología, 49% (n=4468) correspondió a fibrilación auricular o aleteo auricular, siendo remitidos también al especialista con cita prioritaria. 1% de los pacientes fueron remitidos a urgencias (n=140) por alteraciones como bloqueo auriculo ventricular completo y/o taquicardia/bradicardia no sinusal. Aplicando el algoritmo se redujo la demora con Cardiología en hasta 15 días, y se logró optimizar la derivación de pacientes urgentes mediante el servicio de emergencias. Por su parte solo el 0.7% de los pacientes fueron enviados al especialista pese al informe remitido **Conclusiones:** La utilización de un algoritmo basado en EKG podría ser de gran utilidad para la optimización de las consultas en atención primaria. Actualmente nos encontramos trabajando sobre un prototipo Machine Learning con el fin de poder optimizar en forma mas veloz la toma de decisión del personal.

```

    graph TD
      A[EKG] --> B[NORMAL]
      A --> C[ANORMAL POR]
      B --> B1[Seguimiento/Reevaluación clínica]
      B --> B2[ANALISIS]
      B --> B3[Exclusión/Desconexión]
      C --> C1[Seguimiento en su respectivo/ ausencia de R alterada]
      C --> C2[Seguimiento/ Reevaluación presencial]
      C --> C3[BMU conectado]
      C --> C4[Seguimiento/ Reevaluación presencial]
      B1 --> D[CONTROL POR MEDICO GENERAL]
      B2 --> D
      B3 --> D
      C1 --> E[CONTROL POR ESPECIALISTA]
      C2 --> E
      C3 --> F[REMITIR A URGENCIAS/PROTECCIÓN AMBULANCIA]
      C4 --> F
  
```

35

**EARLY MYOCARDIAL RESPONSE AFTER ON-PUMP CORONARY SURGERY IN HEART FAILURE PATIENTS WITH LEFT VENTRICLE DILATATION AND SEVERE MITRAL INSUFFICIENCY**

**DRA. NATALLIA MAROZ-VADALAZHSKAYA<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>BELARUSIAN STATE MEDICAL UNIVERSITY, MINSK, BELARUS

Presentación E-Póster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00  
 Postoperative prognosis is still controversial in heart failure (HF) patients with poor left ventricle (LV) function, secondary mitral insufficiency and LV dilatation. To assess an impact of the LV remodeling on early postoperative LV systolic function the study was performed. **Methods:** Totally 58 patients (55 men) in age 55.5±9.5 years with ischemic HF (NYHA 2.9±0.3), EDVI 115.9±28.6 ml/m<sup>2</sup>, LVMI 158.5±44.5 g/m<sup>2</sup>, LVEF 31.7±6.7%, PAPsys 49.8±12.6 mm Hg)with the preserved RV systolic function (FAC RV 35.8±13.8%) before surgery were undergone echo and low dose stress echo (LDE). Restrictive LV inflow pattern was revealed in 18 (42.8%), RV anormal relaxation – 19 (45.2%) and restrictive of vRV inflow pattern – 4 (9.5%) patients. Regarding the LV remodeling and end-diastolic diameter (EDD) patients were selected on two groups: gr.1 - 14 pts with EDD<60 mm, and gr.2 - 44 pts with EDD>60 mm. Groups were comparable in age, MR degree, PAPr, rate of LV plasty, but patients of gr.2 had larger LV (p=0.004), lower WMI (p=0.016) and RV inflow volume (p=0.011), higher coronary arteries revascularization score (p=0.01). During LDE patients of both groups had inotropic activity (WMI gr.1 p=0.004, gr.2 p=0.0001) with most significant improvement of contractility in antero-lateral segments in gr.1 and infero-lateral - in gr.2. In early follow-up period (6.5 days) 4 patients died in gr.2. **Results:** early after surgery a significant improvement of the myocardial contractility was revealed in the both groups. Patients of gr.1 had an increasing of antero-lateral segments contractility (LDE correlation r=0.6 p=0.01) with WMI improvement (p=0.014). Patients of gr.2 had more significant increasing of contractility in LDE viable segments (infero-lateral) and in anteroapical segments with dramatic improvement of WMI (p=0.00001). Additionally patients of gr.2 characterised by the increasing of preoperatively depleted RV inflow volume (p=0.0057) and falling of LV wall stress (p=0.045). LDE segmental contractility had no impact on postoperative local myocardial function, but more significant improvement of systolic function was found in gr.2. Conclusion. Early postoperative positive contractility response of volume overloaded left ventricle in patients with ischemic heart failure and secondary mitral regurgitation is not dependent on a degree of LV dilatation. Severe global LV remodeling represented in patients of gr.2 could be a reason of underestimation of viable segments. Visual assessment only of LV viability during LDE can fail essential data in heart failure patients with severe ischemic mitral insufficiency and should be controlled by more sensitive instruments such as myocardial deformation imaging.

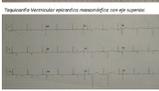
37

**BLOQUEO DE GANGLIO ESTRELLADO EN EL MANEJO DE TORMENTA ARRÍTMICA EN MIOCARDIOPATÍA CHAGASICA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

**DRA. CAROLINA VEGA CUELLAR<sup>1</sup>, DR. JUAN HURTADO, DR. JUAN DE DIOS GONZÁLEZ, DR JOSE AGUIRRE, DR JOSE ATENCIO**

<sup>1</sup>CARDIOVASCULAR INSTITUTE OF PANAMA, PANAMA, PANAMA

Presentación E-Póster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00  
**Historia Médica:** Cardiomiopatía Chagásica Descripción del Caso Clínico: Masculino de 56 años con diagnóstico de cardiomiopatía Chagásica portador de desfibrilador cardioplantable, en tratamiento médico óptimo y antiarrítmica amiodarona 200 mg diario. Ingres a urgencias con dolor torácico opresivo, palpitaciones y criodiarforesis, niega síncope, refiere descargas intermitentes las últimas 24 horas. A su ingreso presenta taquicardia ventricular monomórfica sostenida con frecuencia ventricular de 130 LPM de origen epicárdico en pared anterolateral del ventrículo izquierdo. Sin descarga apropiada del desfibrilador. Por inestabilidad hemodinámica se realiza cardioversión eléctrica externa con 100 Joules con retorno a ritmo Sinusal. No presenta desequilibrios hidroelectrolíticos, las troponinas cardiacas de alta sensibilidad ligeramente elevada e incremento de péptidos natriuréticos. El ecocardiograma muestra un ventrículo izquierdo severamente dilatado (VTDf 141 ml/m<sup>2</sup>) con acinesia apical, inferior e inferolateral en segmentos basales y medios, y acinesia de la pared anterolateral. Con función sistólica reducida (FEVI 3 D 27%) y llenado diastólico restrictivo. No se observan lesiones aneurismáticas o valvulopatías. La aurícula izquierda dilatada (61 ml/m<sup>2</sup>). Se inicia infusión de amiodarona y betabloqueantes, sin embargo, cursa con Taquicardia Ventricular sostenida refractaria a antiarrítmico sin descarga del desfibrilador. El electrocardiograma muestra taquicardia ventricular de 110 latidos por minutos, de origen epicárdico con eje superior. Se decide llevar a bloqueo unilateral de ganglio estrellado izquierdo guiado por fluoroscopia, localizando la unión del proceso transverso de C6 y C7 se infiltra bupivacaína 10% más lidocaína 5% sin complicaciones. La interrogación del dispositivo no registro arritmias ventriculares a las 72 horas del procedimiento. **Discusión:** La cardiomiopatía Chagásica crónica es altamente arritmogénica, con una incidencia anual de tormenta arrítmica del 9.1 % Los defectos de perfusión por lesión microvascular, así como la presencia de fibrosis conducen a la generación de arritmias ventriculares. Las regiones arritmogénicas se observan frecuentemente en la pared inferior, lateral e inferolateral siendo las lesiones subendocárdicas (26.8%) y transmural (36%) las mayormente descritas. La tormenta arrítmica se define como > 3 episodios de TV sostenida en el período de 24 horas. Riveiro y colaboradores no demostraron asociación entre la mortalidad y presencia de tormenta arrítmica en Chagas. El sistema nervioso autónomo juega un rol en el mantenimiento de arritmias ventriculares, especialmente en las tormentas arrítmicas. En pacientes refractarios al tratamiento farmacológico, el bloqueo unilateral izquierdo es de elección en pacientes conscientes o en urgencias como en nuestro caso. Se ha observado una reducción significativa hasta un 92% tras las 72 horas del procedimiento



36

**ESTUDIO RETROSPECTIVO EN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA. LA VISION DEL MEDICO DE FAMILIA.**

**DR. NORBERTO BORNANCINI<sup>1</sup>, DRA. CAMILA ALVAREZ<sup>1</sup>, DRA. ANA QUINTERO<sup>1</sup>, DR. JOSMAR SOLIS<sup>1</sup>, DRA. ANDREA CASTILLO<sup>1</sup>, DR. RAFAEL PORCILE<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>SANATORIO SANTA CLARA TALAR, TALAR DE PACHECO, ARGENTINA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA (UAI), CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Presentación E-Póster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00  
**Introducción:** La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome clínico, esto genera gran impacto en el aumento de costos a nivel socioeconómico tanto en hospitalizaciones como en la economía del paciente. Es fundamental para obtener éxito en el tratamiento que exista una buena adherencia al mismo, teniendo en cuenta el seguimiento y el cumplimiento por parte del paciente tanto; con el tratamiento indicado; como la asistencia a las citas pactadas para el control del mismo **Objetivos:** Evaluar adherencia del tratamiento médico- farmacológico, cambios de hábitos, de los pacientes que presentan insuficiencia cardiaca, partiendo para esto de la consulta con médico de familia (MF); tratando de lograr un correcto tamizaje para optimizar las consultas posteriores con el especialista. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, de tipo exploratorio cuantitativo experimental, en el cual se analizó una variable independiente, adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia cardiaca. Se incluyeron 600 pacientes (25% mujeres), entre octubre 2021 a diciembre 2022 a los cuales se les aplicó una encuesta validada (fig 1) con el fin de conocer algunos aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento. Además, se revisaron la historia clínica, para conocer el comportamiento de su enfermedad en el último año y la asistencia a consultas. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que presentaron diagnóstico de IC en tratamiento para el mismo, siendo este iniciado en la consulta con MF. Los datos fueron recogidos de las consultas de la base de datos institucional, luego se realizó consulta telefónica con cada paciente para realizar dicha encuesta. **Resultados:** El 40% de los pacientes toma la medicación sin supervisión familiar, mientras que alrededor del 93% de los mismos dijo que la familia elabora los alimentos de acuerdo con sus necesidades. La mayor adherencia se observó en aquellos pacientes que tuvieron seguimiento continuo y presencial como MF. Si bien una vez diagnosticados y realizados estudios para IC según el consenso de la Sociedad Argentina de Cardiología todos los pacientes fueron remitidos al Cardiólogo solo un 7% requirió seguimiento permanente por especialista, los demás continuaron seguimiento con MF con supervisión del especialista. **Conclusiones:** La adherencia es un punto clave en la evolución de los pacientes pero resulta fundamental la interacción entre el MF y el especialista en IC. Optimizar la atención e interacción entre especialistas mejoraría el pronóstico de nuestros pacientes.

ASPECTOS A EVALUAR	SIEMPRE	CA	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
¿Toma su medicamento en el tiempo establecido?	38	10	12		
¿Toma su dosis indicada?	52	8			
¿Cumple con las citas acordadas con su médico?	39	18		8	
¿Toma su medicamento según el programa prescrito?	41	15	2	1	
¿Realiza los chequeos de laboratorio indicados?	15	10	15	32	8
¿Mantiene un horario de medicación estable?	45	10	3		
¿El médico accede a su correo electrónico o WhatsApp?	12	2	3	15	28
¿El médico responde a mensajes de texto o correo electrónico?	19	21	2	6	53
¿El médico responde a mensajes de texto o correo electrónico fuera de su horario laboral?	28	17	5		
¿El médico atiende a los pacientes en su consulta?	8	15	14	16	
¿El médico atiende a los pacientes en su consulta?	8	10	18	11	13

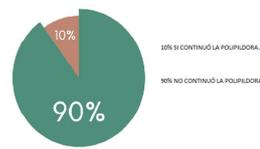
38

**POLYPILL EN EL MUNDO REAL: ¿REAL O UTOPIA? EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO EN BUENOS AIRES - ARGENTINA**

**DR. JOSMAR SOLIS<sup>1</sup>, DRA. ANA QUINTERO<sup>1</sup>, DRA. CAMILA ALVAREZ<sup>1</sup>, DRA. ANDREA CASTILLO<sup>1</sup>, DR. NORBERTO BORNANCINI<sup>1</sup>, DR. RAFAEL PORCILE<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>SANATORIO SANTA CLARA DE TALAR, EL TALAR - TIGRE, ARGENTINA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA, CABA, ARGENTINA

Presentación E-Póster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00  
**Introducción:** La alta incidencia de enfermedades cardiovasculares a nivel mundial ha llevado a los sistemas de salud a desarrollar cada año nuevas ideas para prevenir la aparición y progresión de estas enfermedades y así, por ende, reducir los costos que estas conllevan a largo plazo. El estudio SECURE mostro como con el combinado de Aspirina 100mg, Ramipril a dosis de 2.5, 5 y 10mg y Atorvastatina a dosis de 20 y 40 mg, 1 vez al día, mostro una disminución significativa en los puntos de muerte de causas cardiovascular, reinfarto e internación por angina. **Objetivos:** Valorar si lo expuesto en el SUCURE es replicable en nuestro medio teniendo en cuenta el sistema de salud y las distintas coberturas de los pacientes. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo de cohorte longitudinal unicéntrico. Se incluyeron 70 pacientes (33 Mujeres y 37 Hombres), Como criterios de inclusión se tomaron los mismo que en SECURE: Pacientes mayores a 75 años o con factores de riesgo cardiovasculares, IAM previo o revascularización coronaria previa. La edad promedio fue la 73 años. La presentación utilizada por los pacientes fue en comprimidos de OMNIPIL de 2,5mg, 5mg y 10mg. Se realizó un seguimiento presencial a 1, 3 y 6 meses del inicio del tratamiento. **Resultados:** De los 70 pacientes, solo el 10% continuó el tratamiento. La totalidad de los pacientes que suspendieron el tratamiento explicaron que la razón se debía a que la medicación no estaba en cubierta por su obra social, y por razones económicas no podían acceder al tratamiento de forma particular, a diferencia de los que continuaron el tratamiento quienes pudieron costear el mismo. En nuestra población no se registraron eventos isquémicos ni otras interurrencias en ninguna de las poblaciones, ya sea en quienes continuaron con la estrategia Polypill como en los que cambiaron a los mismos componentes como monodrogas. **Conclusiones:** Estos resultados muestran que, en nuestra población estudio en Argentina, conformada en su mayoría por pacientes jubilados que forman parte de la cobertura de PAMI (95.8%), las condiciones socioeconómicas no les permiten acceder al tratamiento y la indicación de las monodrogas sigue siendo de elección. Así mismo, en nuestro estudio el uso de la polipildora no mostró beneficios en comparación con los pacientes que continuaron el tratamiento con los mismos componentes en monodrogas.



### 39

**ESTUDIO COLABORATIVO DE ENDOMIOCARDIOFIBROSIS EN LAS AMÉRICAS (REGISTRO EMF-SIAC)**

DR. CRISTHIAN EMMANUEL SCATULARO<sup>1</sup>, DR. EDITH LILIANA POSADA MARTINEZ<sup>2</sup>, DR. CAROLINA ALBA<sup>3</sup>, DR. MARIA FLORENCIA RENEADO<sup>4</sup>, DR. MARIANO NAPOLI LLOBER<sup>5</sup>, DR. MELISSA ELFMAN<sup>6</sup>, DR. DIEGO PEREZ DE ARENAZA<sup>7</sup>, DR. MIRTA DIEZ<sup>8</sup>, DR. CLARA SILDARRIAGA<sup>9</sup>, DR. MARIA INES SOSA LIPRANDI<sup>10</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO DE LA TRINIDAD DE PALERMO, BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>2</sup>INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ, MEXICO DF, MEXICO, <sup>3</sup>PETER MUNK CARDIAC CENTRE, UNIVERSITY HEALTH NETWORK, TORONTO, CANADA, <sup>4</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION FAVALLORO, BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>5</sup>HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR COSME ARGERICH, BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>6</sup>SANATORIO GÜEMES, BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>7</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>8</sup>INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES, BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>9</sup>CLINICA CARDIOVID, MEDELLIN, COLOMBIA

Presentación E-Poster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Introducción y objetivo:** La endomiocardiopatía restrictiva caracterizada por la presencia de fibrosis subendocárdica secundaria a lesión miocárdica aguda por activación eosinofílica (hipereosinofilia idiopática, por mutaciones genéticas, o secundaria). En etapas tempranas con eosinofilia la inmunosupresión es eficaz, no así en la fase crónica donde la cirugía o el trasplante cardíaco son opciones factibles en centros especializados. Nuestro objetivo es describir las características de pacientes con EMF en América. **Metodología:** Estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo, incluyó pacientes mayores de 18 años con EMF diagnosticada mediante ecocardiografía, tomografía o resonancia cardíaca, según los criterios de Mocumbi (Tabla 1), en países de América. Se analizaron variables clínicas, bioquímicas y de imagen, y se realizó un análisis descriptivo. **Resultados:** Se incluyeron 54 pacientes con EMF, 28 varones (52%), y la mediana de edad fue 47 años (RIC 34-56). El 87% de los casos eran idiopáticos, 4 casos (7%) de origen genético familiar y 2 (4%) secundarios a quimioterapia. El 24% presentaba disnea habitual en clase funcional (CF) I de la NYHA, 28% en CF II y 31% en CF III. El 76% tenía antecedentes de hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC); 64% por congestión pulmonar, 48% congestión derecha predominante y 20% shock cardiogénico. El 35% presentaba antecedentes de fibrilación auricular (FA), 30% antecedentes de hospitalización por FA de alta respuesta y 15% por accidente cerebrovascular (ACV). El diagnóstico se realizó por ecocardiografía, y solo 38% por resonancia o tomografía cardíaca. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) promedio fue 52-14.8%, el 65% presentó FEVI preservada, 11% levemente reducida y 24% reducida. El 21% presentó insuficiencia mitral severa y 33% insuficiencia tricúspida severa. Otros antecedentes, manifestaciones clínicas, electrocardiográficas o bioquímicas, y variables estructurales y funcionales se presentan en la tabla 2. Se realizó biopsia endomiocárdica en 17 pacientes, de los que 16 presentaban fibrosis endocárdica. El 72% recibía betabloqueantes, 83% vasodilatadores, 7.4% inhibidores de los canales SGLT2, 26% amiodarona, y 61% anticoagulación por FA, embolia pulmonar o ACV. El 11% recibía corticoides y 4 pacientes imatinib. Se realizó resección subendocárdica en 9 pacientes y reemplazo de válvula mitral en 11 pacientes. El 28% tenía indicación de trasplante cardíaco. **Conclusión:** En nuestro estudio, los pacientes con EMF presentaron una elevada prevalencia de IC con FEVI preservada, FA y eventos embólicos. La ecocardiografía fue el método diagnóstico más utilizado. Se diagnosticó frecuentemente en la etapa crónica, sin eosinofilia asociada, cuando la inmunosupresión no suele ser efectiva



### 40

**VALIDEZ DEL ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL EN EL DIAGNÓSTICO DE ESTENOSIS CORONARIAS SEVERAS.**

DR. LILIAM GRETEL CISNEROS SÁNCHEZ<sup>1</sup>, EST. LÁZARO PUIG BENÍTEZ<sup>1</sup>, DR. ÁNGEL LUIS MENESES FOYO<sup>1</sup>, DR. GEOVEDY MARTÍNEZ GARCÍA<sup>1</sup>, DR. DENIA BONILLA PADRÓN<sup>1</sup>, DR. ANNIA MARÍA CARRERO VÁZQUEZ<sup>1</sup>, DR. NATALIA REINOSA PANEQUE<sup>1</sup>, DR. SONIA MARÍA SÁNCHEZ VALCÁRCEL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL GENERAL DOCENTE ENRIQUE CABRERA, LA HABANA, CUBA

Presentación E-Poster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** La contractilidad segmentaria evaluada por el ecocardiograma bidimensional (E2D) se puede usar para evaluar la magnitud de la enfermedad coronaria en pacientes con riesgo intermedio ingresados por un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST), en aras de una mejor estratificación. **Objetivo:** Determinar la validez del E2D en el diagnóstico de estenosis coronarias severas en pacientes con SCASEST. **Material y método:** Estudio observacional, analítico, transversal, en pacientes con diagnóstico de SCASEST y que durante su estadía se les realizó una angiografía coronaria invasiva. Previo al procedimiento se realizó E2D, para luego determinar la validez del ecocardiograma en el diagnóstico de estenosis coronarias severas, tomando como patrón de oro a la angiografía. **Resultados:** Se analizaron 108 pacientes, en el 87% de los casos se evidenció estenosis severa de al menos una de las coronarias. La sensibilidad del E2D para detectar enfermedad de 3 vasos fue de 17,50%, especificidad de 97,06%. La sensibilidad aumentó en la medida que fueron disminuyendo el número de coronarias con estenosis severas, mientras que la especificidad disminuyó. El valor predictivo positivo resultó de 20,00%, 21,79%, 19,05% y 33,33% para ninguna arteria con estenosis severa, 1 arteria, 2 arterias y 3 arterias respectivamente; mientras que el valor predictivo negativo (VPN) fue de 92,06%, 73,15%, 76,85% y 62,96%, siguiendo el orden anterior. **Conclusiones:** La sensibilidad del E2D para el diagnóstico de estenosis coronarias severas en los pacientes que sufrieron SCASEST aumentó en la medida que existieron menor número de arterias afectadas; mientras que la especificidad disminuyó. El E2D tuvo un elevado VPN para descartar estenosis coronarias severas.

### 42

**HEMOPERICARDIO ASOCIADO A INHIBIDOR DE TIROSINA-CINASA DE TERCERA GENERACIÓN EN PACIENTE PORTADOR DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CON MUTACIÓN T315I: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

DR. EDUARDO ALEXIS SEVERINO ANTONIO<sup>1</sup>, DR. JUAN ANTONIO ZÚÑIGA EUROZA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 47, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, CIUDAD DE MÉXICO, MEXICO

Presentación E-Poster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** La incidencia de eventos adversos asociados a ponatinib es muy elevada, siendo el agente más cardiotoxico de los inhibidores de tirosina-kinasas (ITK). Entre ellos destacan arritmias, falla cardíaca y enfermedad tromboembólica. Siendo la diabetes, hipertensión y enfermedad arterial coronaria los factores de riesgo más importantes. Sin embargo, en ocasiones la presentación clínica de los efectos cardiotoxicos suelen ser muy variables, lo cual conlleva un reto en su identificación. **Descripción del caso:** Femenino de 43 años con antecedente de leucemia mieloide crónica (LMC) desde 2005, en tratamiento con ponatinib por resistencia a dos líneas de ITK. Inicia padecimiento en noviembre 2022 con datos de falla cardíaca, valorada por cardiología determinando insuficiencia cardíaca crónica de FEVI reducida 35%, iniciando manejo farmacológico óptimo con buena respuesta. En diciembre 2022 inicia con dolor torácico 5/10, tipo punzante, acudiendo a valoración encontrándose con ruidos cardíacos rítmicos, tono disminuido, 88 latidos por minuto, soplo mitral holosistólico y tricúspideo holosistólico ambos grado I, respiratorio integra derrame pleural izquierdo. Paraclínicos con electrocardiograma ritmo sinusal, 86 latidos por minuto, QTc 415 milisegundos. Hemoglobina 9.7, leucocitos 43,500 y plaquetas 135,000. Radiografía de tórax con derrame pleural izquierdo y cardiomegalia grado II. Tomografía de tórax con derrame pericárdico y derrame pleural izquierdo con densidades de 45 unidades Hounsfield. Descartando descompensación de falla cardíaca con FEVI 58%, por ello se realiza toracoscopia con drenaje de hemotórax retenido y pericardiotomía anterior parcial con drenaje de hemopericardio 300 cc y epicarditis, colocando Kardia spiral. Reingresa a hematología, manteniéndose estable hemodinámicamente para continuar tratamiento. **Discusión:** Se resalta en la literatura a ponatinib con una incidencia del 25-64% de eventos oclusivos arteriales, entre otros (Tabla 1), sin embargo se mantiene como única opción en el tratamiento de LMC con mutación T315I. Al no contar con selectividad logra suprimir hasta 60 cinasas, con actividad contra VEGF1-3, EGFR, FGFR, RET, SRC, c-KIT y PDGFRA/B lo que resulta en depleción de óxido nítrico, agregación plaquetaria, disfunción endotelial y vasoespasmo, reducción de la angiogénesis y senescencia endotelial mediante Notch-1 y finalmente disregulación de la fosforilación de AKT y ERK esencial para la supervivencia del cardiomiocito. Lo cual inicialmente llevó a la paciente a falla cardíaca y posteriormente al alterar la homeostasis cardíaca, concluir con hemopericardio, el cual se propone sea incluido como manifestación de cardiotoxicidad, enfatizando en la falta de un modelo sistemático para predecir el índice de cardiotoxicidad en este grupo de pacientes.



### 43

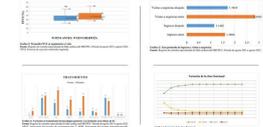
**IMPACTO EN LA MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES EN CLÍNICA DE FALLA CARDÍACA EN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN PÚBLICA. REGISTRO DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE FALLA CARDÍACA DEL HRUPEU**

DR. JOSÉ ALEXANDER MATOS GUZMÁN<sup>1</sup>, DR. SUSINELL MERCADO BELLIARD<sup>1</sup>, DR. EDWIN SAMUEL BALDERA ROQUE<sup>1</sup>, DR. LICURGO CRUZ<sup>1</sup>, DR. CARLOS JOSÉ FERMIN ACEVEDO<sup>1</sup>, DR. FRANCIS JOEL SANTIAGO AQUINO<sup>1</sup>, DR. JAIRY ANGELICA NUÑEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL PRESIDENTE ESTRELLA UREÑA, SANTIAGO, DOMINICAN REPUBLIC

Presentación trabajos libres para premio, Hub Innovación, junio 7, 2023, 9:00 - 11:00

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares suponen la principal causa de morbilidad mundial, generando un alto costo para el sistema sanitario. La IC contempla un punto crítico en la evolución natural de múltiples enfermedades cardíacas. Los programas de IC logran una reducción del número de muertes, hospitalizaciones y asistencias por sala de urgencias, mejorando así la calidad de vida de los pacientes y reduciendo los costos sanitarios. **Objetivo:** Determinar el impacto en la morbilidad y mortalidad que conlleva la creación de una clínica de falla cardíaca en un hospital público de tercer nivel en República Dominicana. **Metodología:** Correlación de variables comparativas en un periodo previo y posterior a la creación e inclusión de los pacientes en la consulta especializada de falla cardíaca. **Resultados:** Se dio seguimiento a 104 pacientes. 31% correspondieron al sexo femenino, las principales comorbilidades halladas fueron HTA (87.5%), DM2 (66.34%) y CI (55.76%). La FEVI promedio al inicio del registro fue de 34.18 ± 5.5%, donde 77.8% correspondían a IC con FE. En contraste al final del estudio la FEVI promedio estimada fue de 37.63 ± 7% persistiendo el predominio del fenotipo con FE. Durante el seguimiento la tasa de ingresos y visitas a urgencias redujeron de 1.58 a 1.14 y de 2.83 a 1.70 respectivamente, la mortalidad fue de 2.88% (n=3). La morbilidad y percepción de calidad de vida por los pacientes estimada por el cuestionario KCCQ-12 fue de 47.81 al inicio del registro y de 78.93 al cabo de este. **Conclusión:** La implementación de un programa especializado para los pacientes con IC impacta en la reducción de la morbilidad. En el seguimiento a un año este registro logra mostrar una reducción de la tasa de ingreso de 27.85%, reducción de visitas a urgencias de 39.93% y reducción de la mortalidad de 46.91%. Se observa además mejoría en la clase funcional y en la percepción de calidad de vida por los pacientes, donde de 3.85 y 32.69 % de pacientes en clase funcional IV y III; respectivamente, al inicio del registro. Se concluye el estudio con 0 pacientes en CF IV y solo 7.69 % en CF III. La implementación de programas similares impactará de manera beneficiosa y significativa en la morbilidad de los pacientes con falla cardíaca.



44

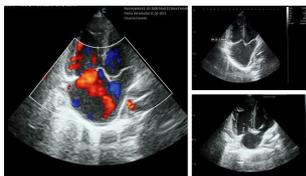
**SÍNDROME DE EISENMENGER Y EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

DRA. JAIRY ANGELICA NUÑEZ<sup>1</sup>, DR. JOSÉ ALEXANDER MATOS GUZMÁN<sup>1</sup>, DR. EDWIN SAMUEL BALDERA ROQUE<sup>1</sup>, DRA. SUSINELL MERCADO BELLIARD<sup>1</sup>, DR. LICURGO JACOB CRUZ DIAZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL PRESIDENTE ESTRELLA UREÑA, SANTIAGO, DOMINICAN REPUBLIC

Presentación E-Póster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Antecedentes:** El síndrome de Eisenmenger corresponde a trastornos desencadenados por la inversión del flujo sanguíneo entre la circulación pulmonar y sistémica. Presente en 18% de la población con cardiopatía congénita. 53% son derivaciones aorto-pulmonares, menos de 6% CIA. En las embarazadas las cardiopatías congénitas ocupan 2/3 de las cardiopatías diagnosticadas. Suelen cursar desapercibidas y un 5% desarrollará hipertensión pulmonar. **Descripción del caso:** Femenina, 21 años con cardiopatía congénita inespecífica, 3 gestaciones: 1 parto, 1 aborto y actualmente con 8 semanas de gestación. Acude vía emergencia por disnea, cefalea, cianosis central y periférica, taquipnea. Presenta saturación periférica de 86%. Es admitida por servicio de obstetricia y presentada a servicio de cardiología. A la evaluación resalta acropaquias en extremidades, ritmo regular, R2 ampliado, soplo sistólico I/VI en foco mitral con irradiación a precordio y tórax posterior. Ecocardiograma transtorácico muestra defecto interauricular tipo CIA ostium secundum con morfología de aurícula única, hipertrofia ventricular derecha, una relación flujo pulmonar/flujo sistémico (Qp:Qs) de 0.79 lo que reflejando inversión del flujo, provocando aumento de presiones en cavidades derechas e hipertensión arterial pulmonar. Otros hallazgos paraneóxicos: poliglobulia (Hemoglobina: 16.3 g/dL y hematocrito: 50.1%) y ligera ferropenia (ferritina 247 ng/dL). **Discusión:** Los distintos estimadores de riesgo en el embarazo aunado a hipertensión pulmonar (OMSm, ZAHARA, CARPREG II) estiman una mortalidad materno fetal entre el 40 y 100% de los casos, las recomendaciones por los distintos algoritmos de manejos contemplan el desembrazo como principal opción. Alternativa que en nuestro medio por las implicaciones legales y éticas no son factibles. Cuando se decide la continuación del embarazo las directrices son escasas. Se basan principalmente en el seguimiento estricto de la paciente, la corrección de la anemia y/o la ferropenia, medidas trombotrópicas, con lo es la anticoagulación parenteral, la adecuada hidratación y evitar el sedentarismo. Además, se debe prever un parto pretérmino por lo que es necesario la orientación sobre la inducción de maduración pulmonar fetal durante el seguimiento, así como la vía del parto y el tipo de anestesia a recomendar, donde lo ideal es el parto vía cesárea y la anestesia epidural buscando evitar la sobrecarga pulmonar y empeorar la condición clínica de la paciente por un aumento significativo de la presión sistólica de la arteria pulmonar. Es necesario resaltar que aun con la aplicación de dichas medidas el porcentaje de mortalidad materno-fetal no es modificable.



47

**ANTI-PSYCHOTICS DRUGS AND CARDIOVASCULAR EFFECTS: SYSTEMATIC REVIEW**

DR. MARIANO NAPOLI<sup>1</sup>, DR. JUAN FARINA<sup>2</sup>, DR. COLLA JULIAN<sup>1</sup>, DR. EZEQUIEL LERECHE<sup>3</sup>, DR. GONZALO PEREZ<sup>4</sup>, DR. EZEQUIEL ZAIDEL<sup>5</sup>, DR. ADRIAN BARANCHUK<sup>6</sup>

<sup>1</sup>DR. COSME ARGERICH'S ACUTE GENERAL HOSPITAL, ARGENTINA, <sup>2</sup>MAYO CLINIC, PHOENIX, UNITED STATES OF AMERICA, <sup>3</sup>DR. CARLOS G. DURAND'S ACUTE GENERAL HOSPITAL, CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>4</sup>OLIVOS CLINIC, CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>5</sup>GUEMES'S HOSPITAL, CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>6</sup>KINGSTON HEALTH SCIENCES CENTRE, CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES

Presentación E-Póster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Brief introduction:** Antipsychotics drugs have been associated with cardiac adverse effects, such as arrhythmias, myocardial infarction and myocarditis. In order to evaluate the available evidence of antipsychotics with consideration of cardiovascular side effects, we conducted a systematic review. **Objective:** The purpose of this review is to identify, evaluate and synthesize available evidence on the cardiovascular effects of antipsychotics, and to determine which drugs are safer, achieving a better understanding of the pharmacology of these drugs, and the mechanisms involved in serious cardiovascular events. **Materials and methods:** PubMed library was searched, up to March 2022, for randomized controlled trials, cohort studies, and case-control studies that investigated the association between antipsychotics and the risk of cardiovascular events. We followed the PRISMA guidelines for data search, selection and extraction. **Results:** Six studies were included in our analyses. Postural hypotension was the most frequent cardiovascular adverse effect reported, and occurred with all antipsychotics. Clozapine and quetiapine had the greatest incidence, with 24% and 27% respectively. Antipsychotics use was associated with an increase in the risk for ventricular arrhythmia (OR 1.31 [95% CI 0.97-1.77]) and myocardial infarction (OR 1.88, [95% CI 1.39-2.54]), mainly with the use of phenothiazines (chlorpromazine and thioridazine). **Conclusion:** Our findings show a significant association between antipsychotics use and an increased risk for cardiovascular effects. The use of phenothiazines ranked with the highest probability for cardiovascular adverse events.

Adverse effect	SSA (n=100)	SSA (n=100)	SSA (n=100)	SSA (n=100)					
				Quetiapine	Clozapine	Olanzapine	Quetiapine	Risperidone	Sziphoterone
Postural hypotension	***	*	*	***	*	**	**	**	*
Prolonged QT interval	***	*	*	*	*	*	*	*	**
Myocardial infarction	**	**	*	*	*	*	*	*	*
Myocarditis	0	0	0	**	0	0	0	0	0

48

**BRUGADA SYNDROME PRESENTING WITH THORACIC PAIN AS AN INITIAL SYMPTOM: A CASE REPORT ILLUSTRATING DIAGNOSTIC CONSIDERATIONS**

DR. ENRIQUE SANCHEZ HIZA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CARDIOLÓGICA AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, MEXICO

Presentación E-Póster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

Brugada Syndrome (BS) is a congenital or acquired channelopathy which can be a determining factor for ventricular tachycardia and/or ventricular fibrillation (VT/VF) causing sudden cardiac death (SCD). This is a case of a male with chest pain and sinus node dysfunction as an initial presentation of Brugada Syndrome. A 30-year-old male presented to the emergency department with symptoms of chest pain, sweating, vertigo, palpitations, and nausea. Upon physical examination, no abnormal findings were noted, including normal vital signs. Cardiac enzymes and laboratory results were also within normal ranges, troponin level of 0.200 ng/ml. An initial electrocardiogram showed evidence of sinus node dysfunction (Figure 1A), and echocardiography was performed with no structural abnormalities detected. CT scan was conducted and did not reveal any irregularities in the coronary arteries. To further investigate the patient's condition, another electrocardiogram was performed with leads V1 and V2 positioned in the second intercostal space due to a suspicion of Brugada Syndrome (BS). This resulted in a type 2 pattern being documented (Figure 1B). A pharmacological test using oral flecainide (400 mg) was administered and continuous monitoring was performed via serial electrocardiograms. This revealed a right bundle branch block pattern in leads V1 and V2, later transforming into a type 2 pattern of Brugada Syndrome. The angle b was measured at 52 degrees, with ST segment elevation from the baseline greater than 2 millimeters. The distance from the base of the r' wave triangle to the maximum elevation point was 5.5 millimeters, with a distance from the base triangle line to the isoelectric line of 2 millimeters, and a base triangle length of 80 milliseconds. The QTc Bazett interval was recorded as 365 milliseconds. At the time of conversion, the ST segment elevation remained greater than 2 millimeters in leads V1 and V2, accompanied by T wave inversion, which is consistent with a type 1 pattern of Brugada Syndrome (Figure 2). Chest pain is a very infrequent initial symptom of Brugada Syndrome and the electrocardiographic analysis allows for the diagnosis of BS. BS should be suspected in any patient with a family history of SCD, palpitations, chest pain, dyspnea, and a right bundle branch block electrocardiographic pattern. In the presented case, sinus node death was considered the pivot for the diagnostic suspicion. The type 1 pattern of BS can be obtained through a pharmacological test or spontaneously. The patient underwent a genetic test with a positive result.

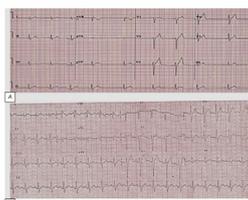


Figure 1. A) The electrocardiogram shows sinus node dysfunction with a prolonged QTc interval. B) The electrocardiogram shows a type 2 pattern of Brugada Syndrome with a right bundle branch block pattern.

49

**ORIGEN ANÓMALO DE ARTERIA CIRCUNFLAJA ASOCIADA A ANGINA VASOESPÁSTICA**

DR. JORGE ALBERTO RIVERA PINEDA<sup>1</sup>, DR JOEL FALLA GALIANO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA, GUATEMALA

Presentación E-Póster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** El origen anómalo de la arteria coronaria circunfleja a partir de la arteria coronaria derecha posee una incidencia global menor al 1% por cada 300,000 nacidos vivos. La presentación puede variar desde ser un hallazgo incidental, hasta muerte súbita. Se han propuesto varias teorías para explicar el mecanismo de isquemia en éstas anomalías sin poderlas demostrar totalmente. Uno de los aspectos más controversiales es la actitud terapéutica ante la ausencia de guías, registros y estudios controlados que respondan a esta pregunta. **Descripción del caso:** Masculino 33 años, antecedentes de tabaquismo crónico, obesidad e infección por COVID reciente. Refirió historia de dolor retroesternal opresivo de 8 horas de evolución. Consulta a nuestro centro para documentar electrocardiograma con lesión subepicárdica e isquemia subepicárdica cara inferior. Se administrada fibrinolítico con criterios de efectividad y transferido a nuestro centro para angiocoronariografía. ETT mostró VI con remodelado concéntrico y función sistólica preservada a pesar de hipocinesia de pared inferior en todos sus segmentos. En sala de hemodinamia con abordaje radial se documenta ausencia de arteria circunfleja al paso del contraste en arteria coronaria izquierda con nacimiento desde la coronaria derecha. Durante procedimiento el paciente presenta espasmo de la arteria radial por lo que fue necesario cambiar abordaje a femoral. Procedimiento finaliza sin complicaciones inmediatas y egresa con adecuada evolución. **Discusión:** El nacimiento anómalo de la circunfleja ha sido descrito desde la coronaria derecha, seno de Valsalva derecho u origen aislado de la descendente anterior. Existen clasificaciones propuestas donde categorizan a las anomalías como: anomalías del origen y trayecto, intrínsecas de la anatomía, de la terminación y en conexión. A pesar de que estas anomalías se asocian a muerte súbita en 0.6%, son usualmente asintomáticas en un 80% de los casos y 20% restantes iniciará con arritmias, síncope, infarto o muerte súbita, siendo la segunda causa más común de muerte cardíaca en jóvenes atletas. Varias teorías proponen mecanismos productores de la isquemia, pero ninguna está claramente demostrada. Algunos autores consideran que el mecanismo de isquemia es debido a un espasmo como resultado de un daño endotelial fruto del trayecto anómalo. En cuanto a la actitud terapéutica, éste constituye uno de los aspectos más controvertidos de esta afección ante la ausencia de guías oficiales, series y estudios controlados que respondan esta pregunta, lo cual hace necesario priorizar la realización de registros que permitan describir la incidencia de estas anomalías, así como su morbilidad, pronóstico y tratamiento.



52

**EFFECT OF INTERMEDIATE-TERM FIREWOOD SMOKE AIR POLLUTION ON CARDIOMETABOLIC RISK FACTORS AND INFLAMMATORY MARKERS**DR. FERNANDO LANAS<sup>1</sup>, DR NICOLÁS SAAVEDRA, DR KATHLEEN SAAVEDRA, DR MONTSERRAT HEVIA, DR PAMELA SERÓN, DR LUIS SALAZAR<sup>1</sup>UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA, TEMUCO, CHILE

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Background:** Temuco is a city located in Southern Chile and has elevated levels of air pollution (AP), mainly due to the use of wood as combustion throughout the cold season. The aim of the study was to assess the differences in cardiometabolic risk factors, estimated cardiovascular risk, and blood level of inflammatory markers between high AP (HAP) and low AP (LAP) period. **Methods:** A prospective panel study was conducted between January to September 2018. Air pollution was assessed by PM2.5 concentration. Ninety individuals from the general population were included in the study. Measurements were performed in the HAP and LAP, including medical history and lifestyle, physical activity assessment, physical exam, fasting blood samples for glucose, lipids, and circulatory inflammatory mediators. **Results:** in the high air pollution period systolic blood pressure was 3 mmHg higher ( $p=9.05$ ). HDL-cholesterol was 14.2 mg/dL lower ( $p<0.001$ ), Framingham risk score increases from 14.5 to 18.0 ( $p<0.001$ ), and highly significant lower levels of interleukins, MCP1, MMP1, MMP2, sICAM, and svCAM were observed. **Conclusions:** HAP was associated with an increase in cardiometabolic risk factors and estimated cardiovascular risk. However, a lower level of circulating acute inflammatory molecules was observed

54

**SÍNDROME DE TAKOTSUBO EN EL CONTEXTO DE CHOQUE SÉPTICO, REPORTE DE UN CASO.**DR. ALFONSO SANCHEZ CARDEL<sup>1</sup>, DRA YOLOXÓCHITL GARCÍA JÍMEZ<sup>1</sup>, DR ANDRÉS AGUILAR SILVA<sup>1</sup><sup>1</sup>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, VERACRUZ, MEXICO

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes:** El choque séptico condiciona una alta morbilidad y se ha asociado con miocardiopatía séptica, desarrollando disfunción ventricular debido a elevación de catecolaminas por estrés y la propia sepsis. Esto puede favorecer precordialgia, elevación de biomarcadores cardíacos, alteraciones electrocardiográficas y ecocardiográficamente alteraciones de la movilidad, sin involucro obstructivo de la vasculatura coronaria. Se ha documentado que existe disfunción ventricular izquierda en alrededor de cincuenta por ciento de los pacientes con choque séptico documentado, los cuales desarrollaron datos de disfunción moderada a grave de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo evaluada mediante ventriculografía y hemodinámica con radionúclidos. **Descripción del caso:** Mujer de 76 años, con fibrosis pulmonar y colecistectomía laparoscópica con derivación biliar digestiva hepato-yeyunal y anastomosis en Y de Roux. Presenta en el posoperatorio mediano fiebre, precordialgia 10/10 con irradiación submandibular con taicardia e hipotensión. El electrocardiograma con supradesnivel del segmento ST anterior extenso, realizándose angiografía coronaria sin observarse lesiones epicárdicas obstructivas y en ventriculograma apical ballooning FEVI 54 %. TAC: absceso de pared abdominal e inguinal derecho. Evolución hemodinámica y bioquímica con choque séptico que remitió con vasopresores, cristaloides y antibióticoterapia. **Métodos:** En la búsqueda bibliográfica de revistas indexadas en PubMed con palabras claves: sepsis, Takotsubo, se encontró que el choque séptico es un desencadenante de disfunción ventricular hasta en el 2.8%, aunque otras series reportan el 7.5%. **Resultados y conclusiones:** El síndrome de Takotsubo es una disfunción miocárdica severa en ausencia de obstrucción significativa coronaria, predominando en mujeres. El patrón de hiperkinesia apical ocurre en un 80%, como se presentó en nuestro caso. El diagnóstico es desafiante ante condicionantes complejas como el choque séptico. Siendo necesario la angiografía coronaria y el ecocardiograma para descartar lesiones coronarias y presencia de alteraciones de la movilidad respectivamente. Sin embargo, estudios intracoronarios de imagen, funcionales vasculares y resonancia magnética son necesarios para determinar la etiología específica. El manejo farmacológico y seguimiento de la paciente es indispensable ante un mayor riesgo de nuevos cardiovasculares descritos por esta etiología.



55

**REPORTE DE CASO: REPARACIÓN VALVULAR MITRAL CON DISPOSITIVO MITRACLIP EN PACIENTE CON TRANSPLANTE RENAL.**DR. ALFONSO SANCHEZ CARDEL<sup>1</sup>, DRA YOLOXÓCHITL GARCÍA JÍMEZ<sup>1</sup>, DR ANDRÉS AGUILAR SILVA<sup>1</sup>, DR JUAN IGNACIO SOTO GONZÁLEZ<sup>1</sup>, DRA MARIANA JAZMÍN HERNÁNDEZ BRAVO<sup>1</sup><sup>1</sup>IMSS, VERACRUZ, MEXICO

Presentación E-Póster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** La insuficiencia mitral corresponde a la segunda valvulopatía más frecuente, siendo resultado de un desequilibrio entre las fuerzas de cierre y sujeción secundario a alteraciones en la geometría del VI y la AI. Los receptores de trasplante renal tienen un mayor riesgo de desarrollar valvulopatía cardíaca, incluida la insuficiencia mitral, con una incidencia reportada de 16.8-44.9 %, sin embargo, en pacientes con insuficiencia cardíaca y ERC llega a alcanzar al menos mas del 50 % de dicha población. **Descripción del caso:** Masculino de 32 años, antecedente de trasplante renal de donador vivo relacionado en 2018, antecedente de RA Banff IA, portador de hepatitis autoinmune, enfermedad celíaca, gastritis crónica inespecífica y duodenitis crónica, tuberculosis pulmonar en 2017 cumpliendo tratamiento antifímico, infección por SARS-COV 2 en 2020 con agudización de la función del injerto. Refiere haber cursado desde hace 1 año con disnea progresiva llegando al reposo, edema de miembros inferiores. Inicia protocolo diagnóstico con realización de estudio ecocardiográfico documentando FEVI 46 % e insuficiencia mitral con criterios de severidad. Estudios de laboratorio Leucocitos 6, neutrofilos 2.61, linfocitos 2, PLT 497.000. Glucosa 97. BUN 74, Urea 158, Creatinina 5, Colesterol 203. Triglicéridos 129. Considerándose como paciente con riesgo quirúrgico elevado, siendo propuesta realización de reparación mitral percutánea. **Métodos:** Se realizó implante de dispositivo tipo clip mitral, sin complicaciones reportadas. **Discusión:** El tratamiento de la insuficiencia mitral grave entre los receptores de trasplante renal plantea un dilema desafiante ya que poseen un alto riesgo postoperatorio con el reemplazo quirúrgico de la válvula mitral. La presencia de enfermedad renal con insuficiencia mitral grave conduce a un aumento de casi el triple de la mortalidad. La observación de la mejora en la función renal después de la implantación del dispositivo ha generado la hipótesis de que las mejoras hemodinámicas que resultan de la reparación de la válvula mitral percutánea pueden mejorar la función renal.

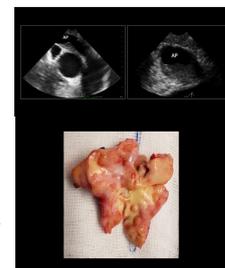


60

**ARTERITIS DE TAKAYASU Y COMPROMISO DE ARTERIA PULMONAR: UNA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR TORÁCICO**DR JULIÁN COLLA<sup>1</sup>, DR GONZALO EMANUEL PÉREZ<sup>1</sup>, DR IGNACIO M RAGGIO<sup>1</sup>, DR ANTONIO PIAZZA<sup>1</sup>, DR SEBASTIÁN NANI<sup>1</sup><sup>1</sup>CLÍNICA OLIVOS, BUENOS AIRES, ARGENTINA

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes:** La Arteritis de Takayasu es una vasculitis granulomatosa crónica, de etiología desconocida, que afecta primariamente la Aorta y sus ramas, y de manera menos frecuente a la arteria Pulmonar. **Descripción del caso:** Mujer de 45 años de edad, sin antecedentes clínicos de relevancia. Se interna por dolor torácico opresivo en clase funcional variable, asociado a disnea progresiva y sudoración nocturna de dos semanas de evolución. Al examen físico no se encontraron hallazgos patológicos de relevancia. Se realizó laboratorio, biomarcadores cardíacos, electrocardiograma y ecocardiograma transtorácico dentro de parámetros de normalidad. Por sospecha de TEP, se realizó Angio-Tomografía Computada de tórax con contraste que evidenció tejido de densidad intermedia en mediastino, con signos de infiltración de la pared del tronco de la arteria pulmonar, extendiéndose hacia luz de la rama derecha principal. Se realizaron otros estudios complementarios diagnósticos: ETE (ecocardiograma transesofágico); evidenció lesión endovascular en tercio medio del tronco de arteria pulmonar (Imagen 1); RMN (resonancia magnética) cardíaca: tejido de aspecto inflamatorio en mediastino, con opacidad filiforme en origen de rama pulmonar derecha. Tomografía por emisión de positrones : tejido hipodenso en mediastino medio de etiología inflamatoria, sin signos de trombosis. SUV 4.4. Biopsia por mediastinoscopia y endovascular, sin resultados concluyentes. Ante la sospecha de patología neoplásica, se decidió conducta quirúrgica, con resección de masa tumoral en arteria Pulmonar (imagen 2) y reemplazo de arteria Pulmonar y ramas principales con prótesis bifurcada. Cursó postoperatorio sin interurrencias. Como hallazgo diagnóstico en estudio histopatológico, se evidenció proceso inflamatorio vasculítico, con diagnóstico de arteritis granulomatosa necrotizante con células gigantes, compatible con Arteritis de Takayasu. La paciente recibió tratamiento corticoide en altas dosis con mejoría clínica y sin recidiva posterior. **Discusión:** La arteritis de Takayasu corresponde a una entidad poco frecuente y grave. El 90% de los casos, se presenta en mujeres, con una edad de inicio entre los 10-40 años. El compromiso de arteria pulmonar, como el caso de nuestra paciente, es infrecuente y puede dar síntomas variados y poco específicos, incluyendo dolor torácico, disnea y hemoptisis, que dificultan el diagnóstico inicial. El tratamiento farmacológico con corticoides e inmunosupresores puede lograr la remisión en un 60%. La terapia endovascular pulmonar se utiliza en casos seleccionados, siendo la resolución quirúrgica otra opción terapéutica adecuada.



61

HIPERTENSIÓN SECUNDARIA EN PACIENTE CON DOBLE ORIFICIO MITRAL

DR. ROBERTO ARREGUI<sup>1</sup>, DR. ROBERT JAVIER ORDÓÑEZ GARCÍA<sup>1</sup>, DR. RAMIRO VALAREZO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AXXIS HOSPITAL, QUITO, ECUADOR

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes:** Presentamos el caso de mujer de 28 años, residente en localidad florícola (uso de pesticidas) con antecedente de primer episodio hipertensivo tras intervención quirúrgica, posterior a lo cual cursa cuadros refractarios y episodios recurrentes de crisis hipertensiva. Finalmente es valorada por cardiología, quienes tras estudios complementarios de imagen conllevan a diagnóstico de Doble orificio mitral (DOM) y coartación aórtica. **Descripción del caso:** Se trata de una paciente con cuadro de 3 años de dolor retroesternal punzante, disnea de medianos esfuerzos y crisis hipertensivas con cifras de hasta 220/170mmHg, que en su abordaje inicial se descartó etiología autoinmune-endorina. Debido a refractariedad, es referida a cardiología. Se documentó soplo sistólico mitral grado-III, diferencia de presión en extremidades (Derecho: 145/95 mmHg; izquierdo 165/105mmHg) y pulsos distales disminuidos. Electrocardiograma: BCRDHH más dilatación de aurícula derecha. Eco-transorácico: coartación de aorta grave (gradiente máximo 60 mmHg), aparente mitral tipo paracáldas y v. aórtica bivalva tipo I, disfunción diastólica grado II, hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo, FEVI 61%, PSAP 24mmHg. Para confirmación se realizó Eco-transesofágico: coartación de aorta (gradiente máximo: 63 mmHg) y circulación colateral complementaria, doble orificio mitral con estenosis ligera, músculos papilares accesorios con inserciones independientes de cuerdas tendinosas. Se cataloga como DOM asociado a coartación de aorta grave. En angiología: coartación aórtica distal, prominencia de arterias subclavas y tronco braquiocéfálico más múltiples colaterales. Se planificó angioplastia y colocación de stent endovascular aórtico, con resultados favorables. **Discusión:** La hipertensión secundaria a Coartación aórtica representa el 0.1-1%. Siendo esta una probabilidad mayor en pacientes jóvenes (12-18 años). Sin embargo, la asociación entre coartación y DOM es incierta. Este último se trata de una anomalía congénita rara, con incidencia de 0,06%, caracterizada por un defecto en el aparato subvalvular, consistente en un puente fibroso que divide parcial o completamente la válvula mitral en dos orificios. Probablemente relacionada a un defecto embrionario del cojinetes endocárdico. Su clínica puede ser la de una disfunción mitral o de los defectos asociados. Reportamos caso de hipertensión secundaria, con evidencia de coartación de aorta severa, DOM excéntrico con aparato subvalvular independiente. El diagnóstico se dilató por varios años, hasta finalmente poder ofrecer tratamiento especializado. Epidemiológicamente el DOM es poco caracterizado y no se conoce con exactitud su asociación con coartación aórtica. Hasta el momento solo se plantea ofrecer intervención valvular en etapa de disfunción o corrección de los demás defectos. Es imperante un análisis completo de esta patología y manejo multidisciplinario.



63

DIFFERENCES IN AGGRESSION AND ABUSE AGAINST HEALTH CARE PROVIDERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC ACCORDING TO LATIN-AMERICAN REGIONS

DR. FRANKLIN ESTEBAN CUEVA TORRES<sup>1</sup>, DR. JUAN MARÍA FARINA, DR. GARCIA ZAMORA SEBASTIAN, SHYLA GUPTA, DR. MARIA GABRIELA MATTA, IVAN MENDOZA, DR. ALVARO SOSA-LIPRANDI, DR. DIEGO X CHANGO, ANA MUNERA, DR. ADRIAN BARANCHUK

<sup>1</sup>CARDIOLOGY DEPARTMENT, CARDIOVASCULAR CENTER - CARDIOFE, LOJA, ECUADOR., LOJA, ECUADOR

Presentación E-Póster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Introduction:** Workplace violence against healthcare workers (HCW) is a significant problem in Latin America and increasing complaints of violence have been reported during the COVID-19 pandemic. How the regional heterogeneity in healthcare delivery in Latin America could affect rates of aggression against HCW remains unknown. **Objectives:** To compare the rates of workplace violence against HCW in different regions of Latin America during the COVID-19 pandemic. **Material and methods:** A cross-sectional electronic survey was conducted between January 11th and February 28th, 2022, to delineate the violent behavior against front-line HCW in Latin America. The study participants were divided into 3 regions: Region 1 (North, Central, and Caribbean region); Region 2 (Andean region); and Region 3 (Southern cone region). **Results:** A total of 3544 participants from 19 countries were included (58.5% were women). Most of the participants were physicians (70.5%), followed by nurses (16.0%) and other health team members (13.5%). The majority of the HCW lived in region 3 (65.1%), whereas a similar proportion lived in regions 1 and 2 (12.8% and 22.1%). Overall, 54.8% of the healthcare workers reported acts of violence (43.6% in region 1, 54.1% in region 2, and 60.9% in region 3, p<0.001). Among them, 95.6% reported that they had suffered verbal abuse (94.8% in region 1, 96.4% in region 2, and 97.7% in region 3, p=0.050) and 11.1% physical abuse (10.2% in region 1, 6.5% in region 2 and 10.4% in region 3, p=0.071). Regarding the frequency of workplace violence, rates of daily episodes of aggression were 5.7% in region 1, 14.9% in region 2, and 13.4% in region 3 (p=0.001). Notably, more than half of the participants experimented with post-event symptoms after an act of violence: 33.49% in region 1, 43.38% in region 2, and 52.29% in region 3 (p=0.001). In a logistic regression model to explore the characteristics associated with suffering violence by regions, participants who worked directly with COVID-19 patients were at a higher risk in all three regions, and women workers more frequently reported aggressions in region 3. A lower probability of abuse was observed at older ages in all the regions. **Conclusions:** Workplace violence against HCW was alarmingly high across the three regions of Latin America during the COVID-19 pandemic. The data suggest that region 3 could have the poorest indexes. Cultural and regional differences should be taken into account to develop strategies to minimize the impact of this worldwide problem.

65

DENGUE GRAVE. NO OLVIDAR EVALUACIÓN CON ELECTROCARDIOGRAMA

DR. IVAN MENDOZA MUJICA<sup>1</sup>, DR. OSCAR NOYA<sup>1</sup>, DRA. KARINA GONZÁLEZ CARTA<sup>2</sup>, DR. IVAN MENDOZA BRITTO<sup>3</sup>, DR. ADRIAN BARANCHUK<sup>4</sup>

<sup>1</sup>CARDIOLOGÍA TROPICAL, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, CARACAS, VENEZUELA, <sup>2</sup>CLINICA MAYO, ROCHESTER, UNITED STATES, <sup>3</sup>JACKSON MEMORIAL HOSPITAL, MIAMI, UNITED STATES, <sup>4</sup>DIVISION OF CARDIOLOGY, KINGSTON HEALTH SCIENCE CENTER, QUEEN'S UNIVERSITY, KINGSTON, CANADA

Presentación E-Póster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Antecedentes:** El dengue es la principal enfermedad viral transmitida por artrópodos, con una población global en riesgo superior al 40% del mundo. En ocasiones puede manifestarse con formas graves y afectación cardiovascular. Se ha reportado un rango variable de presentación desde cambios ECG asintomáticos hasta casos fatales. Las arritmias cardíacas en general y las bradiarritmias en particular se consideran como de las manifestaciones cardiovasculares más frecuentes. Se ha recomendado la evaluación cardiovascular en casos severos, pero esta es una práctica infrecuente. **Descripción del caso:** Dengue complicado con bradicardia severa resaltando la importancia del ECG. La paciente es una mujer de 51 años con historia de hipertensión arterial bien controlada con bloqueantes de receptores de angiotensina II. ECG previo normal con frecuencia cardíaca (FC) de 62 lpm. Ingresa al hospital con una historia de 1 día de evolución de fiebre hasta 40°C, dolores osteomusculares y un episodio de presincope. RT-PCR positiva para dengue y pruebas negativas para otros virus. Al Ingreso presión arterial (PA) 90/66 mmHg, FC de 34 lpm. Por recomendación de cardiólogo externo realizaron ECG, que reveló bradicardia sinusal de 34 lpm alternando con ritmo de escape auricular bajo. Se indicó tratamiento (tto) con hidratación y antipiréticos con mejoría. La FC documentada ECG en días siguientes fue: quinto-47pm, séptimo-52pm, undécimo-57pm y recuperó su FC previa al dengue el día decimoquarto del inicio -65pm con Holter que mostró FC promedio de 67 pm y bigeminismo auricular transitorio. El día vigésimo quinto recupera la PA y reinicia tto antihipertensivo. Laboratorio al ingreso mostró plaquetas en 40,000 que se recuperaron. Se le realizó Ecocardiograma que fue normal. **Discusión:** Se presenta el caso de una paciente con ECG previo normal con Dengue complicado con bradicardia sinusal severa de 34 lpm alternando con ritmo auricular bajo, que se normalizo el día decimoquarto de la enfermedad. En nuestro conocimiento es la bradicardia más severa reportada en dengue a excepción de un caso de FC de 40 lpm que evoluciono a pausas sinusales prolongadas asociadas a vómitos. No se conoce el mecanismo fisiopatológico que explica la bradicardia en el Dengue, pero se ha postulado que puede ser respuesta al estado inflamatorio, acción directa del virus, alteración del sistema nervioso autónomo, alteraciones electrolíticas. Los médicos debemos estar conscientes de esta complicación y de la importancia de evaluación ECG en pacientes con dengue grave u hospitalizados como recomienda la publicación del NET-Heart de la SIAC.



66

ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA MULTIVASOS EN PACIENTE JOVEN.

DRA. YELIANA MENDOZA<sup>1</sup>, DR LUIS FERNANDO LLANOS MESTRA<sup>1</sup>, DRA CLAUDIA BERRIO<sup>1</sup>, DR NORBERTO BORNANCINI<sup>2</sup>

<sup>1</sup>FUNDACION AMIGOS DE LA SALUD, MONTERIA, COLOMBIA, <sup>2</sup>CENTRO MEDICO TALAR , CAPITAL FEDERAL , ARGENTINA

Presentación Casos Clínicos para PREMIO, Hub Innovación, junio 7, 2023, 11:15 - 13:00

**Antecedentes:** La hipercolesterolemia familiar (HF) es una alteración de origen genético que clínicamente se puede manifestar desde el nacimiento la cual se caracteriza por niveles plasmáticos anormalmente altos de colesterol LDL y por una elevada tasa de morbimortalidad cardiovascular prematura, enfermedad autosómica dominante causada por mutaciones del gen que codifica el receptor de colesterol de baja densidad (LDLR) o moléculas asociadas al funcionamiento de este. Para el diagnóstico se precisa de la realización de escalas de puntuación como la establecida por la Red de clínicas de lípidos de Holanda y confirmación a través de pruebas de diagnóstico genético. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 19 años sin antecedentes patológicos. Ingresó por dolor precordial anginoso en reposo, se realiza electrocardiograma (Imagen 1) evidenciándose alteración en el ST en cara anterolateral, troponina I <0.10ng/ml, ecocardiograma con alteraciones en la motilidad parietal y disfunción sistólica , FEY 45 %. Resonancia cardiaca en la que se aprecia infarto subendocárdico antiguo en cara lateral con criterios de viabilidad por grosor miocárdico en reposo y realce tardío, dilatación del ventrículo izquierdo.(FEVI 39%, FEVD 36%). Coronariografía: (imagen 2) Arteria descendente anterior con lesión severa proximal y medio del 80%, primera diagonal lesión severa 70 % en tercio proximal, arteria circunfleja ocluida en tercio medio, marginal lesión severa 70% proximal, coronaria derecha: ocluida tercio medio, con circulación colateral hiperocoronaria. Dados estos hallazgos y antecedentes familiares se realiza perfil lipídico, colesterol total 420 mg/dl , HDL 45.00 mg/dl, Triglicéridos 94.90 mg/dl, LDL 356.2mg/dl, Apolipoproteína B 155.1mg/dl, Lipoproteína A 11.2 mg/dl .Se realiza tamizaje en cascada a familiares encontrándose hipercolesterolemia en madre y hermanas de 9 y 14 años, LDL superior a 190mg/dl. Criterios de Holanda, 15 puntos por lo que se diagnostica con certeza hipercolesterolemia familiar y se inicia manejo con estatinas y ezetimibe, inhibidores de PSK9, se aguarda de test genético. **Discusión:** El caso de HF según los criterios de Holanda ya que la HF en nuestro medio es poco frecuente y con gran impacto social, en la mayoría de los casos genera síntomas clínicos y aumento del riesgo cardiovascular desde una edad temprana, en el caso de los pacientes con HF no tratada, el riesgo de eventos cardiovasculares empieza antes de los 20 años motivo de vital importancia iniciar un tamizaje temprano.



67

**DETECCIÓN DE DEFICIT DE VITAMINA D EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

DR. HERNÁN COHEN ARAZI<sup>1</sup>, DR MT ARRIOLS, DR N RICCOBELLI, DR R GOVONE, DR F GARCIA VAZQUEZ, DR O LUNA, DRA M SINJOVICH, DR CA VIGOVICH, DRA MA DE LA FUENTE, DR RA HOURTICOLOU

<sup>1</sup>SAC, PANAMA, Panama

Presentación E-Poster VIII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** La relación entre el déficit de vitamina D y la HTA podría explicarse porque 25 OHvitD es un regulador negativo del sistema renina-angiotensina. **Objetivo:** El objetivo del estudio fue evaluar el déficit de vitamina D (medida como 25OH vitamina D en plasma), en pacientes con diagnóstico de HTA. **Material y métodos:** Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad, en 70 consultorios de cardiología de 12 diferentes provincias de Argentina. Para minimizar sesgos de selección, se eligieron consecutivamente los pacientes que cumplieran criterios de inclusión (HTA, >18 años de edad, sin enfermedad cardiovascular asociada) y exclusión (embarazo e HTA renovascular) que fueran atendidos en la primera semana de consulta posterior al inicio del estudio. **Resultados:** Se incluyeron 438 pacientes, 271 mujeres (61.9%) y 167 hombres (38.1%), de 62.5 ± 3 años. El 66% de los casos fueron HTA grado 1, 32 % grado 2 y 2% grado 3. El 45% de los pacientes con HTA grado 1 tuvieron 25OH vit D < 20 ng/ml, el 52% de los hipertensos grado 2 y el 62.5% de los hipertensos grado 3, respectivamente. 154 pacientes (30.6%) realizaban actividad física mayor o igual de 30 minutos diarios al menos 3 veces por semana. El nivel plasmático de 25OH vitD fue 21 (RIC 16-28) ng/ml, 356 pacientes (81.8%) tuvo valores < 30 ng/ml, y 207 pacientes (47.6%) < 20 ng/ml. Setenta y nueve (18.2%) pacientes habían recibido suplementos de vitamina D y el resto nunca fue tratado (25 OH vitD en pacientes que habían sido tratados =20.4, RIC 15.3-27ng/ml versus 22.4, RIC 18.6-30.3 ng/ml respectivamente, p=0.003). El 82.7% de los pacientes que nunca recibieron tratamiento con suplementos de vitamina D tuvieron valores de 25OH vitD menores a 30 ng/ml y el 46.8% valores < 20 ng/ml. Entre los que habían sido tratados con suplementos de vitamina D estos porcentajes eran de 73.4% (p=0.98) y 32.5% (p=0.82), respectivamente. 194 pacientes tenían un IMC > 30. El 83.1% de estos pacientes tenían valores de 25OH vitamina D < 30 ng/ml y el 48.7% tenían valores < 20 ng/ml. El IMC > 30 se asoció a mayor porcentaje de pacientes con valores de 25OH vitamina D < 20 ng/ml, OR 1.58 (1.06-2.36, p<0.05) **Conclusiones:** Los pacientes con hipertensión arterial (HTA) tienen frecuentemente déficit de vitamina D (25OH vitD). Este déficit es más frecuente cuanto mayor sea el grado de HTA. Los niveles bajos de 25OH vitD aún en pacientes que habían sido tratados precedentemente continúan en niveles inferiores a los reconocidos como objetivos por las recomendaciones internacionales.

68

**NIVELES DE TSH PREDICEN MORTALIDAD A 30 DÍAS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA**

DR. HERNÁN COHEN ARAZI<sup>1</sup>, DR A HIRSCHSON PRADO, DR A FERNANDEZ, DRA P PEREZ TERNS, DRA J SORICETTI, DRA A GUAZONE, DR G SORAZIO, DR AJ LESCANO

<sup>1</sup>SAC, PANAMA, PANAMA

Presentación trabajos libres para premio, Hub Innovación, junio 7, 2023, 9:00 - 11:00

**Introducción:** El hipotiroidismo es un predictor independiente de mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda/descompensada (ICA). **Objetivos:** El objetivo fue determinar la asociación de mortalidad con niveles de TSH y describir en cuántos pacientes ingresados por ICA se solicitó dosaje de TSH. **Material y métodos:** Se realizó un estudio con pacientes del registro ARGEN IC, de vida real, prospectivo y multicéntrico en 50 centros entre agosto 2018-marzo 2019 en Argentina. **Resultados:** Se incluyeron 909 pacientes con ICA, de 72 ± 14 años, 74% hipertensos, 33 % diabéticos, 17% con antecedentes de infarto de miocardio y 22.5% con revascularización previa. El 37% tenían antecedentes de IC y 19% antecedentes de deterioro renal. En 258 p sin hipotiroidismo (33%) se analizó TSH (2.3 (1.2-4) mUI/L, p<0.01 respecto a aHT). 90 pacientes (9.9%) recibían tratamiento crónico con amiodarona, sin diferencias en valores de TSH entre los tratados y no tratados (3.5 mUI/L (RIC 1.4-5.3= vs 2.4 mUI/L (RIC 1.2-4.2), p=0.09). Hubo una relación ascendente con la mortalidad, de acuerdo a los valores de TSH reportados como 1- normales 237 p (hasta 4.5 mUI/L), 2- hipotiroidismo subclínico leve 55p (TSH 4.5-6.9 mUI/L), grave 6 p (7-10 mUI/L) e hipotiroidismo franco 15p (>10 mUI/L). La mortalidad fue de 2.5%, 6.6%, 11.1% y 13.3%, respectivamente. Se analizaron las diferencias demográficas en pacientes con y sin hipotiroidismo. Los pacientes con hipotiroidismo tenían menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo (32.7 ± 13 vs 41.6 ± 15, p=0.03) La mortalidad a 30 días se asoció a los valores de TSH medidos al ingreso (por cada aumento de TSH se observó un aumento de 10% de mortalidad (OR 1.1 RIC 1.01 -1.2, p=0.02), independientemente de la edad (OR 1 RIC 0.96-1, p=0.72) y de la Fey del VI (OR 1 RIC 0.96-1.04, p=0.9). La asociación entre mortalidad y TSH fue independiente de los antecedentes de hipotiroidismo (OR 1.1 RIC 1.2, p= 0.02 en pacientes sin antecedentes). **Conclusiones:** Se observa baja tasa de medición de valores de TSH durante la internación, aún en pacientes con antecedentes de hipotiroidismo y a pesar de las recomendaciones internacionales. Los valores de TSH elevados se asociaron a mayor mortalidad a 30 días.

69

**TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA AGUDA EN EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA QUE DESAPARECE CON TROMBÓLISIS**

DR. FABIÁN JIMÉNEZ MAGAÑA<sup>1</sup>, DR. ALDO HUGO SANTOYO SAAVEDRA<sup>2</sup>, DRA. MAGDALENA CONTRERAS ZARATE<sup>3</sup>, DR. AXEL GABRIEL URBIETAALMANZA<sup>4</sup>, DR. EDUARDO VELAZQUEZ CUEVAS<sup>3</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 2, IRAPUATO, MÉXICO, <sup>2</sup>CENTRO MÉDICO NACIONAL DEL NORESTE, MONTERREY, MÉXICO, <sup>3</sup>HOSPITAL TORRE MÉDICA, IRAPUATO, MÉXICO, <sup>4</sup>UNIVERSIDAD QUETZALCÓATL DE IRAPUATO, IRAPUATO, MÉXICO

Presentación E-Poster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes:** La trombósis sistémica en trombosis venosa profunda aguda extensa, es una estrategia de tratamiento efectiva capaz de disminuir las complicaciones como el síndrome posttrombótico, lograr lisis completa del coágulo y disminuir eventos embólicos como tromboembolia pulmonar. Puede usarse en sala de emergencias por su amplia disponibilidad, seleccionando estrictamente a los pacientes para disminuir los riesgos como eventos hemorrágicos. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 72 años, campesino, antecedentes de un hermano con trombosis intracavitaria derecha. Antecedentes personales: Diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica de larga evolución en tratamiento, trombosis venosa profunda en extremidad inferior derecha hace 6 años con síndrome posttrombótico. Acude tres días después de haber iniciado con dolor intenso e incapacitante en pantorrilla izquierda con aumento de volumen, hipertermia y eritema. Exploración física: Tensión arterial: 134/70 mmHg, frecuencia cardíaca: 80 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, temperatura 36.5 °C. Neurológicamente íntegro, sin dificultad respiratoria, área cardíaca sin datos patológicos, abdomen asintomático, pierna izquierda con aumento de volumen y temperatura local, circunferencia mayor de 8 cm en comparación a la derecha, Homans y Ollow positivos. Laboratoriales: Dímero D mayor de 10 mg/L. Electrocardiograma: ritmo sinusal, sin sobrecarga de ventrículo derecho. Radiografía de tórax sin alteraciones. El ultrasonido Doppler de extremidad inferior izquierda mostró extensa trombosis aguda en sistema venoso profundo y superficial con ocupación del 100 % de la luz (Figura 1A, 1B). El Ecocardiograma transtorácico mostró FEVI 67%, disfunción diastólica grado I. Confirmando trombosis venosa profunda, se decide trombólisis con Alteplase 50 mg administrados en infusión durante 24 hrs, presentando mejoría inmediata del dolor y disminución de circunferencia de extremidad afectada a su finalización. Se egresa al tercer día por mejoría con Enoxaparina por 10 días, dos días previos a su término se inicia Rivaroxaban 20 mg diarios. El ultrasonido Doppler tres días después con franca mejoría y a los 28 días sin evidencia de trombosis con permeabilidad mayor del 90 % (Figura 2A, 2B). En citas subsiguientes con excelente evolución sin complicaciones. **Discusión:** La trombósis sistémica en administración de régimen lento es una opción terapéutica eficaz y segura en trombosis venosa profunda aguda; reduce estancia hospitalaria y complicaciones, favoreciendo reintegración de manera temprana a las actividades cotidianas. Se debe individualizar a cada paciente. Nosotros recomendamos valorar su uso como una valiosa alternativa de tratamiento que impide desenlaces lamentables.



71

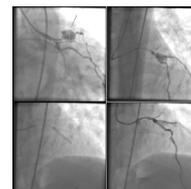
**INTERVENCIÓN CORONARIO PERCUTÁNEO PRIMARIO EN PACIENTE CON ANEURISMA CORONARIO GIGANTE**

DR. MSC LEONARDO LÓPEZ FERRERO<sup>1</sup>, DR. EDUARDO ROLDOS CUZA<sup>1</sup>, DR. ALEJANDRO GONZÁLEZ VELIZ<sup>1</sup>, DR. LORENZO LLERENA ROJAS<sup>1</sup>, DRA. ANA MARÍA BARREDA PÉREZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR, LA HABANA, CUBA

Presentación E-Poster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** Los aneurismas coronarios son enfermedades poco frecuentes, su incidencia es alrededor del 0,02 %. Descrito por primera vez por Morgagni en 1761. La causa que más se invoca es la aterosclerótica, que se presenta en el 50 % y más de los aneurismas. Conceptualmente se denominan cuando existe una dilatación que varía entre 1,5 y 2 veces el diámetro normal del vaso en cuestión. Existen controversias en cuanto al tamaño de los aneurismas coronarios gigantes, la AHA los define cuando estos son mayores de 8 mm. Otros autores solo lo aceptan si estos son superiores a los 15 y 20 mm. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 58 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial y dislipidemia. Acude a urgencias con dolor opresivo retroesternal de cuatro horas de evolución, irradiado a hombros, con sudoración profusa, ingresándose en el centro con el diagnóstico de SCACEST. EKG: supradesnivel mantenido del ST en las derivaciones DI, aVL y de V2 a V6 de 3 mm e infradesnivel en DII, DIII y aVF. Se realiza ecocardiograma que informa FEVI de 48 % y trastornos de contractilidad en cara anterior, por lo que se decide realizar coronariografía, donde se diagnostica una estenosis de un 80% en el segmento proximal de la descendente anterior con trombo seguida de una dilatación aneurismática gigante de la pared de la arteria, se discute el caso en colectivo y se decide realizar ICP. Se implanta de manera directa 2 stents, el primero fármaco activo liberador de sirolimus, luego se implanta el segundo intrastent un graft. con resultados favorables angiográfico y clínico. **Discusión:** El caso presentaba una estenosis severa responsable del cuadro clínico agravado por el aneurisma gigante de 13,55 mm x 11,23 mm, Existen diferentes tipos de aneurismas, los fusiformes, que son los más frecuentes y los saculares como en este caso, se pueden tratar de forma farmacológica, intervencionista o quirúrgica. En este caso por el cuadro clínico y electrocardiográfico del paciente se decidió además del tratamiento farmacológico con antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes realizar ICP con dos stents, el primero liberador de sirolimus hacia la superficie abluminal y el segundo un graft para sellar completamente el cuello del aneurisma, con resultado favorable. Al paciente se le realizó seguimiento clínico al mes, a los tres meses y a los seis meses encontrándose asintomático.



72

**ENFERMEDAD CORONARIA EN MUJERES TRATADAS CON STENT LIBERADOR DE SIROLIMUS**

DRA. ANA MARIA BARRERA PEREZ<sup>1</sup>, DR. LEONARDO HIPOLITO LÓPEZ FERRERO<sup>1</sup>, DR. LORENZO LLERENA ROJAS<sup>1</sup>, DR. ALEJANDRO GONZÁLEZ VÉLIZ<sup>1</sup>, DRA. AMALIA TERESA PEIX GONZÁLEZ<sup>1</sup>, DR. MARIANO DE LA TORRE FONSECA<sup>2</sup>, DR. RAÚL SEÑOR DROSS<sup>1</sup>, DRA. TADIANA ANTUNA AGUILAR<sup>1</sup>, DRA. ANA BARBARA GONZÁLEZ ESPINOSA<sup>1</sup>, DRA. SANDRA QUINTANA ESTEVEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR, LA HABANA, CUBA, <sup>2</sup>HOSPITAL CLÍNICO QUIRÚRGICO MANUEL FAJARDO, LA HABANA, CUBA

Presentación E-Póster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15  
**Introducción:** La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en las mujeres, responsables del 35 % de las muertes a nivel mundial, el 50% secundarias a cardiopatía isquémica. Se comportan además como la primera causa de años potencialmente perdidos. Resulta primordial el estudio de las técnicas de tratamiento y sus resultados, el intervencionismo coronario percutáneo es una de las más seguras y eficaces en el tratamiento de dicha patología. **Objetivo:** Caracterizar a las pacientes femeninas que se les implanto stent liberador de sirolimus en el periodo de enero del 2020 a enero del 2021 y su seguimiento clínico al año. **Material y método:** e realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo a 111 pacientes femeninas que se les implanto stent liberador de sirolimus, desde enero del 2020 hasta enero del 2021 y su seguimiento al año mediante la revisión de historias clínicas. **Resultados:** Predominaron en un 39,5% las mujeres entre 60 y 69 años con una media de 62,59, siendo el 61% hipertensas y el 22% fumadoras. El diagnóstico más frecuente fue el Síndrome coronario sin elevación del ST (63,2%), las características angiográficas más comunes fueron: Descendente anterior (51%) como la arteria más tratada, lesiones proximales en el 46 %, estenosis del 90 % en el 33% de las pacientes, el 60,6 % tuvieron lesiones tipo B2 y C. El 7,2 % presento síntomas cardiovasculares a los 6 meses y de estas el 25% tenían enfermedad Multivasos. A los 12 meses el 5,4% de los pacientes se les revascularizó otro vaso. En el periodo estudiado hubo un 2,2% de muertes de ellas el 0,9% de causa cardiovascular. Se comporto como predictor de sintomatología la enfermedad de tronco coronario y coronaria derecha, las lesiones tipo C, las estenosis de 95% o mayor y las pacientes que tenían antecedentes de cardiopatía isquémica y diabetes Mellitus. **Conclusiones:** Predominaron las mujeres de la séptima década de la vida, Hipertensas, con SCAEST, los factores más comunes en la sintomatología fueron la enfermedad de tronco, estenosis mayores del 95% y la diabetes mellitus, hubo una evolución favorable, con escasos eventos adversos clínicos en el seguimiento.

73

**DO REPOUSO ATÉ OS 21 QUILOMETROS. FUNÇÃO VENTRICULAR ESQUERDA E CAPACIDADE FUNCIONAL MANTIDAS RECUPERADAS APÓS 10 ANOS DE CARDIOTOXICIDADE**

Dr. Francisco Jesus Alonso Cruz<sup>1</sup>, Dr. Wolney de Andrade Martins<sup>2</sup>, Dr. Selem Brandão Asmar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Curso de pós-graduação em Cardio-oncologia da SBC / INC / INCA, Rio de Janeiro, Brazil, <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade Fluminense, Niterói, Brazil, <sup>3</sup>Hospital UNIMED, Caruaru, Brazil

Presentación E-Póster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15  
**Introdução:** O câncer de mama é a neoplasia feminina mais frequente e a de maior mortalidade. Nos últimos anos com o uso de novas terapias tem havido um aumento da sobrevida global e da qualidade de vida desta população. No entanto, alguns destes novos fármacos podem provocar cardiotoxicidade a curto e longo prazo que deverá ser monitorada durante o acompanhamento. A seguir relatamos o caso de uma paciente que apresentou cardiotoxicidade durante o tratamento para câncer de mama e sua reversão com a estratégia de detecção e intervenção precoce. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 37 anos, natural de Caruaru-PE, hipertensa, sem outras comorbidades nem história familiar de miocardiopatia. Teve diagnóstico de Carcinoma Ductal Invasivo em mama direita grau 2, com imuno-histoquímica= RE+ RP+ HER2=3+ há 10 anos. Submetida à quadrantectomia axilar, esvaziamento axilar e ooforectomia seguida de quimioterapia (QT) adjuvante com protocolo doxorubicina (total=300mg/m<sup>2</sup>) e ciclofosfamida, 6 ciclos a cada 21 dias, seguidos de paclitaxel e trastuzumabe (TZE), 4 ciclos a cada 21 dias. Posteriormente, realizou 30 sessões de radioterapia e depois terapia com tamoxifeno e TZE. Os controles com ecocardiograma bidimensional transtorácico (ECO) não mostraram alterações morfológicas nem funcionais em relação ao basal, até avaliação posterior à 14ª sessão de TZE (de 17 programadas), quando então revelou aumento do diâmetro diastólico do ventrículo esquerdo e queda da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) de 31%, sendo iniciado de forma imediata tratamento com maleato de enalapril, carvedilol e interrompido o TZE. Após 6 meses, se evidenciou recuperação parcial da FEVE e do DDVE, mantida suspensão do TZE, e persistindo apenas em uso do tamoxifeno. O controle com ECO após um ano mostrou recuperação total da FEVE e dos diâmetros cavitários. Dez anos após a cardiotoxicidade, permanece com diâmetros cavitários normais, FEVE preservada (FEVE= 59%) e strain longitudinal global (GLS)= -18,2. Dados dos exames compatíveis com sua recente participação em corridas de até 21 quilômetros. **Discussão:** Inferimos que o acompanhamento regular da função ventricular pelo ECO e GLS e o início precoce da terapia medicamentosa foram fundamentais para reverter os efeitos deletérios da QT, aumentar a sobrevida, e melhorar a qualidade de vida e a capacidade funcional desta paciente em questão.



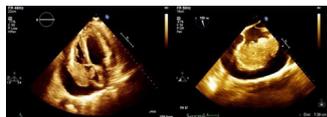
75

**ANGIOSARCOMA CARDÍACO PRIMARIO Y DISECCIÓN DE OREJUELA IZQUIERDA: DOS ENTIDADES INFRECÜENTES COEXISTIENDO**

DRA. MARLENY MARIA MENA<sup>1</sup>, DR. CLAUDIO ALMONTE<sup>1</sup>, DRA. SELEDONIA MARTINEZ<sup>1</sup>, DRA. SALDIVAR TRINIDAD<sup>1</sup>, DR. FULGENCIO SEVERINO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER, SANTO DOMINGO, DOMINICAN REPUBLIC

Presentación E-Póster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00  
 Los sarcomas cardíacos primarios son los tumores malignos más frecuentes (1% de todos los sarcomas), con una supervivencia de 6 a 25 meses tras el diagnóstico. (1) El presente caso describe un paciente con angiosarcoma cardíaco primario derecho y disección orejuela izquierda. Caso: Masculino de 35 años, con pérdida de peso de 3 meses, fiebre, tos, disnea y edema de miembros inferiores de 2 semanas. Al examen físico; disneico, taquicárdico, ingurgitación venosa yugular, ruidos cardíacos disminuidos y edema de miembros inferiores de 3+. Ecocardiograma: Masa en aurícula derecha, infiltración del ventrículo derecho, derrame pericárdico severo, colapso de cámaras, taponamiento cardíaco (imagen 1) y disección de orejuela izquierda (imagen 2). [https://mega.nz/file/1UuWbQC#Y5qqA5J9g39LU57ns\\_SAUvPeBJWkWy9yhHuiXkj2BwE](https://mega.nz/file/1UuWbQC#Y5qqA5J9g39LU57ns_SAUvPeBJWkWy9yhHuiXkj2BwE) Se realiza pericardiocentesis extrayendo 800 ml de aspecto serohemático y luego ventana pericárdica. Laboratorios: leucocitosis (11.0u/l), anemia leve. Genexpert y cultivo líquido pericárdico negativo. Bioquímica del líquido; exudado. Tomografía torácica: masa en aurícula derecha de aspecto neoproliferativo, Derrame Pericárdico, neumopericardio, efusión pleural bilateral asociada atelectasia. RMC: masa en surco ario ventricular derecho, extendiéndose al interior de aurícula y ventrículo derecho, hasta la ventana aorto pulmonar, sugestivo de angiosarcoma. Imagen 3 [https://mega.nz/file/FBkASKoL#5ByAj-ksC4\\_RIY0\\_Rrmlon5Rgr8-MfDUuJ96xX9ppo](https://mega.nz/file/FBkASKoL#5ByAj-ksC4_RIY0_Rrmlon5Rgr8-MfDUuJ96xX9ppo). Biopsia pericárdica compatible con sarcoma de alto grado. Se deriva paciente a oncología y fallece antes de iniciar terapia. **Discusión:** Los angiosarcoma son tumores agresivos, de tardío diagnósticos y evolución rápida a la muerte. Los síntomas de presentación incluyen disnea, dolor torácico, tos, fiebre, episodios embólicos y arritmias cardíacas; la muerte súbita puede ser la primera manifestación. Los tumores grandes del lado derecho provocan congestión venosa y limitan el llenado cardíaco, produciendo síncope. La invasión y el taponamiento pericárdico raramente son las primeras manifestaciones. (1) (2) El hallazgo ecocardiográfico de masa cardíaca con derrame pericárdico debe hacernos pensar en tumor cardíaco maligno. La Tomografía y la RM, juegan un papel importante en el diagnóstico, siendo la resección quirúrgica el objetivo del tratamiento. (1) (2) Hasta la fecha no se ha vinculado los tumores como causa de disección de orejuela izquierda existiendo casos descritos hasta el momento secundarias a complicaciones de procedimientos quirúrgicos e intervencionista. Existen otros casos aislados secundarios a endocarditis, pudiendo ser de causa inflamatoria. **Bibliografía:**  
 1. Daniel Lenihan, et al. Tumores que afectan al sistema cardiovascular. En: Eugene Braunwald, Tratado de cardiología, 11va edición; 2019. p. 1866-1877  
 2. 2022 ESC Guidelines on cardio-oncology developed in collaboration with the European Hematology Association (EHA), the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) and the International Cardio-Oncology Society (IC-OS)



78

**ACROMEGALIA Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR. UNA ENTIDAD INFRECÜENTE CON ESTRECHA RELACIÓN DEZ MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR**

DR. JESÚS MANUEL NARANJO CÍNTORA<sup>1</sup>, DR. LOUIS FERNANDO ROBLES FERNANDES<sup>2</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE MEXICALI, MEXICALI, MÉXICO, <sup>2</sup>CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, MÉXICO

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00  
 La acromegalia es una endocrinopatía caracterizada por la secreción excesiva de hormona de crecimiento (GH). Presenta una incidencia anual aproximada de 6 a 8 casos por cada millón de habitantes. Además de las manifestaciones características del sistema óseo y tegumentario, las repercusiones cardiovasculares incluyen el desarrollo de hipertensión arterial, valvulopatías, hipertrofia de ventrículo izquierdo y miocardiopatías. De un 3% a un 10% de los casos desarrollan insuficiencia cardíaca. Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de acromegalia y manifestaciones cardiovasculares. Masculino de 44 años que acude a consulta por deterioro progresivo en clase funcional, angina de moderados esfuerzos y palpitaciones de 1 año de evolución. Antecedente de acromegalia, diagnóstico realizado 9 meses previos al inicio de su padecimiento actual, por sospecha clínica y corroborado por niveles de IGF-1 y resonancia magnética de hipófisis. Sin antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura, sin toxicomanías. A la exploración física cardiovascular, inspección sin anomalías, palpación con ápex apenas palpable en quinto espacio intercostal izquierdo y línea medio clavicular; auscultación con cuarto ruido y desdoblamiento paradójico del segundo ruido cardíaco, sin soplos. Electrocardiograma en ritmo sinusal, frecuencia 75 lpm, eje de QRS -30 grados, con onda P bimodal en v1 con morfología +/- como dato de dilatación auricular izquierda, QRS 120 ms, con bloqueo completo de rama izquierda del haz de His. Ecocardiograma transtorácico con ventrículo izquierdo no dilatado, diámetro telediastólico de 39 mm y volumen indexado de 41.2 ml/m<sup>2</sup>SC, hipertrofia concéntrica, movimiento septal paradójico inducido por bloqueo de rama izquierda del haz de His, función sistólica conservada con FEVI 62%; aurícula izquierda ligeramente dilatada con volumen indexado de 37.7 ml/m<sup>2</sup>; sin valvulopatías, PSAP 36 mmHg, sin derrame pericárdico ni trombos intracavitarios. La enfermedad cardíaca representa la principal causa de morbimortalidad en pacientes con acromegalia, presente en el 80% de los casos. Cardiopatía al momento del diagnóstico confiere alto riesgo de mortalidad en 10-15 años. Las principales causas de muerte en pacientes con acromegalia incluyen cardiopatía isquémica y cáncer colorrectal. La afectación cardíaca en acromegalia es secundaria al exceso de GH y de niveles elevados IGF-1, lo cual promueve hipertrofia ventricular, desarrollo de fibrosis intersticial miocárdica, trastornos del ritmo cardíaco y afectación valvular; adicional a ello, por consecuencia de las comorbilidades derivadas de la enfermedad endocrina. El fenotipo de afectación cardíaca en acromegalia puede ser variable, desde cardiopatía hipertensiva, isquémica o bien, en fases tardías, insuficiencia cardíaca con fracción de expulsión disminuida.



**79**

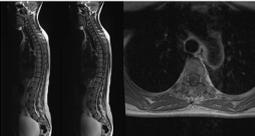
**SÍNDROME MEDULAR COMPLETO SECUNDARIO A HEMATOMA SUBDURAL QUE SIMULA PATRÓN ELECTROCARDIOGRÁFICO DE WINTER**

DR. ERICK SANCHEZ RODRIGUEZ<sup>1</sup>, CARLOS DANIEL ALVAREZ-MARTINEZ<sup>1</sup>, ANA LAURA SAUCE-PÉREZ<sup>1</sup>, JUAN MANUEL GARCÍA-ZAMUDIO<sup>1</sup>, EDUARDO ALMEIDA-GUTIÉRREZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA CMN SIGLO XXI, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO

Presentación E-Poster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** La relación de un evento agudo del sistema nervioso central es ocasionalmente asociado con patrones electrocardiográficos del segmento ST. El hecho de no realizar un adecuado diagnóstico clínico puede tener consecuencias perjudiciales relevantes posterior a una intervención. **Descripción del caso:** Mujer de 40 años de edad con antecedente de hipertensión arterial sistémica, se presentó al departamento de atención cardíaca de emergencia de un hospital local secundario a presencia de dolor torácico opresivo, intenso, prolongado, sin irradiación, acompañado de diaforesis. En el contexto de sospecha de síndrome coronario agudo se administró tratamiento antitrombótico y anticoagulante. Posteriormente fue enviada a nuestro servicio de emergencia, el electrocardiograma (ECG) inicial en ritmo sinusal con desnivel negativo del segmento ST en el punto J que continúa con ondas T altas, simétricas y positivas en las derivaciones V3 a V6: cambios compatibles con el patrón de ECG de Winter. (Imagen 1) A su valoración con presencia de cefalea intensa, pérdida de la función muscular y sensibilidad en la parte inferior del cuerpo. Ecocardiograma hipocinesia generalizada. Troponinas de alta sensibilidad 361 pg/ ml posteriormente 383 pg/ ml. Angioresonancia magnética reportó colección hemática en espacio subdural espinal probable relación con malformación arterio-venosa rota. (Imagen 2) **Discusión:** El patrón de ECG de De Winter se informo por primera vez como indicador de oclusión proximal de la arteria coronaria descendente anterior (DA). Este patrón electrocardiográfico se caracteriza por una depresión ascendente del segmento ST en el punto J que continúa en ondas T altas y con picos simétricos en las derivaciones precordiales, observándose en el 2% de los casos con oclusiones sintomáticas de la DA. Las anomalías del segmento ST y onda T pueden presentarse secundario a la lesión de la médula espinal. La liberación excesiva de catecolaminas se ha implicado como factor desencadenante. Este caso enfatiza la importancia de la evaluación ante los hallazgos clínicos que sugieren un síndrome coronario agudo con alteraciones neurológicas, secundarias a un evento del sistema nervioso central agudo.



Resonancia magnética subdura subaral completa en T2 (imagen hipocinesia en el espacio subdural anterior (A), que es un diagnóstico de colección hemática subdural con desplazamiento lateral del cordón y un nivel de compresión medular).

**80**

**SÍNDROME DE DRESSLER REPORTE DE CASO**

DR. DIEGO GOLSTIN<sup>1</sup>, DR RODOLFO GUTIERREZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA, GUATEMALA, <sup>2</sup>HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA, GUATEMALA

Presentación E-Poster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes:** Paciente sin antecedentes previos **Descripción de caso:** Motivo de consulta: Dolor Precordial de 24 horas de evolución Historia de la enfermedad: Paciente refiere hace 12 días inicia con dolor precordial aparición progresiva localizada región precordial intensidad 7/10 tipo opresivo, irradia a epigastrio con auresia, dolor alivia parcialmente y evoluciona de manera intermitente pero hace 24 horas dolor precordial aumenta intensidad 10/10 por lo que consulta a medico quien realiza ekg evidenciando infarto por que decide referir. Hallazgos positivos al examen físico

PA: 90/60 FC: 90 pm SO2: 93% Fr: 20RPM T: 37.5C

Paciente hemodinamicamente inestable con media de 70, llenado capilar <3s

Paciente alerta, orientado en tiempo espacio y persona.

Paciente adecuada amplexión y amplexación con dolor pleuritico que exacerba con cada inspiración, se auscultan estertores crepitantes infraescapulares.

Corazón rítmico y sincrónico con pulso central, se ausculta en borda paraesternal izquierdo en 5to espacio intercostal sonido rugoso que es meso/holo sistólico (frote pericardico)

Edema en miembros inferiores bilateral ascendente hasta rodillas fovea grado 3

Hallazgos Electrocardiografico

P: 0.12s y 2mV QRS: 0.08s eje: 88 FC: 98lpm

PR: 0.16s Qt: 0.320 s Ritmo Sinusal

Elevación del segmento ST V1-6 + II,III y aVf + I y aVL

supradesnivel del intervalo PR en aVR y elevación del mismo intervalo en II, III y aVF

Hallazgos ecodínamicos Se evidencia en eje paraesternal corto no hay lesiones valvulares y se remarca un pericardio con hiperecogenicidad, así se evidencia hipocinesia septal. En ventana de eje corto a nivel de los músculos papilares se evidencia hiperecogenicidad del pericardio en cara anterior y con derrame pleural mínimo

Laboratorios

WBC: 18.57

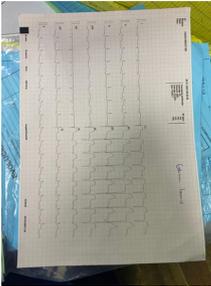
HGB: 15

PLG: 346

VS: 85 Proteína C reactiva: 23 mg/dL

Troponinas: >2000 microL

**Discusión:** Paciente con dolor anginoso clásico con elevación del segmento ST en casi todas las derivaciones del EKG con descenso del intervalo PR con hiperecogenicidad en ecocardiograma del pericardio, se hace diagnostico de pericarditis post infarto y se inicia tratamiento con Acido acetilsalicílico 1,000mg al día. El síndrome de Dressler aparece entre 1 semana y varios meses después del infarto, con una clínica similar a la del síndrome coronario. No requiere un infarto transmural y puede aparecer también como una extensión de la pericarditis epistenoárdica. Su incidencia es del 0,5-5% y es todavía más baja en los pacientes tratados con trombolisis (< 0,5%), pero es más frecuente en los casos con sangrado al pericardio tras el tratamiento antitrombótico.



**82**

**BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO EN PACIENTE CON FOCOMELIA. HALLAZGO DE MUTACIÓN EN TBX5**

DRA. CRISTINA DÍEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PARTICULAR, MADRID, SPAIN

Presentación E-Poster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** Tratamos a una mujer de 60 años con hipertensión arterial (HTA) como único factor de riesgo conocido. Presenta focomelia en miembros superiores y se atribuye a exposición a Talidomida en el desarrollo fetal. Su familiar de primer grado, un hermano menor, padece miocardiopatía dilatada no isquémica y es portador de un Desfibrilador Automático Implantable (DAI), no tiene otros familiares de primer grado. **Descripción del caso:** Acude a urgencias por malestar y mal control tensional. En ECG objetivamos bloqueo auriculoventricular (BAV) completo. Se programó implante de marcapasos endocavitario, pero tuvo que demorarse por infección durante el ingreso de Covid-19 asintomático. Obtiene buen control de su tensión arterial, se amplía mediante ecografía de troncos supraaórticos para determinar el drenaje venoso previo al intervencionismo. Esta exploración no permite descartar alteraciones. Al tener un hermano con miocardiopatía dilatada, bajo consentimiento informado se obtiene muestra de sangre para el laboratorio de análisis genéticos. Durante la cirugía de marcapasos bajo anestesia local y angiografía para conocer el drenaje de la vena subclavia izquierda, muestra un trayecto y calibre anómalos, subóptimo para los electrocatéteres, por este motivo se implanta el dispositivo mediante punción venosa subclavia derecha, finalizado sin incidencias. El resultado genético posterior al implante del marcapasos mostró mutación en el gen Tbx5, este se describe en el síndrome de Holt-Oram (HOS) en heterocigosis, una enfermedad rara (1 cada 100 000) autosómica dominante. La embriopatía por Talidomida es considerada una fenocopia del HOS. **Discusión:** Mutaciones en Tbx5 para el HOS presentan mayor frecuencia en el desarrollo fibrilación auricular, bloqueo auriculoventricular y/o defectos del septo interauricular o ventricular. También está descrito como factor de riesgo infrecuente para infarto de miocardio. Hay que considerar el diagnóstico diferencial de este síndrome (HOS) con otros fármacos teratogénicos como Valproato. Se ha propuesto para diferenciar HOS y embriopatía por Talidomida la ausencia de heredabilidad de esta última. Esta molécula derivada del ácido glutámico afecta a vías de señalización como GATA4, NKX2.5, HAND2, SALL4 y Sonic Hedgehog (Shh). Tbx5 y Shh interactúan en el desarrollo cardiopulmonar y de las extremidades. En estudios in vitro e in silico es objetivada la unión específica de Talidomida al dominio de Tbx5. Se han observado cambios en la expresión génica de Tbx5 y SALL4 por exposición a Talidomida. Este caso sugiere la existencia de mutaciones en Tbx5 por Talidomida que no son conocidas. Los hallazgos genéticos pueden ayudar al diagnóstico en familiares.

**83**

**SEGUIMIENTO CLÍNICO A PACIENTES TRATADOS CON STENTS LIBERADORES DE SIROLIMUS EN LA SUPERFICIE ABLUMINAL**

DR. MSC LEONARDO LÓPEZ FERRERO<sup>1</sup>, DR. LORENZO LLERENA ROJAS<sup>1</sup>, DR. EDUARDO ROLDOS CUZA<sup>1</sup>, DRA. ANA MARÍA BARREDA PÉREZ<sup>1</sup>, DR. ALEJANDRO GONZÁLEZ VELIZ<sup>1</sup>, LIC. LIDIA MARÍA RODRIGUEZ NANDE<sup>1</sup>, DR. REYNOLD CALDERIN PINO<sup>1</sup>, DR. JORGE ENRIQUE AGUIAR PÉREZ<sup>1</sup>, DR. RAÚL SENOR DROSS<sup>1</sup>, DR. RONALD AROCHE PORTELA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR, LA HABANA, CUBA

Presentación E-Poster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo y en el país donde se realizó el trabajo. La evolución vertiginosa del tratamiento intervencionista percutáneo con stents liberadores de fármacos ha mejorado el pronóstico de los pacientes. **Objetivo:** Caracterizar a los pacientes cardiopatas tratados con stents liberadores de sirolimus desde el punto de vista clínico y angiográfico, así como determinar los eventos cardíacos mayores en el seguimiento clínico. **Material y Método:** Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y analítico en un Hospital entre junio de 2019 y enero de 2021, donde se incluyeron 268 pacientes con enfermedad coronaria severa tratados con SLF. **Resultados:** Predominó el sexo masculino (77,8%), edad media de 61,07 años, el factor de riesgo cardiovascular que más destaque fue la hipertensión arterial, seguido del tabaquismo y la dislipidemia. El diagnóstico más frecuente al ingreso hospitalario fue el SCASEST (42,3%). Se trataron 332 estenosis, la mayoría en la arteria coronaria descendente anterior (53,3%), destacando las estenosis tipo B2 (37,8%), el 12,7% de los pacientes tenían enfermedad multivasos. Se implantó SLF de forma directa en el 40,8 % de los pacientes. Hubo éxito angiográfico en el 96 %. En la etapa hospitalaria sucedieron un 1,4 % de complicaciones. En el seguimiento clínico hubo 9,0 % de pacientes sintomáticos, infarto del miocardio el 3,6%, reestenosis 1,5 %, se revascularizó otro vaso no relacionado con el vaso diana en el 1,2%, muertes 2,7%. **Conclusiones:** El stent utilizado en el tratamiento intervencionista percutáneo de los pacientes es seguro con escasos eventos cardíacos mayores en el seguimiento clínico.

84

**ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA EN LA ENFERMEDAD DE TRONCO DE LA ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA. ESTUDIO DE SEGUIMIENTO**

DR. JORGE ENRIQUE AGUIAR PÉREZ<sup>1</sup>, DR. LORENZO D. LLERENA ROJAS<sup>1</sup>, LIC. LIDIA MARÍA RODRÍGUEZ NANDE<sup>1</sup>, DR. LEONARDO LÓPEZ FERRERO<sup>1</sup>, DR. EMILIO ALFONSO RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, DRA. ANA MARÍA BARREDA PÉREZ<sup>1</sup>, DRA. DAMARIS HERNÁNDEZ VELÍZ<sup>1</sup>, DR. ALEJANDRO GONZÁLEZ VELÍZ<sup>1</sup>, LIC. LISANDRA MIRANDA RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, DR. HÉCTOR PÉREZ ASEFF<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR, LA HABANA, CUBA

Presentación E-Póster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** Las lesiones del tronco de la arteria coronaria izquierda implican alta letalidad. **Objetivo:** Evaluar el seguimiento a largo plazo de pacientes con estenosis significativa del tronco de la arteria coronaria izquierda ingresados en el período enero 2016 a enero 2018 tratados con angioplastia coronaria transluminal percutánea con implantación de stent. **Material y método:** Estudio observacional, longitudinal, analítico, prospectivo que agrupó a 106 pacientes. Se analizaron variables demográficas, clínicas, morfológicas y angiográficas. Se aplicaron los test de Chi Cuadrado, t-Student, U-Mann Whitney, regresión logística y Kaplan-Meier. **Resultados:** Edad media 65.1± 10.6 años, sexo masculino 69.8%, hipertensión arterial, tabaquismo y dislipidemias 89.6%, 54.79% y 47.2% respectivamente. El 76.4% tenían otras lesiones asociadas. El 75.5% de las revascularizaciones fueron completas. Los eventos adversos se presentaron en 20 pacientes. La diabetes (p=0.039) y la lesión distal (p=0.033) se asociaron significativamente con la ocurrencia de eventos, siendo la última un predictor de estos. La supervivencia libre de eventos a 48 meses fue 80.1%, de infarto agudo del miocardio 95.5% y de muerte cardiaca 98.0% y de nueva revascularización 85,8%. **Conclusiones:** Las características epidemiológicas y angiográficas fueron propias de enfermedad isquémica severa. La revascularización completa es posible con una tasa aceptable de eventos adversos. La localización distal del tronco se comportó como un predictor independiente de eventos adversos. La supervivencia libre de eventos adversos fue elevada, constituyendo el intervencionismo coronario percutáneo una opción con buenos resultados a largo plazo.

86

**TROMBÓLISIS EN PACIENTE CON DISECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA: REPORTE DE UN CASO**

DR. VÍCTOR GIMENEZ GIMENEZ ORTIGOZA<sup>1</sup>, DRA. DAISIS CAROLINA PENAYO FRANCO<sup>1</sup>, DR. DIEGO HERNÁN ZAPATTINI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DE CLINICAS, ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación E-Póster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** La disección coronaria espontánea es una causa infrecuente de síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST que afecta predominantemente a mujeres. Es una entidad clínica infrecuente con un espectro clínico variable que abarca desde la muerte súbita, el infarto agudo de miocardio o angina de pecho. Los conocimientos de esta entidad se reducen a casos clínicos aislados, no hay un consenso acerca de la mejor opción terapéutica. **Descripción del caso:** Paciente de sexo femenino de 52 años con antecedente de hipertensión arterial de 5 años de evolución. Consultó en urgencias por ángor de eleva intensidad con irradiación a miembro superior izquierdo, sudoración fría y náuseas de 1 hora de evolución. Al examen físico a nivel cardiovascular se constata frecuencia cardiaca de 75 latidos por minuto, con ruidos cardiacos normales y presión arterial 200/100 mmHg, resto del examen físico sin particularidades. En el ECG se constata supradesnivel del ST de V2-V4 de 4 mm con ondas T positivas y asimétricas; se diagnostica IAMCEST y se realiza fibrinólisis con Reteplase con posterior mejoría del dolor y descenso del supradesnivel mayor al 50%. Con el diagnóstico de Infarto con elevación segmento ST, se inicia tratamiento médico anti isquémico con antiagregantes, heparina de bajo peso molecular, atorvastatina y se solicita cinecoronariografía de urgencia que no se realiza hasta después de 36 hs una vez trasladado a centro de mayor complejidad. Se traslada a centro de mayor complejidad para la realización de estudio y se constata imagen de doble luz en el segmento medio de la arteria descendente anterior, con lo que se diagnostica la Disección coronaria y se decide tratamiento médico conservador. **Discusión:** Estamos ante una entidad clínica infrecuente, constituyendo un desafío para el equipo de salud su diagnóstico y tratamiento. Es probable muchas veces se va a seguir realizando en forma errónea trombólisis en estos casos por la dificultad de su diagnóstico ante falta de cinecoronariografía en todos los centros, no obstante los facultativos siguieron el protocolo habitual para elevación del segmento ST. Debe plantearse como diagnóstico diferencial en SCA que se presentan en pacientes mujeres, sobre todo jóvenes.



87

**RECIDIVA DE EXTERIORIZACIÓN DE MARCAPASO PERMANENTE**

DR. VÍCTOR DANIEL GIMENEZ ORTIGOZA<sup>1</sup>, DR. HUGO GONZÁLEZ SALDÍVAR<sup>1</sup>, DR. DIEGO HERNÁN ZAPATTINI<sup>1</sup>, DR. JAVIER GALEANO<sup>1</sup>, DR. OSMAR ANTONIO CENTURIÓN ALCARAZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DE CLINICAS, ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes:** Los avances en el diseño y la simplificación de la técnica de implantación de los marcapasos (MCP) han permitido que la estimulación cardiaca sea un procedimiento habitual en la práctica diaria. Se pueden presentar diversas complicaciones siendo la más frecuente las infecciones que representa el 1-7 % del total; existe otro tipo de complicaciones infrecuentes que son la exteriorización del MCP. **Descripción del caso:** Paciente de sexo masculino 94 años con los siguientes antecedentes  
A- 83 años :Implantación de MCP unicameral en lado derecho por bloqueo AV completo  
B- 87 años :cambio de MCP por agotamiento de batería y colocación de MCP bicameral en lado derecho  
C- 92 años: exteriorización de MCP bicameral del lado derecho espontáneamente y colocación de MCP unicameral en el lado izquierdo  
D-93 años: MCP es exteriorizado espontáneamente a los 4 meses de implantación y permanece así durante 18 meses debido a que el paciente no aceptaba nuevo procedimiento. El paciente habita un hogar de ancianos, lucido y funcional a las actividades cotidianas, sin fiebre o signos inflamatorios alrededor del dispositivo En el ECG se observaba bloqueo de rama izquierda con espigas y una frecuencia cardiaca de 60 latidos por minutos, dicho MCP es funcional. Llama enormemente la atención el tiempo de exteriorización sin presentar infecciones asociadas, sin antecedente febril y laboratorio en rango. Se realiza extracción del MCP exteriorizado y retiro de uno de los cables expuestos además de nueva colocación de MCP infrapectoral del lado derecho a través del surcodeltopectoral. El procedimiento se realizó sin complicaciones, recibe profilaxis con vancomicina y es dado de alta en buen estado general y buena evolución clínica. **Discusión:** Estamos ante un caso único donde un paciente vive con un dispositivo por mas de un año sin complicaciones infecciosas además de antecedente de exteriorización del MCP anterior, constituyendo un desafío para el equipo de salud su tratamiento. Se debe tener en cuenta este tipo de complicaciones, así como alternativas eficaces para su manejo, es probable que el estado nutricional o la hipotrofia muscular y del tejido muscular secundaria a la edad contribuyera a la exteriorización del mismo.



88

**ABORDAJE MULTIMODAL EN SOSPECHA DE AMILOIDOSIS CARDÍACA**

DRA. ESTELA ISABEL CARVAJAL-JUÁREZ<sup>1</sup>, DR. ERICK ALEXÁNDERSON-ROSAS<sup>1</sup>, DR. ENRIQUE BERRIOS-BÁRCENAS<sup>1</sup>, DRA. GABRIELA MELENDEZ-RAMÍREZ<sup>1</sup>, DRA. ANA KAREN MENDOZA-IBÁÑEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ, MEXICO, MEXICO

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes:** La amiloidosis cardiaca por transtiretina (ATTR-CM) es causada por un mal plegamiento de las proteínas que se depositan en fibrillas de β-amiloide. Un diagnóstico temprano permite iniciar tratamiento, mejorando la calidad de vida y supervivencia del paciente, por lo que un adecuado abordaje diagnóstico es indispensable. Presentamos una serie de casos de tres escenarios clínicos y su abordaje multimodal en el diagnóstico diferencial de ATTR-CM. Caso 1. Masculino de 67 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes y taquicardia ventricular no sostenida. Se realizó una RM con hallazgos de dilatación biventricular, FEVI 70%, grosor septal de 17 mm y reforzamiento sugestivo de miocardiopatía restrictiva. ECOTT también sugestivo. Se colocó DAI como prevención primaria. Continuó con deterioro funcional e ingresos a urgencias por insuficiencia cardiaca agudizada (NT-proBNP 2479). Se realizó cuantificación de cadenas ligeras en sangre y orina descartando gammapatía monoclonal. La gammagrafía con 99mTc-pirofosfatos confirmó el diagnóstico de ATTR-CM. El estudio genético demostró mutación para Val112. Caso 2. Masculino de 55 años con antecedente de síndrome del túnel del carpo bilateral dos años previos, así como parestesias, debilidad muscular en extremidades de un año de evolución y enfermedad renal crónica. ECOTT reporta miocardiopatía infiltrativa y derrame pericárdico. Se realizó gammagrafía con 99mTc-Pirofosfatos la cual resultó negativa para amiloidosis ATTR, se complementó con cuantificación de cadenas ligeras que resultaron positivas estableciendo el diagnóstico de amiloidosis cardiaca de tipo AL. Caso 3. Masculino de 77 años con deterioro de clase funcional y múltiples internamientos por falla cardiaca descompensada de un año de evolución. ECOTT con strain sugestivo de enfermedad infiltrativa, RM con extenso reforzamiento de patrón no isquémico global difuso, VEC: 58%, T1 mapping con aumento global del tiempo de inversión (1139 ms) y grosor septal de 14 mm. Se realiza estudio de cadenas ligeras con resultado negativo. La gammagrafía con 99mTc-pirofosfatos resulta negativa. Ante alta sospecha clínica, se realiza biopsia endomiocárdica la cual confirma el diagnóstico de amiloidosis cardiaca ATTR. Se deberá complementar con tipificación genética para determinar variante no ávida de pirofosfatos. **Discusión:** El abordaje no invasivo en la amiloidosis cardiaca incluye clínica y hallazgos sugestivos por ECOTT y/o RM que en combinación de cuantificación de cadenas ligeras y la gammagrafía con pirofosfatos logran caracterizar la etiología (ATTR/AL) en la mayoría de las veces. La biopsia se reserva para casos de discrepancia entre la imagen y la clínica.

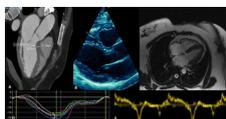
Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
ECOTT y Biopsia	ECOTT negativa	ECOTT y Biopsia
Gammagrafía Positiva	Gammagrafía Negativa	Gammagrafía Negativa
Cadenas ligeras Negativas	Cadenas ligeras Negativas	Cadenas ligeras Negativas
Amiloidosis Cardiaca ATTR hereditaria	Amiloidosis Cardiaca AL	Amiloidosis Cardiaca ATTR hereditaria, variante de tipo

89

**ABORDAJE MULTI-IMAGEN EN CARDIOMIOPATÍA ARRITMOGENICA DEL VENTRÍCULO DERECHO ASOCIADA A MUTACIÓN DEL GEN PKP2: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**DRA. CAROLINA VEGA CUELLAR<sup>1</sup>, DR. JOSE MARTINEZ, DR. ARMANDO GARRIDO, DRA. GLORIA ONEILL<sup>1</sup>CARDIOVASCULAR INSTITUTE OF PANAMA, PANAMA, PANAMA

Presentación E-Poster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes Médicos:** Hipertensión arterial Femenina de 46 años ingresa a cuarto de urgencia con palpitaciones durante el reposo asociado a dolor torácico opresivo, es conocida por múltiples episodios de "palpitaciones" y mareos desde hace 5 años asociado a extrasístoles ventriculares frecuentes en Holter ambulatorios. El examen físico cardiovascular muestra frecuencia cardiaca de 160 LPM, Presión 90/50 mmHg sin soplo cardíaco. El resto de examen físico normal. El electrocardiograma de ingreso presenta taquicardia ventricular con morfología de Bloqueo completo rama izquierda y transición tardía con probable origen en banda moderadora del ventrículo derecho. Las troponinas cardíacas negativas y leve elevación de péptidos natriuréticos, sin trastornos electrolíticos o metabólico. Paciente ingresa a unidad coronaria y se inicia infusión de Amiodarona. Durante el reposo el electrocardiograma en ritmo sinusal con anomalías en la repolarización inversión de onda T en precordiales en ausencia de BCRD, no se observaron ondas Épsilon durante su hospitalización. El ecocardiograma en reposo muestra leve dilatación de ventrículo derecho e hipocinesia de la pared libre. En PLAX el tracto de salida en 23mm/m<sup>2</sup> y función sistólica levemente disminuida (Strain -20%, FAC 40%) TAPSE limitrofe 1.7. El ventrículo izquierdo sin alteraciones en la contractilidad y FEVI preservada (FEVI 3D 57%, SGL-18%), sin valvulopatías reportadas. La tomografía cardíaca evidenció la dilatación del TSDV sin anomalías coronarias o aumento en el calcio Score. La resonancia magnética cardíaca no mostro lesiones aneurismáticas ni evidencia de infiltración o fibrosis miocárdica. Durante su hospitalización se realiza panel genético y se detecta variante heterocigótica patogénica en el gen PKP2 (c2146 G>C) que codifica proteína desmosómica plectoquina. Paciente con criterio mayores de DAVD (eléctricos y genéticos) se continua terapia antiarrítmica y se programa para implante de Desfibrilador implantable e inicio de asesoría genética. **Discusión:** La miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho, es un trastorno hereditario del músculo cardíaco que afecta predominantemente al ventrículo derecho (Corrado et al., 2017). Se caracteriza patológicamente por el reemplazo de mioцитos por tejido fibrótico especialmente a nivel del "triángulo de displasia" conformado por el ápice, tracto de entrada y salida del VD. En el estudio (Leren et al., 2017) hallazgos ecocardiográficos como RV FAC y RV GLS en conjunto con parámetros electrocardiográficos como inversión de ondas T en precordiales V1-V3, constituyen marcadores de eventos arrítmicos. Nuestro caso es de relevancia clínica, por ser una presentación con alta carga arrítmica asociado a alteración estructurales ecocardiográficas y parámetros electrocardiográficos tempranos de la enfermedad.

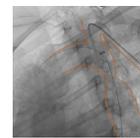


91

**TRATAMIENTO PERCUTÁNEO CON STENT DE COARTACIÓN AÓRTICA SEVERA EN GESTANTE DE 20 SEMANAS. REPORTE DE CASO**DR. CARLOS OLIVARES ASENCIO<sup>1,2</sup>, BASTIÁN VERGARA RIQUELME<sup>2</sup>, IGNACIO ESCOBAR GALINDO<sup>3</sup>, DR. FERNANDO ABRARZÚA CAMUS<sup>3</sup><sup>1</sup>SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA, TEMUCO, CHILE, <sup>2</sup>FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA, TEMUCO, CHILE, <sup>3</sup>SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL, HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA, TEMUCO, CHILE

Presentación E-Poster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** La Coartación Aórtica (CoAo) corresponde a una cardiopatía congénita usualmente diagnosticada en la infancia, pero hasta 20% de los casos se diagnostican en adultos. Las mujeres con CoAo que alcanzan edad fértil han aumentado y los cambios cardiovasculares del embarazo pueden agravar la condición. Una CoAo severa no reparada aumenta el riesgo de crisis hipertensivas, disección aórtica, falla cardíaca congestiva e insuficiencia placentaria (restricción de crecimiento fetal y/o parto prematuro). Una CoAo con hipertensión arterial (HTA) sobreagregada refractaria a terapia antihipertensiva, gradiente aumentada y potencial ruptura aórtica, puede requerir intervención intra embarazo. Presentamos un caso de exitoso tratamiento percutáneo de CoAo severa con HTA sobreagregada en paciente gestante de 20 semanas. **Descripción del caso:** Paciente de 29 años, con diagnóstico de CoAo desde 2018, pero con controles irregulares. En 2022 reaparece cursando embarazo de 11 semanas, con crisis hipertensivas frecuentes y respuesta subóptima a antihipertensivos. Ecocardiografía demostró CoAo severa, gradiente máximo de 61 mmHg. Ante elevado riesgo de complicaciones severas materno-fetales, se propuso cateterismo e instalación de stent. A las 20 semanas, angioTC cuantificó estenosis y se determinó stent a instalar. Aortografía en dos angulaciones, 30° derecha y 30° izquierda confirmó CoAo severa, gradiente 45 mmHg. Se realiza fusión imagenológica 3D2D (angioTC y aortografía) para cateterismo guiado (imagen 1) por imagen fusionada (Philips HeartNavigator®). Se implantó stent cromo-cobalto cubierto 20 mm x 17 mm (BeGraft Bentley®), que expandió perfectamente. Evaluación angiográfica (imagen 2) exitosa con gradiente residual <10 mmHg. Junto a antihipertensivos, se consiguen presiones en rangos normales el resto del embarazo. La evaluación morfológica fetal seriada, enfatizada en la vigilancia de posible asociación con complejo Shone, fue normal. Doppler placentario y crecimiento fetal, también normales. A las 37 semanas, mediante cesárea, nace un niño adecuado a la edad gestacional. Evolución postparto sin incidentes. **Discusión:** Una CoAo severa e HTA sobreagregada con respuesta subóptima a tratamiento antihipertensivo en gestante se asocia a alto riesgo de descompensación materno-fetal. El cateterismo guiado por imagen fusionada redujo 6 veces la dosis de medio de contraste habitual, y permitió que la fluoroscopia pulsada fuese de baja intensidad, disminuyendo a la mitad la dosis de radiación tradicional. La intervención permitió normalizar la presión arterial, disminuir riesgos materno-fetales de la HTA descompensada y evitar la prematuridad. La corrección de una CoAo intra embarazo y procedimientos que impliquen radiación deben ser reservados para casos cuyo empleo sea estrictamente necesario.

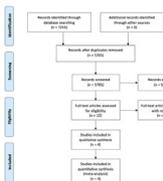


92

**MACHINE LEARNING FOR PREDICTING POST-OPERATIVE ATRIAL FIBRILLATION FOLLOWING CARDIAC SURGERY: A SYSTEMATIC REVIEW**SR. ADHAM EL-SHERBINI<sup>1</sup>, SR. ARYAN SHAH<sup>2</sup>, SR. RICHARD CHENG<sup>3</sup>, SR. ABDELRAHMAN ELSEBAIE<sup>1</sup>, DR. MOHAMMAD EL-DIASTY<sup>3</sup><sup>1</sup>FACULTY OF HEALTH SCIENCES, QUEEN'S UNIVERSITY, KINGSTON, CANADA, <sup>2</sup>FACULTY OF MEDICINE, QUEEN'S UNIVERSITY, KINGSTON, CANADA, <sup>3</sup>DIVISION OF CARDIAC SURGERY, QUEEN'S UNIVERSITY, KINGSTON, CANADA

Presentación trabajos libres para premio, Hub Innovación, junio 7, 2023, 9:00 - 11:00

**Introduction** Artificial intelligence (AI) is a field of study that attempts to mimic aspects of human intelligence. AI's subset, machine learning (ML), has been recently applied in primary care for monitoring, screening, and detecting diseases. Although in its very early stages, ML has the potential to outperform established risk scores and algorithms. Post-operative atrial fibrillation (POAF) is a frequent complication that can occur in 20 to 55% of patients following cardiac surgery and may be associated with serious adverse health outcomes such as stroke and other thrombo-embolic events. In addition, POAF may be associated with increased postoperative mortality, prolonged hospital length-of-stay, and higher rates of future readmissions. These findings underscore the importance of establishing a robust predictor of POAF to guide preventative and treatment strategies. **Objective** This systematic review aims to summarize the potential application and effectiveness of different ML models in predicting POAF following cardiac surgery. **Material and Methods** A literature search was conducted on databases Medline, EMBASE, Cochrane, Google Scholar, and ClinicalTrials.gov for primary studies evaluating the effectiveness of ML for predicting POAF following cardiac surgery. **Results** Through the literature search, 5705 citations underwent title and abstract screening, of which 12 studies were eligible for a full-text evaluation. Overall, four studies were included for data extraction. The average incidence of POAF was 29.06% and evaluated cardiac surgeries include coronary artery bypass graft, single valve surgery, multiple valve surgery, and minimally invasive surgery. ML models included support vector machine (SVM), gradient boosting decision tree (GBDT), random forest (RF), decision tree (DT), logistic regression (LR), K nearest neighbours (KNN), and gradient boosted machine (GBM). The specificity ranged between 0.64 to 0.84, sensitivity ranged between 0.22 to 0.91, and AUROC ranged between 0.67 to 0.94. The most promising model seems to be GBDT (specificity (0.838), sensitivity (0.909), AUROC (0.942)), which was trained on 59 patients and tested on 20 patients. Diagnostic modalities included electrocardiograms, wearable devices, and multivariate perioperative characteristics. Notable clinically relevant risk factors included age, sex, left atrial diameter, glomerular filtration rate, and mechanical ventilation time. **Conclusions** ML models have the potential to predict POAF following cardiac surgery with acceptable specificity, sensitivity, and AUROC scores. Future studies are warranted to validate these findings due to small sample sizes, limited study selection, single-centred studies, and heterogeneity in regard to the diagnostic modality.

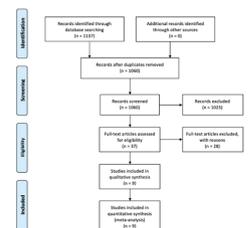


93

**ASSOCIATION BETWEEN PERICARDIAL FLUID NATRIURETIC PEPTIDES AND CARDIAC DYSFUNCTION: A SYSTEMATIC REVIEW**SR. ADHAM EL-SHERBINI<sup>1</sup>, SR. JAMES ZUCKER<sup>2</sup>, SR. CAMERON SARTOR<sup>3</sup>, SRA. KIERA LIBLIK<sup>2</sup>, DR. MOHAMMAD EL-DIASTY<sup>3</sup><sup>1</sup>FACULTY OF HEALTH SCIENCES, QUEEN'S UNIVERSITY, KINGSTON, CANADA, <sup>2</sup>SCHOOL OF MEDICINE, QUEEN'S UNIVERSITY, KINGSTON, CANADA, <sup>3</sup>DIVISION OF CARDIAC SURGERY, QUEEN'S UNIVERSITY, KINGSTON, CANADA

Presentación E-Poster VIII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 11:00 - 12:00

**Introduction** Atrial natriuretic peptide (ANP), B-type natriuretic peptide (BNP), and N-terminal (NT)-pro-BNP are secreted from cardiac tissue and are found in plasma and pericardial fluid. Emerging literature suggests that relative to plasma, the concentrations of the natriuretic peptides in the pericardial fluid may be higher in certain cardiac dysfunctions, suggesting a potentially stronger association. **Objectives** This systematic review aims to summarize the literature on the potential association between pericardial fluid levels of ANP, BNP, and NT-pro-BNP and non-malignant cardiac dysfunctions. **Material and Methods** A systematic review was conducted using Medline, EMBASE, Cochrane, Google Scholar, and ClinicalTrials.gov for primary studies assessing the association between ANP, BNP, or NT-pro-BNP in the pericardial fluid and cardiac dysfunction. **Results** The literature search identified 1,060 citations which underwent title and abstract screening, of which 37 studies underwent a full-text review. Ultimately, nine studies were included for extraction. There was a total of 707 subjects across the nine studies, and in studies that reported patients' sex (n=7), 65% were male, and 35% were female. Sample sizes varied across studies (n=8 to 163; mean 62). Studies evaluating ANP (n=4) reported mixed findings regarding the association between ANP in the pericardial fluid and cardiac dysfunctions. Conversely, studies commenting on BNP and NT-pro-BNP (n=8) found that increased levels of BNP or NT-pro-BNP in the pericardial fluid were typically associated with an increased risk or presence of cardiac dysfunctions. **Conclusions** Elevated levels of BNP and NT-pro-BNP in pericardial fluid appear to be associated with increased risks of cardiac dysfunctions. However, the association between ANP levels in pericardial fluid and cardiac dysfunctions remains unclear. Future studies are warranted to evaluate the underlying mechanism behind elevated ANP, BNP, and NT-pro-BNP levels in pericardial fluid and to determine the diagnostic and prognostic utility of the natriuretic peptides in the pericardial fluid.



94

DOS DIAGNÓSTICOS, UNA ILUSIÓN ÓPTICA

DR. ANDRÉS FELIPE BARRAGAN AMADO<sup>1</sup>, DRA NADIA MARIA SABBAG CHALELA<sup>2</sup>, DR JULIÁN ANDRÉS GELVES MEZA<sup>1</sup>, DR CARLOS EDUARDO GUERRERO CHALELA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL, BOGOTÁ, COLOMBIA, <sup>2</sup>FUNDACIÓN SANTA FÉ DE BOGOTÁ, BOGOTÁ, COLOMBIA

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Introducción** Es frecuente encontrar ilusiones ópticas en ecocardiografía transtorácica (ECO-TT) que aparentan imágenes similares pero representan condiciones clínicas distintas. Se presentan dos casos de intervenciones distintas con imágenes bidimensionales similares. Caso 1 Femenina de 34 años, con origen anómalo de la arteria coronaria izquierda desde la arteria pulmonar (ALCAPA). Reparó a los 10 años de edad con técnica de Takeuchi, evaluada por ECO-TT encontrando un conducto atravesando la arteria pulmonar conectando a la aorta con la coronaria izquierda anómala, (Figura 1.). Caso 2 Femenina de 45 años, con hipertensión pulmonar, presenta angina inestable sin causa aterosclerótica. Estudios de extensión mostraron dilatación aneurismática de la arteria pulmonar con compresión extrínseca de la coronaria izquierda. Se realizó angioplastia con implante de stent en el tronco de la coronaria izquierda, (Figura 2.). **Discusión** El síndrome de Alcapa es una cardiopatía congénita (CC) rara, representa 0,25-0,5% de las CC, siendo la más significativa de las arterias coronarias. Los síntomas como angina o el desarrollo de insuficiencia cardiaca está relacionado con la presencia de colaterales; la ecocardiografía es fundamental en la detección de ALCAPA al revelar la ausencia del orificio arteria coronaria izquierda (ACI) en la raíz aórtica, la derivación del flujo desde el orificio ACI a la arteria pulmonar y las colaterales. El reimplante de la arteria coronaria por medio de un conducto desde la pared de la arteria pulmonar derivando la ACI hacia el ostium coronario izquierdo (técnica Takeuchi), es el manejo de elección como se describe en el primer caso. En los pacientes con hipertensión pulmonar, la angina es un síntoma generalmente atribuido al desbalance metabólico del ventrículo derecho, sin embargo, la compresión extrínseca del tronco coronario izquierdo se ha relacionado con síntomas isquémicos. La intervención percutánea con implante de stent se describe como opción terapéutica, en el caso dos, la paciente se llevó angioplastia con colocación de stent en la arteria coronaria izquierda presentando mejoría sintomática. La clave ecocardiográfica para diferenciar los casos es la obstrucción supravalvular pulmonar ocasionada por el conducto de Takeuchi en el caso-1, versus el flujo laminar pulmonar encontrado en el caso-2, ya que el stent alojado en la coronaria izquierda se encuentra por fuera de la circulación pulmonar. Las imágenes en dos dimensiones aportadas por el ECO-TT pueden crear la ilusión óptica de diferentes condiciones cardiovasculares. Es importante por tanto, conocer a priori la historia clínica del paciente antes de la interpretación de una imagen ecocardiográfica.



95

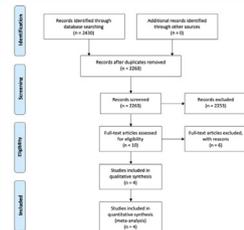
LONG-TERM NEED FOR PERMANENT PACING AND ITS IMPACT ON LATE OUTCOMES AFTER MITRAL VALVE REPLACEMENT: A SYSTEMATIC REVIEW

Sr. Adham El Sherbini<sup>1</sup>, Sra. Nazanin Soghrati<sup>2</sup>, Sra. Aparna Kuchibhatla<sup>2</sup>, Sr. Salah Elsherif<sup>3</sup>, Dr. Mohammad El-Diasty<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Health Science, Queen's University, Kingston, Canada, <sup>2</sup>School of Medicine, Queen's University, Kingston, Canada, <sup>3</sup>Division of Cardiac Surgery, Queen's University, Kingston, Canada

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introduction** Mitral valve replacement (MVR) surgery is commonly associated with an increased risk of cardiac conduction abnormalities. Permanent pacing after MVR may be indicated in some conditions such as atrioventricular block and tachycardia-bradycardia syndrome. Understanding the long-term need for permanent pacemaker (PPM) and its impact on late outcomes after MVR is very important in the management of this group of patients. **Objective** The purpose of this systematic review is to consolidate the current evidence on the long-term need for PPM and its impact on late outcomes following isolated MVR. **Material and Methods** A literature search was conducted on databases Medline, EMBASE, Cochrane, ClinicalTrials.gov, and Google Scholar for primary studies reporting the impact of long-term PPM in patients that have undergone isolated MVR. **Results** The literature search identified 2263 citations that underwent title and abstract screening, of which ten studies were eligible for full-text evaluation. Ultimately, four studies were included and underwent data extraction. A total of 49,006 patients were included, of which 21,094 (52%) were female. The follow-up period ranged from 1-14 years, and the incidence of PPM following MVR was 9.02% (n=4418). In studies that compared MVR to other cardiac surgeries (n=2), MVR was associated with the lowest risk of PPM. Instead, older age, concomitant index procedures, valve replacement surgery, and a history of arrhythmias were associated with an increased risk of PPM. For studies reporting on long-term risks of PPM following MVR, there was not enough high-quality data to establish the role of PPM in increasing the rates of late heart failure or mortality. **Conclusions** There is not enough data in literature to clearly define the long-term impact of PPM following MVR in terms of morbidity and mortality. More large-population studies are required to affirm these findings, given the small study selection, retrospective nature of the data, possible selection bias, and short follow-up periods.



96

HEART CONDUCTION SYSTEM DISEASE AT MULTIPLE LEVELS: A CASE SERIES

DR. DANILO WEIR RESTREPO<sup>1,8</sup>, DR. DAVID ARISTIZABAL COLORADO<sup>2,3,8</sup>, LIC. JHOJAN SEBASTIAN HERRERA VARGAS<sup>4</sup>, DR. CESAR DANIEL NIÑO-PULIDO<sup>5</sup>, DR. IGNASI DURAN-ROBERT<sup>6</sup>, DR. ANTONIO BAYES DE LUNA<sup>7,8</sup>

<sup>1</sup>INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT, UNIVERSIDAD CES, MEDELLÍN, COLOMBIA, <sup>2</sup>INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT, UNIVERSIDAD LIBRE, CALI, COLOMBIA, <sup>3</sup>INTERNAL MEDICINE INSTITUTIONAL GROUP (GIMI 1), CALI, COLOMBIA, <sup>4</sup>RESEARCH DEPARTMENT, CLÍNICA SOMER (GICSO), RIONEGRO, COLOMBIA, <sup>5</sup>ELECTROPHYSIOLOGY SERVICE, CES CARDIOLOGÍA, MEDELLÍN, COLOMBIA, <sup>6</sup>CARDIOLOGY SERVICE, QUIRÓNSALUD HOSPITAL, BARCELONA, SPAIN, <sup>7</sup>RESEARCH INSTITUTE HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU, IIB-SANT PAU, BARCELONA, SPAIN, <sup>8</sup>CARDIOVASCULAR RESEARCH FOUNDATION, CARDIOVASCULAR ICC-PROGRAM, RESEARCH INSTITUTE HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU, IIB-SANT PAU, BARCELONA, SPAIN

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introduction:** The advanced interatrial block (A-IAB) diagnosis is done by surface ECG analysis when the P-wave length  $\geq 120$  ms with biphasic ( $\pm$ ) morphology in leads II, III and aVF. It has been associated with supraventricular arrhythmias (atrial fibrillation/flutter), stroke, dementia and mortality. The trifascicular blocks, which are defined in surface ECG by Right bundle branch block (RBBB) + Superior Anterior Hemiblock (SAH) and long PR, or RBBB + Inferior Posterior Hemiblock (IPH) and long PR, or Left bundle branch block (LBBB) with long PR or second-degree AV block. These concepts still arise controversy, with opponents and supporters. In the current paper, we show a case series of patients with conduction delays at multiple levels of the heart conduction system. **Objectives:** To describe the population characteristics of patients which fulfilled the ECG criteria for A-IAB and trifascicular block in a cardiac surgery cohort. To describe the existence of ECG findings of A-IAB plus trifascicular block **Methods:** A retrospective data recollection from a cohort of patients someted to a cardiac surgery by ischemic and/or valvular disease was done in two clinical centers in Barcelona, Spain. The patients included in this serie must fulfill the ECG criteria for trifascicular block and A-IAB. The population characteristics were collected by a multiparametric questionnaire done by the authors and the ECG was analyzed using Geogebra software for precision measures and further interpretation. A central frequency analysis was done to calculate mean and median. **Results:** Thirteen patients were included in our study, 77% were males, the median age was 70.5 years (SD:7.96 years) and the median BMI was 26.78 (SD:3.54). Regard the comorbidities, 92% had arterial hypertension, 76% dyslipidemia, 38% diabetes, 23% had smoking habit, 30% had history of AF or flutter, 8% COPD, 8% sleep apnea, 8% had history of stroke, 23% had peripheral artery disease, 23% CKD; regarding HF etiology, 23% was valvular, 23% mixed (Valvular and ischaemic), 30% ischaemic, 8% hypertensive. 38% of the patients underwent to valve replacement, 54% to revascularization, 8% to valve replacement and revascularization. These results are shown in table 1. All these patients exhibit an ECG pattern characterized by sinus rhythm, A-IAB and trifascicular block in any of its definitions. In figure 1 we show an example of these ECG findings. **Conclusions:** The A-IAB and trifascicular block can be present in patients with different cardiovascular risk factors and probably could be associated with structural heart disease.



98

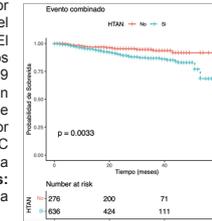
CARACTERÍSTICAS Y EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL NOCTURNA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

DR. JOAQUIN PEREA<sup>1</sup>, DR. DAMIAN MALANO, DR. BRIAN PEROTTI, DRA. EVELIN FIORI, DRA. SOFIA MARIA CORZO, DRA. CAMILA MUSLERA, DR ANDRES MAZUQUIN, DR FRANCISCO GOLDARACENA, DR ALVARO SOSA LIPRANDI

<sup>1</sup>SANATORIO GUEMES, BS AS, ARGENTINA

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** La hipertensión arterial (HTA) continua siendo el factor de riesgo más prevalente para enfermedad cardiovascular. El holter de presión arterial juega un rol fundamental para el diagnóstico y manejo de la HTA ya que proporciona información sobre las variaciones circadianas de la presión arterial (PA) y puede identificar la hipertensión arterial de guardapulso blanco y la hipertensión arterial nocturna (HTAN). Una reducción de la presión arterial sistólica (PAS) del 10 al 20% durante la noche se considera un descenso fisiológico. La ausencia de una disminución de la PAS o su aumento se asocia con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. **Objetivo:** Determinar si la presencia de hipertensión arterial nocturna (HTAN) se asocia a desenlaces cardio-vasculares en el seguimiento. Análisis estadístico: Estudio observacional. Se analizó la base de datos en un centro de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires confeccionada a partir del registro de holter de presión arterial de 24 hrs. Se analizaron las características clínicas, los estudios por laboratorio e imágenes y los eventos en el seguimiento. Se incluyeron sujetos >18 años que presentaban diagnóstico de HTA. Se definió como HTAN aquellos pacientes que presentaban valores de presión arterial durante el periodo pasivo  $\geq 120/70$  mmHg. Se realizó el análisis convencional para la estadística descriptiva. Se realizaron curvas de Kaplan-Meier para evaluar la sobrevida libre de eventos en el seguimiento. Se realizaron análisis uni y multivariados a través del método regresión de Cox para encontrar predictores de riesgo asociados. Se utilizó el programa Rstudio (versión 1.4.1106) y se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ . **Resultados:** De 1048 sujetos iniciales, se incluyeron 969 para el análisis final. El 55% eran de sexo femenino, con un promedio de edad de 59.7 años. El 69% (n=673) presento HTAN. El grupo con HTAN presentaba mayor IMC, mayor frecuencia de DBT y daño de órgano blanco a nivel del ecocardiograma y función renal que el grupo sin HTAN. El criterio de valoración principal se presentó en 83 sujetos con una mediana de seguimiento de 25.9 (14.6) meses, 69 (10.4%) en el grupo con HTAN y 14 (4.8%) en el grupo sin HTAN (p=0.007). El modelo multivariado por regresión de cox demostró que la presencia de HTAN fue un predictor independiente de eventos cardiovasculares (HR= 3.60, IC 95% 1.12-11.5; p= 0.03), incluso independientemente de la presencia de hipertensión arterial diurna. **Conclusiones:** En esta cohorte contemporánea, la HTAN se asocio con la aparición de desenlaces cardiovasculares.



99

DOBLE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO, VARIANTE FALLOT, DEFECTO ATRIOVENTRICULAR EN MUJER DE 57 AÑOS CON DEXTROCARDIA: PRESENTACIÓN DE CASO

DR. GABRIEL ANTONIO GARCIA PERDOMO<sup>1</sup>, DRA. TRINIDAD TRINIDAD SALDÍVAR MENA<sup>1</sup>, DRA. SELEDONIA MARTÍNEZ<sup>1</sup>, DR. FULGENCIO SEVERINO<sup>1</sup>, DRA ANA CASTILLO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL SALVADOR BIENVENIDO GAUTIER, SANTO DOMINGO, DOMINICAN REPUBLIC

Presentación E-Poster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

#### Abreviaturas:

ETT ecocardiograma transtorácico  
CIV comunicación interventricular  
CIA comunicación interauricular  
DSVD Doble salida del ventrículo derecho

**Antecedentes:** La DSVD se define cuando más de un 50% de cada gran arteria se origina desde el ventrículo derecho morfológico, siendo el subtipo fallot infrecuente, complejo y un excepcional caso superviviente a la quinta década de la vida sin corrección (1,2). Presentación de caso: Paciente de 55 años, cianosis en ejercicio desde la niñez, hace 1 año presenta ataxia, realizándose Resonancia cerebral se diagnostica meningioma, acude a ecocardiografía por evaluación anestésica por soplo cardíaco. Presión arterial: 140/90 mmHg, Frecuencia cardíaca: 119 latidos, Frecuencia respiratoria: 22 por minutos, oximetría: 86%. Boca: labios cianóticos, cuello: ingurgitación venoyugular 6cm, reflujo hepatoyugular; tórax: ápex sexto espacio intercostal línea axilar anterior derecha; corazón: ruidos irregulares, soplo holosistólico precordial derecho irradiado a espalda; miembros: cianosis distal y acropalgias; Electrocardiograma: fibrilación auricular, imagen de bloqueo de rama derecha; ETT: dextrocardia, situs isoméxico izquierdo, DSVD variante fallot con obstrucción valvular pulmonar severa, hipertrofia ventricular derecha, CIV tipo defecto de los cojinetes endocárdicos intermedio con extensión a la salida, CIA grande tipo ostium secundum con extensión al seno venoso, función ventricular izquierda deprimida (FEVI por 3D 45%). Laboratorios: Hcto 45%, Hb 15 gr/dl. Tomografía toracoabdominal: isomerismo izquierdo, CIV, CIA, trombosis parcial de seno coronario. **Discusión:** La DSVD es infrecuente (1%) comparada con otras congénitas (2). El tipo de conexión más rara es el discordante (9-19%), siendo el defecto tipo canal el más frecuente; 30% de casos presentan síndromes genéticos, mutaciones del gen PITX2 y lateralidad anormal (3). Los isomerismos suelen verse, siendo menos del 1% de los casos, frecuentemente en mujeres (70%) (1), coincidiendo estos datos con nuestro caso, siendo el único revisado con edad mayor a 50 años sin reparación, solo un mínimo de pacientes alcanza la adultez sin cirugía, siendo esta desafiante por su complejidad.

#### Bibliografía

1. Myunh K Park. Cardiología pediátrica. 6ta Ed. España: Elsevier; 2015. Chapter Doble Salida del ventrículo derecho; p. 360-366
2. Cristo I Chervenkov et al. Reparación quirúrgica de comunicación auriculoventricular con unión auriculoventricular común cuando se asocia con tetralogía de Fallot o doble salida del ventrículo derecho. *cardiol joven*. 2006 Sep;16 Suplemento 3:59-64.
3. Giovanni Ríos-Dueñas et al. Dextrocardia con doble salida del ventrículo derecho con comunicación interventricular no relacionada asociada a malposición de grandes vasos. *Rev Colomb Cardiol*. 2021;28(4):383-388



100

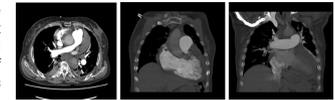
CHRONIC PULMONARY THROMBOEMBOLISM AND CHRONIC AORTIC DISSECTION: A SURGERY CHALLENGE

DR DIEGO PEÑA<sup>1</sup>, DRA. MAYRA ALEJANDRA ESTACIO BENAVIDES<sup>1</sup>, DR JUAN VELEZ<sup>1</sup>, DRA PAULA ANDREA CARDENAS MARIN<sup>1</sup>, DR ALEJANDRO MORENO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA

Presentación E-Poster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Background:** Pulmonary endarterectomy is the treatment of choice for pulmonary hypertension secondary to chronic thromboembolic disease. In this case report, a patient with chronic pulmonary thromboembolism is presented, with a type A aortic dissection at the same time. **Case presentation:** We present the case of a 70-year-old female patient with a known medical history of chronic pulmonary thromboembolism; she had received rivaroxaban 20 mg daily. The patient was admitted to our hospital with dyspnea, chest pain, and edema of the lower limbs. Pulmonary CT angiography reported acute central pulmonary thromboembolism in the left lobe branch. Ventilation/perfusion SPECT lung scintigraphy reported multiple segmental involvements in both lungs, severe in the right lung. Right catheterization was performed with pulmonary arteriography that reported healthy coronary arteries and severe pulmonary hypertension, categorized as group IV. Considering the discrepancy between the initial CTPA and the PET V/Q scintigraphy finding, it was decided to complement studies with a new pulmonary CTPA and TTE to assess thrombus accessibility for possible pulmonary thromboendarterectomy. And there was an unexpected finding of thoracic aortic dissection with intimal dissection flap in the distal aortic arch with extension to the descending thoracic aorta, with supra-aortic trunks originating from the true lumen. Figure 1. Surgical thromboendarterectomy and repair of aortic dissection are considered, so it is transferred to surgery rooms. Intraoperatively, a TEE was performed, where a false lumen thrombosis was observed, together with an intramural hematoma, without an aneurysm of the aortic root. Given the findings described, a chronic dissection was considered, and it was decided not to perform any intervention on the aortic root; therefore, only surgical thromboendarterectomy is performed under extracorporeal circulation and hypothermia at 18°C, requiring two periods of circulatory arrest, the procedure was completed without complications. Figure 2 She was transferred to the intensive care unit where she stayed for 4 days. Medical management was adjusted, and after 8 days of postoperative surveillance, the patient was discharged with anticoagulation. **Discussion:** Acute aortic dissection and its correction have a mortality of approximately 20%, and pulmonary thromboendarterectomy surgery, in turn, is a complex procedure that requires circulatory arrest with profound hypothermia, so the combination in an only time of both surgeries makes it a prohibitive risk for the patient. To achieve the best possible result, we consider that each patient should be individualized taking as a guide the predictive factors of poor clinical outcomes like baseline aortic diameter and age.



102

CARACTERÍSTICAS Y DESENLACES EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

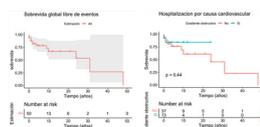
DRA. MELISA ELFMAN<sup>1</sup>, DR. JOAQUÍN PEREA, DR. EZEQUIEL JOSE ZAIDEL, DRA. AGUSTINA SAUCEDO OJEDA, DR. ALVARO SOSA LIPRANDI, DRA. MARÍA INÉS SOSA LIPRANDI

<sup>1</sup>SANATORIO GUEMES, BUENOS AIRES, ARGENTINA

Presentación E-Poster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Introducción:** La miocardiopatía hipertrofica (MCH) es la miocardiopatía hereditaria más frecuente con una expresión genética y fenotípica compleja. El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de MCH, sus características y la tasa de eventos en el seguimiento.

**Métodos:** Estudio observacional, de corte transversal. Se analizó la base de datos (registro continuo de miocardiopatías) en un centro de tercer nivel de la ciudad de Buenos Aires. Se analizaron las características clínicas, los estudios por imágenes, estudios genéticos y los eventos en el seguimiento. Se incluyeron sujetos >18 años que presentaban criterios de MCH. Análisis estadístico convencional descriptivo. Se realizaron curvas de Kaplan-Meier para evaluar la supervivencia libre de eventos en el seguimiento. Se utilizó el programa RStudio (versión 1.4.1106) y se consideró significativo un valor de p <0,05. **Resultados:** Desde febrero 2017 a enero 2023 fueron evaluados 505 pacientes (p) en un programa ambulatorio de insuficiencia cardíaca (IC). De ellos 63 eran portadores de MCH (12.5%). Fueron excluidos 10 p con diagnóstico de amiloidosis y enfermedad de Fabry, 13/53 p (24.5%) cumplían criterios de MCH obstructiva. Las características basales se describen en la tabla 1. En 8 pacientes (15%) se realizó estudio genético (panel de análisis secuencial de 168 genes, hallando en 6 (75%) mutaciones compatibles con MCH. Recibieron tratamiento farmacológico con beta bloqueantes o bloqueantes cálcicos 77% y 34% respectivamente, 17% terapia de reducción septal (TRS); 13.2% miectomía, y 3.8% alcoholización septal luego de una mediana de seguimiento de 3 años, IQR [1.10]. Eventos en el seguimiento: Hospitalización cardiovascular 13 p (24.5%), nueva fibrilación auricular 2p (3.8%), nuevo cardiodesfibrilador implantable 6p (11.3%), muerte súbita abortada 1p (1.9%). Fallecieron 4 p (7.5%). La supervivencia global libre de eventos fue 26.8% a 31 años de seguimiento. La supervivencia libre de hospitalización cardiovascular a 20 años no mostró diferencias significativas entre la MCH obstructiva y no obstructiva. (Figura 1). **Conclusiones:** La identificación adecuada y la evaluación clínica detallada de los pacientes y familiares así como la alta sospecha clínica para su diagnóstico es muy importante dada la elevada tasa de eventos en el seguimiento. Se aguarda el impacto de la incorporación asistencial de los nuevos tratamientos farmacológicos recientemente aprobados.



103

MUERTE SÚBITA EN AMÉRICA LATINA: UN ANÁLISIS POBLACIONAL SOBRE LA CONCENTRACIÓN, USO DE DESFIBRILADOR Y REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN REPÚBLICA DOMINICANA

DRA. GISELLE M. SANTANA MEJÍA<sup>1</sup>, LIA MARIA JOUBERT GARCÍA<sup>2</sup>, DR. CARLOS MATOS TIRADO<sup>3</sup>, DR. CARLOS RIVERA<sup>4</sup>, DR. RUBÉN ASTACIO<sup>5</sup>, DRA. JOHANNA SÁNCHEZ<sup>1</sup>, DRA. VICTORIA ARIS-SÁNCHEZ<sup>2</sup>, MARIELA GARCÍA MARTÍNEZ<sup>2</sup>, RAFAEL CORTORREAL<sup>2</sup>, DRA. ELIANY MEJÍA-LÓPEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MELOSA CLINICA BRUGAL, SANTO DOMINGO, DOMINICAN REPUBLIC, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA, SANTO DOMINGO, DOMINICAN REPUBLIC, <sup>3</sup>BRIGHTMAN AND WOMEN'S HOSPITAL, BOSTON, UNITED STATES, <sup>4</sup>UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SANTO DOMINGO, SANTO DOMINGO, DOMINICAN REPUBLIC, <sup>5</sup>FUNDACIÓN CORAZONES UNIDOS, DOMINICAN REPUBLIC

Presentación trabajos libres para premio, Hub Innovación, junio 7, 2023, 9:00 - 11:00

**Antecedentes:** El uso de desfibriladores es crucial para reducir el número de muertes por paro cardíaco, una de las principales causas de muerte a nivel mundial. El uso de desfibriladores aumenta las posibilidades de supervivencia de los pacientes que experimentan este tipo de evento cardíaco. Pocos países latinoamericanos cuentan con leyes que exigen la instalación de desfibriladores y el entrenamiento de la población en técnicas de reanimación. Se desconoce la incidencia y prevalencia de muerte súbita cardíaca (MSC) en República Dominicana (RD). Se ha estimado que esta cobra más de 7 millones de vidas al año en todo el mundo. **Objetivos:** Determinar el nivel de conocimiento en la población general de RD en cuanto a MSC, reanimación cardiopulmonar (RCP), desfibrilador externo automático (DEA) y su uso. **Métodos:** Se encuestó a 575 personas con edades comprendidas entre los 17 y los 79 años en diferentes espacios públicos de las 3 principales ciudades del país, incluyendo hospitales, terminales de transporte público y áreas comerciales. Se utilizó una encuesta estandarizada para evaluar los conocimientos básicos sobre la MSC. De la población examinada, el 57,6% eran mujeres y el 43% de la población tenía niveles de educación superiores. **Resultados:** El 65,7% de la población encuestada dijo saber qué es la MSC, el 62,5% no sabía cómo actuar en caso de MSC, el 69,1% no sabía que es la cadena de supervivencia, el 97,9% sabe llamar al 911 en caso de emergencia, el 51,5% no sabía hacer RCP, el 54,2% no sabía qué era un DEA, y del 45,8% que sabía, solo el 46% de estos sabían usar un DEA. El 61,1% de los entrevistados afirma no haber visto nunca un DEA en espacios públicos, el 54,4% niega haber recibido formación sobre cómo hacer RCP, el 54,6% no tiene conocimiento sobre cómo se hace la RCP. A pesar de las limitaciones de conocimiento sobre cómo hacer RCP, el 46,6% de los encuestados afirmó estar dispuesto a hacer RCP de ser necesario durante una emergencia y el 43,1% se involucraría activamente para ayudar. **Conclusión:** La mayoría de las personas en RD pueden reconocer un paro cardíaco y participarían en situaciones de paro cardiorrespiratorio, pero no tienen los conocimientos ni herramientas para responder adecuadamente. Este estudio establece la responsabilidad estatal y social en la educación sobre maniobras médicas básicas como RCP y buscando promover la iniciativa de crear ciudades cardioprotégidas en los diferentes países de América Latina.

104

PERICARDITIS POR CHIKUNGUNYA

DR. VICTOR DANIEL GIMENEZ ORTIGOZA<sup>1</sup>, DRA. DAISIS CAROLINA PENAYO FRANCO<sup>1</sup>, DR. DIEGO HERNÁN ZAPATTINI<sup>1</sup>, DR. JAVIER GALEANO<sup>1</sup>, DRA. ROCÍO DEL PILAR FALCON<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DE CLINICAS, ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes:** Chikungunya es una enfermedad febril viral, transmitida por picadura de mosquitos del género Aedes. La palabra Chikungunya, proviene del makonde, un lenguaje hablado en el sur de Tanzania y significa hombre encorvado o retorcido, otros lo traducen el que se inclina hacia arriba, por la posición antálgica de los pacientes debido al dolor en las articulaciones. La infección causa fiebre de aparición abrupta, dolor de espalda, mialgias, cefalea y brote, pero la característica predominante es la presencia de poliartralgias, con compromiso de pequeñas y grandes articulaciones, que pueden llegar a ser incapacitantes y en algunos casos puede durar por varios años. A finales del 2013, se notificaron los primeros casos de transmisión autóctona de este virus en Las Américas. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de una paciente de femenina de 31 años de edad, que acude a urgencias por cuadro de dolor precordial de elevada intensidad acompañado de disnea en reposo de 30 min de duración. Al examen físico a nivel cardiovascular presentó ruidos normales, murmullo vesicular normal, adoptando en el lecho la posición mahometana, resto del examen físico sin particularidades. En el ECG se constata supradesnivel del ST de 2 mm con concavidad superior y descenso del PR; se diagnostica pericarditis de etiología a filiar. La paciente no presentó historia febril ni artralgia por lo que buscando etiología se solicita diversos exámenes laboratoriales entre ellos biología molecular para Arbovirus, retornando positivo para Chikungunya. En el ecocardiograma inicial se observó derrame pericárdico circunferencial de 5mm además de aumento de refringencia del pericardio, en el análisis laboratorial presenta troponinas negativas y hemograma dentro de límites normales. El estudio evolutivo, realizado a los 7 días, demostró la desaparición del derrame. El paciente se mantuvo en internación por 48 horas y posterior seguimiento ambulatorio con buena respuesta al tratamiento con colchicina e ibuprofeno, como llamativo presentó picos febriles al 4 y 5 día de diagnóstico. **Discusión:** El caso fue discutido por varias especialidades debido a su presentación atípica, la chikungunya puede tener diversidad de manifestaciones y presentaciones cardiovasculares incluidos la miopericarditis o el shock cardiogénico, no obstante, se resolvió de manera espontánea sin complicaciones. La pericarditis por tanto fue la forma de presentación de la enfermedad, a pesar de ser considerada inusual. Habría sido ideal la realización de estudio por resonancia magnética cardiaca para el diagnóstico más certero, pero este no se encontraba disponible en el centro.



105

PACIENTE CON LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS T PERIFÉRICO NO ESPECIFICADO Y SOSPECHA DE CARDIOTOXICIDAD POR QUIMIOTERAPIA. PRESENTACIÓN DE CASO

DR. MANUEL BAZÁN MILIÁN<sup>1</sup>, DR. YRVING FIGUEROA PEGUER, DRA. TAMMY ALONSO DIAZ, DRA C ELIZABETH CUETARA LUGO

<sup>1</sup>INSTITUTO DE ONCOLOGIA Y RADIOBIOLOGIA, HABANA, CUBA

Presentación E-Póster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

Los linfomas no Hodgkin son enfermedades que evidencian trastornos linfoproliferativos y afectan a los linfocitos o sus precursores en diferentes etapas de su desarrollo, por lo que su comportamiento clínico, biológico y de respuesta al tratamiento es muy variable. La Agencia Internacional de Investigación en Cáncer estimó que para el año 2018 se diagnosticaron 509 590 casos nuevos de LNH (2.8 % de todos los casos nuevos de cáncer). En Cuba, según el Registro Nacional del Cáncer, en el año 2015 los Linfomas no Hodgkin tuvieron una incidencia de 820 casos nuevos. Los Linfomas no Hodgkin de Células T son neoplasias poco comunes que representan solo el 10-15 % de todos los LNH. **Presentación:** Paciente femenina de 44 años, blanca que en enero del 2020 se diagnostica un Linfoma no Hodgkin de células T periférico no especificado que se clasifica con un IPI: riesgo bajo, por edad menor de 60 años, LDH normal y medula ósea negativa, se estaba como IIA. Se impone tratamiento de quimioterapia con esquema CHOEP (6 ciclos) logrando control de la enfermedad. En septiembre 2021 presenta recaída de la enfermedad, se decide quimioterapia con esquema ESHAP (3 ciclos). En espera del trasplante medula, es remitida a la consulta de cardiocardiología por disnea a esfuerzos que progresa a esfuerzo habituales, es evaluada por biomarcadores e imágenes cardiacas no encontrando elementos de cardiotoxicidad. Se realiza PETCT y demuestra actividad tumoral. **Discusión:** El empleo de antraciclina y otras drogas cardiotoxicas, infiere la posibilidad de cardiotoxicidad: dosis totales de antraciclina recibidas, los esquemas utilizados, no obstante, el examen físico de la paciente y la sintomatología eran imprecisos. Los biomarcadores al inicio del tratamiento y en el momento de evaluación no detecta un aumento de sus valores. Se describe, la posibilidad de no detectar disfunción cardíaca relacionada con la terapia del cáncer en pacientes asintomáticos o insuficiencia cardíaca sintomática, debido a las estrategias de menor dosis de quimioterapia utilizadas. Hay autores que testifican que pacientes con una disminución de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) para un valor absoluto de 50 – 59% que tienen una strain global longitudinal (SGL) > 16% se consideran FEVI preservada. En el caso que describimos, tanto la FEVI como el SGL se encontraban en valores normales y no habían experimentado una disminución con respecto a los valores basales, por lo que decidimos realizar un PETCT que nos demuestra la actividad tumoral de la enfermedad.



106

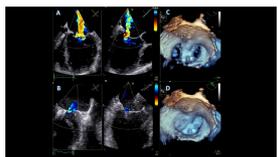
MITRACLIP EN PACIENTES NO COAPT CON INSUFICIENCIA MITRAL SECUNDARIA COMO PUENTE A TRASPLANTE: EL ARTE FUERA DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS

JUAN DAVID ROJAS PERDOMO<sup>1,2</sup>, DR. CARLOS ALBERTO FUENTES PEREZ<sup>1,2</sup>, DR. WILMER ALEXANDER CELY CELY<sup>1</sup>, DR. EDGAR FERNANDO HURTADO ORDOÑEZ<sup>1</sup>, DR. FERNÁN DEL CRISTO MENDOZA BELTRÁN<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>FUNDACIÓN CLÍNICA SHAIQ, BOGOTÁ DC, COLOMBIA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD EL BOSQUE, BOGOTÁ DC, COLOMBIA

Presentación Casos Clínicos para PREMIO, Hub Innovación, junio 7, 2023, 11:15 - 13:00

**Antecedentes:** El trasplante cardíaco es una terapia efectiva para pacientes con falla cardíaca crónica avanzada (FCCA). La disponibilidad de órganos es baja y el incremento progresivo en pacientes candidatos determina en FCCA un pronóstico ominoso. Presentamos dos casos inusuales de pacientes con FCCA sin criterios COAPT, sometidos a mitracclip como terapia puente (MTP) a decisión y puente a trasplante. **Descripción de caso 1:** Masculino de 60 años, con FCCA NYHA III/IV, INTERMACS 4, FEVI de 24% con cardiomiopatía dilatada de etiología chagásica. Fibrilación auricular permanente. Usuario CDI. Terapia medica óptima. Hospitalización por descompensación aguda de FCCA, ECO TE con insuficiencia tricúspidea severa (ITS) e insuficiencia mitral severa secundaria (IMSS) desproporcionada 0.145 Carpentier IIIB. Diámetro diastólico ventrículo izquierdo (DDVI) 7.1 cm. Valoración en junta multidisciplinaria. Se implantaron dos clips con insuficiencia leve residual como puente a decisión. Seguimiento a los 9 meses sin recurrencia de hospitalizaciones, NYHA II/IV, no requerimiento de inotropia intermitente. **Descripción de caso 2:** Masculino de 55 años, con FCCA NYHA IV/IV, INTERMACS 3, FEVI de 12% con cardiomiopatía dilatada de etiología isquémica y chagásica. Diabetes mellitus tipo 2, ACV isquémico 2011. Usuario CRT-D. Terapia medica optima. Terapia con inotropia intermitente. Hospitalización por descompensación aguda de FCCA, ECO TE con ITS e IMSS desproporcionada 0.16 Carpentier IIIB. DDVI 8.7 cm. Profundidad de coaptación 19 mm, zona de coaptación 0.2 cm. Valoración en junta multidisciplinaria. Se implantó un clip con insuficiencia leve residual como puente a trasplante. Seguimiento a los 7 meses sin recurrencia de hospitalizaciones, NYHA III/IV, en manejo con inotropia intermitente y en lista de espera. **Discusión:** La IMSS está presente en 1 de cada 5 pacientes con FCCA. La evidencia sobre MTP a trasplante recae en estudios observacionales. En centros de referencia, el flexibilizar los criterios COAPT amplía el horizonte de posibles candidatos. Presentamos dos casos de FCCA con IMSS sin criterios COAPT con implante de mitracclip. La mejoría significativa en los síntomas y en la tasa de hospitalizaciones ha permitido que 1 de cada 4 pacientes egrese de la lista de trasplante. El MTP, permitió suspender el soporte inotrópico intermitente y el paciente no fue evaluado para trasplante. En el segundo caso, se obtuvo mejoría sintomática y ausencia de hospitalizaciones: continúa en lista de espera. La experiencia del equipo permite la flexibilización de criterios para selección de posibles candidatos. En FCCA, el MTP es considerado una opción segura y efectiva.



107

CALCIFICACIÓN CASEOSA DEL ANILLO MITRAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

DRA. MARIA CAROLINA MANZUR BARBUR<sup>1,2</sup>, DRA. ESTHER MARÍA CAMPO BAUTISTA<sup>1,2</sup>, DR. DIEGO ALEJANDRO RANGEL RIVERA<sup>1,2</sup>, DRA. CLAUDIA JAIMES<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL - INSTITUTO DE RADIOLOGÍA, BOGOTÁ, COLOMBIA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD DEL ROSARIO - ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD, BOGOTÁ, COLOMBIA

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

La calcificación caseosa del anillo mitral (CCAM) corresponde a un tipo infrecuente de calcificación degenerativa valvular. Se presenta en <1% de pacientes con calcificación mitral, siendo diagnosticada principalmente a través de imágenes. Presentamos los datos relevantes de un caso clínico de un paciente con CCAM. Paciente masculino de 66 años con antecedentes de cardiopatía isquémica con FEVI disminuida, revascularizado en 2005 y 2007. Ingresó en diciembre de 2021 por dolor torácico y síntomas congestivos. Se documentó nuevo evento coronario tipo IAMSEST. Como otros antecedentes presentaba hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal, hiperparatiroidismo secundario, ACV y fibrilación auricular anticoagulada. Cateterismo cardíaco sin lesiones obstructivas, considerando IAM tipo 2 relacionado con descompensación de falla cardíaca. El ecocardiograma mostró FEVI 24%, dilatación severa de la aurícula izquierda, calcificación caseosa del anillo valvular mitral, con extensión a todo el cuerpo de la valva mitral posterior, que mostraba restricción en su movimiento y trombo apical organizado, continuando anticoagulación. Se optimizó manejo de falla y se implantó CDI como prevención primaria. A los 6 meses se realizó ecocardiograma de control que mostró permanencia del trombo apical organizado, FEVI de 21%, y masa que infiltraba todo el cuerpo de la valva mitral posterior a nivel de sus folletos P1 y P2 de 25 x 15 mm la cual se extendía hasta el anillo, hallazgos que sugerían CCAM. Se realizaron angiografía y ECO TE que coincidieron con hallazgos compatible con CCAM como primer diagnóstico. Se realizó una reconstrucción 3D que mostró el compromiso extenso de la valva posterior de la valva mitral. La CCAM es una condición poco prevalente asociada a enfermedad aterosclerótica, enfermedad renal en etapa terminal y alteración del metabolismo fosfo-cálcico, coincidiendo con las características clínicas del paciente que presentamos. Se describe como una masa ecogénica redonda o semilunar en la región perianular de la mitral, comprometiendo en la mayoría de casos la región posterior del anillo. Se desconoce el tratamiento específico para esta condición, centrándose en el control de factores de riesgo y el manejo de la valvulopatía según su grado de severidad. En los casos en los que la valvulopatía sea asintomática puede ser seguida ecocardiográficamente, y ante disfunción valvular significativa o potencial embolígena de la masa, se puede plantear intervención quirúrgica. Su principal diagnóstico diferencial se realiza con tumores intracardiacos y con endocarditis infecciosa.



Figura 3. CTI. Reconstrucción 3D. Masa correspondiente los folletos P1 y P2 de la valva mitral. 1A: valva ántica. A: valva anterior de válvula mitral. P: valva posterior de válvula mitral.

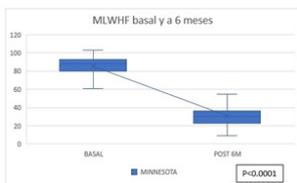
108

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE FALLA CARDIACA DE REFERENCIA NACIONAL**DRA. MARÍA CECILIA GARCÍA SANDOVAL<sup>1</sup>, LICENCIADA CECILIA BRAVO ARTEAGA<sup>1</sup>, DR. JAVIER CHUMBE MONTORO<sup>1</sup>, DRA. PAOLA OLIVER RENGIFO<sup>1</sup><sup>1</sup>HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, LIMA, PERÚ

Presentación E-Póster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

Las Unidades de Falla Cardíaca (UFC) son programas de intervenciones de soporte médico, educativo, social y emocional que han demostrado disminuir el riesgo de hospitalizaciones, muerte y mejorar la calidad de vida de los pacientes por lo cual tienen indicación IA en el manejo de esta patología. **Objetivo:** Evaluar la el impacto de la UFC en la calidad de vida de los pacientes que se atienden en el programa de Falla cardíaca (FC) de nuestra institución que es un Hospital terciario de referencia nacional. **Métodos:** Se registraron los datos de pacientes que ingresaron a la UFC de nuestra institución desde 2017 a 2022. Se registraron los datos demográficos, clínicos, laboratorio y ecocardiograma así como la calidad de vida evaluada con el cuestionario Minnesota Living with Heart Failure (MLWHF) que se realizó en la visita basal y a los 6 meses. Se analizó la variación de la puntuación total del MLWHF al inicio del programa y a los 6 meses de seguimiento. Se analizaron las variables asociadas a la disminución de la puntuación MLWHF que indica mejoría de la calidad de vida. **Resultados:** De 367 pacientes ingresados a la UFC, 31 pacientes fallecieron en 6 meses (mortalidad 8.4%). 147 pacientes completaron los cuestionarios MLWHF al inicio y a los 6 meses. 55.8% fueron varones, la edad promedio fue 76.4 ± 23.1 años, la FEVI basal según ecocardiograma fue 39.5 ± 14.8 %, el prbnp basal promedio fue 5857.67 ± 6990.47 pg/mL, y la cardiopatía isquémica fue la etiología principal en el 38% de estos pacientes. La puntuación promedio del cuestionario MLWHF basal fue 85.6 ± 9.8 y a los 6 meses fue 31.0 ± 11.6 (P<0.0001). (Fig 1) Todos los pacientes disminuyeron su puntuación en la escala al seguimiento (lo cual representa mejor calidad de vida). Las variables asociadas a mejoría en la escala fueron: edad < 65 años (p=0.002) y depuración de creatinina calculada ≥ 60 ml/min/1.73m2 (p=0.012).

**Conclusiones:** La intervención de la UFC mejora la calidad de vida de los pacientes con FC a los 6 meses de seguimiento en nuestra institución. Ser más joven y tener una mejor función renal se asociaron a un mayor incremento en la calidad de vida.



109

**INCIDENTAL FABRY DISEASE DIAGNOSIS DURING LUNG TRANSPLANT STUDIES**DRA. MARIA CAROLINA MANZUR BARBUR<sup>1,2</sup>, DR. ANDRES FELIPE BARRAGAN AMADO<sup>1,2</sup>, DR. JULIAN ANDRES GELVES MEZA<sup>1,2</sup>, DR. CARLOS ORTIZ TRUJILLO<sup>1,2</sup>, DRA. MARIA JULIANA RODRIGUEZ GONZALEZ<sup>1,2</sup><sup>1</sup>FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL - INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA, BOGOTÁ, COLOMBIA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD DEL ROSARIO, ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD, BOGOTÁ, COLOMBIA

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

Fabry disease (FD) is an X-linked inherited disease. Its global prevalence is 1 in 40,000- 117,000. We present the relevant aspects of a woman diagnosed with FD during lung pre-transplant studies, highlighting the complexity of clinical presentation. 60-year-old female referred for lung transplant evaluation. Juvenile rheumatoid arthritis was diagnosed when she was 15. She received disease-modifying antirheumatic drugs initially and discontinued their use in her early thirties, evolving with few articular symptoms. At 53 years, she presented with exertional dyspnea, with a CT-scan and pulmonary studies that suggested interstitial disease, considering bronchiolitis. Hypertension and dyslipidemia were also diagnosed and treated. She was hospitalized in 2 opportunities with dyspnea. In the last hospitalization, she presented with syncope and bradycardia due to sinus node dysfunction that required permanent pacemaker implantation. The patient was referred for a lung transplant study due to bronchiolitis, persistent dyspnea, and multiple hospitalizations. Initial check-up oriented to pulmonary compromise related to rheumatoid arthritis. However, our institutional studies dismissed pulmonary compromise, extending cardiovascular causes. Echocardiogram showed hypertrophic phenotype with thickening of left ventricular walls (19-22 mm) predominantly at the apex, with reduced global longitudinal strain (-15,1%), which could explain the symptoms. Lung transplant studies were called off, continuing hypertrophic phenotype studies. Pacemaker contraindicated cardiac MRI. The genetic panel showed a pathogenic variant in GLA and a variant of unknown significance (VUS) in the LAMP2 gene. Lyso-GB3 and endomyocardial biopsies were obtained, with results pending. FD is characterized by the reduction or absence of alpha-galactosidase activity in lysosomes, with an accumulation of globotriaosylceramide. It is associated with GLA pathogenic mutations, reported with more than 1000 mutations. In women, the expression is different because of lyonization phenomena, where there is a random inactivation of an X, leaving some cells to express the normal GLA allele and others mutated. Our patient's VUS in the LAMP2 gene has not been found in the Clin-Var database, considering it benign or likely benign, without any relation to our case. Connective tissue disease is associated with FD. Few cases have been reported. Our patient's diagnosis of arthritis could be attributed to the accumulation of lipids that causes prolonged antigenic stimulus, and appearing of antibodies with pathogenic capacity, forming immunocomplexes. The management includes modifying disease drugs, symptomatic control, FD enzyme replacement therapy, and even heart or kidney transplant in some cases. Lyonization in FD leads to challenging diagnoses in women, making genetic testing necessary.

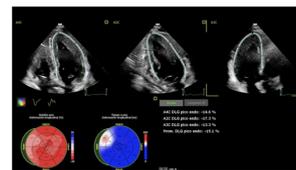


Fig 2. Transthoracic ecocardiogram suggested hypertrophic phenotype with left ventricular walls thickening and reduced global longitudinal strain (-15.1%).

110

**DESCUBRIENDO GENES EN INSUFICIENCIA CARDÍACA**DRA. ANA CRISTINA CHILQUINGA CARVAJAL<sup>1</sup>, DR. JOFFRE AREQUIPA HERRERA<sup>2</sup>, DR. GIOVANNI ESCORZA VÉLEZ<sup>1</sup><sup>1</sup>HOSPITAL METROPOLITANO, QUITO, ECUADOR, <sup>2</sup>HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN, QUITO, ECUADOR

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes:** Recientemente se ha producido un incremento significativo en el conocimiento de las bases genéticas y fenotipos de las miocardiopatías. Nuevas investigaciones han permitido la identificación de patologías que se beneficiarían de medidas preventivas y terapéuticas más tempranas. **Descripción del caso:** Mujer de 64 años de edad, sin antecedentes personales de importancia, que acude para chequeo cardiológico. Clínicamente, con disnea de grandes esfuerzos y un episodio aislado de dolor precordial leve. Al examen físico, soplo sistólico regurgitante grado II/VI en punta y R2 reforzado. Electrocardiograma con ritmo sinusal, 90 latidos por minuto, BDASI, alteraciones de la repolarización ventricular. Ecocardiograma inicial con evidencia de insuficiencia mitral severa, FEVI 22%, dilatación severa del ventrículo izquierdo, disfunción diastólica tipo III (patrón restrictivo) e hipertensión pulmonar grave (72mmHg). RMN cardíaca con dilatación leve del ventrículo izquierdo, FEVI del 18%, hipocinesia difusa y realce tardío sugestivo de miocarditis. Se catalogó como IC clase funcional II, estadio C por miocardiopatía dilatada (MCD). Recibió tratamiento a base de sacubitril-valsartán, bisoprolol, espironolactona, empaglifozina y furosemida. A la par, familiar de primer grado fue diagnosticado de miocardiopatía que posteriormente fue catalogada como arritmogénica. El estudio genético de la paciente detectó la variante c.955C>G del gen DSP. Se colocó CDI por prevención primaria. Tras dos años de tratamiento, se evidenció en controles ecocardiográficos mejoría de la FEVI hasta 50% e hipertensión pulmonar moderada de 42 mmHg, con mejoría clínica. **Discusión:** La miocardiopatía dilatada familiar, es una causa de insuficiencia cardíaca con base genética. Representa entre el 30-50% de todas las MCD. Se han identificado hasta el momento varios genes que codifican proteínas importantes para la estructura del músculo cardíaco. El gen DSP codifica para la desmoplaxina, una proteína que forma parte de la placa de unión de los desmosomas, los cuales mantienen la conexión entre las células del miocardio, conservando la integridad mecánica y eléctrica del corazón. Clásicamente, se lo ha relacionado con el desarrollo de MCA en pacientes jóvenes, a excepción de sus variantes patogénicas que generan truncamientos a nivel de la proteína, en donde la sola presencia de una variante puede explicar el fenotipo, a veces asociándose a formas predominantemente izquierdas que pueden ser indistinguibles de una MCD, como en el caso de la paciente presentada. Es importante identificar la etiología de estas patologías de base genética, sobre todo en aquellos casos con alta predisposición familiar de arritmias y muerte súbita.



111

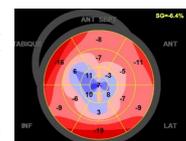
**INSUFICIENCIA CARDIACA EN CONTEXTO DE MIOCARDIOPATÍA DILATADA POR DISTROFIA MIOGÉNICA DE STEINERT**

INSUFICIENCIA CARDIACA EN CONTEXTO DE MIOCARDIOPATÍA DILATADA POR DISTROFIA MIOGÉNICA DE STEINERT JL BERMÚDEZ CEVALLOS<sup>1</sup>, INSUFICIENCIA CARDIACA EN CONTEXTO DE MIOCARDIOPATÍA DILATADA POR DISTROFIA MIOGÉNICA DE STEINERT SM LOOR MENDOZA<sup>2</sup>, INSUFICIENCIA CARDIACA EN CONTEXTO DE MIOCARDIOPATÍA DILATADA POR DISTROFIA MIOGÉNICA DE STEINERT AC FARFÁN CUENCA<sup>3</sup>, INSUFICIENCIA CARDIACA EN CONTEXTO DE MIOCARDIOPATÍA DILATADA POR DISTROFIA MIOGÉNICA DE STEINERT AL MOYA LOOR<sup>4</sup>, INSUFICIENCIA CARDIACA EN CONTEXTO DE MIOCARDIOPATÍA DILATADA POR DISTROFIA MIOGÉNICA DE STEINERT R PORCILE<sup>5</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL IESS PORTOVIEJO/ MANAHOSPITAL, PORTOVIEJO, ECUADOR, <sup>2</sup>HOSPITAL VERDI CEVALLOS, PORTOVIEJO, ECUADOR, <sup>3</sup>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO, PORTOVIEJO, ECUADOR, <sup>4</sup>HOSPITAL SANTA MARGARITA, PORTOVIEJO, ECUADOR, <sup>5</sup>UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA-HOSPITAL UNIVERSITARIO, AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Presentación Casos Clínicos para PREMIO, Hub Innovación, junio 7, 2023, 11:15 - 13:00

**Antecedentes:** La Distrofia Miotónica de Steinert, es una enfermedad neuromuscular hereditaria (1), con prevalencia de 1:8000 personas a nivel global (2), genéticamente caracterizada por ser autosómica dominante y producida por la expansión de tripletes CtoCina, Timina, Guanina (3,4). Tiene afectación multisistémica (3,5). La afectación cardíaca por Distrofia Miotónica de Steiner es común, sin embargo, específicamente la Miocardiopatía Dilatada es rara. El presente caso describe un paciente masculino de 37 años con diagnóstico de enfermedad de Steinert que mostró MCPD de inicio precoz. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 37 años de edad acude a emergencias con diagnóstico de insuficiencia cardíaca descompensada. Como evolución de la enfermedad refiere que a los 29 años de edad presenta disnea y palpitations, siendo diagnosticado con Miocardiopatía dilatada de origen incierto. Entre 2020 y 2021 su status clínico empeora con deterioro muscular progresivo, caracterizado por debilidad generalizada llegando a cuadríparesis, trastorno del habla y odinofagia para sólidos y líquidos. Debido a la evolución sintomática, se realizaron estudios moleculares diagnosticando Enfermedad de Steinert. En 2020 se realiza ecocardiograma más Strain Rate longitudinal por Speckle Tracking - 6.4%, donde no existe un patrón patognomónico sugestivo de esta enfermedad (Figura 1A;1B). Función sistólica del ventrículo izquierdo severamente deteriorada 18 % por SIMPSOM, hipocinesia global difusa, dilatación severa del ventrículo izquierdo 73 mm, patrón de llenado del ventrículo izquierdo restrictivo e irreversible, insuficiencia mitral leve a moderada, insuficiencia tricúspida moderada, se estima 65 mmHg presión arterial sistólica pulmonar. En 2022 acude a emergencia con insuficiencia cardíaca descompensada, progresa a shock cardiogénico, mala evolución clínica y hemodinámica, con fallecimiento del paciente, siendo las complicaciones cardiovasculares la segunda causa más común de muerte. **Discusión:** Cardiológicamente en los pacientes con enfermedad de Steinert se registra reducción de la masa miocárdica y disfunción del ventrículo derecho, una elevada prevalencia del prolapso de la válvula mitral (3), no obstante, la MCPD es característicamente rara en esta patología e infrecuentemente registrada en la literatura (6,7). El paciente tenía antecedentes familiares paternos de debilidad muscular progresiva, su padre a los 36 años empezó con sintomatología muscular y murió a los 40 años a consecuencia de enfermedad cardíaca, el padre le heredó a su hijo un fenotipo más grave de la enfermedad "fenómeno de anticipación". Existen algunos reportes de casos de pacientes con Enfermedad de Steinert que desarrollaron afectación cardíaca, sin embargo, se reporta sobre arritmias y trastornos de conducción y muy pocos casos sobre MCPD.



112

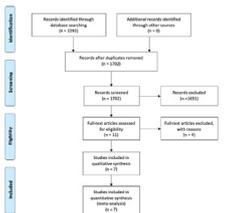
EPIGENETICS OF POST-OPERATIVE ATRIAL FIBRILLATION: A SYSTEMATIC REVIEW

SR. JUNSU LEE<sup>1</sup>, SRA. HYUNMIN LEE<sup>1</sup>, SR. ADHAM EL SHERBINI<sup>1</sup>, SRA KIRSTEN ALLEN<sup>2</sup>, DR. MOHAMMAD EL-DIASTY<sup>3</sup>

<sup>1</sup>FACULTY OF HEALTH SCIENCES, QUEEN'S UNIVERSITY, KINGSTON, CANADA, <sup>2</sup>SCHOOL OF MEDICINE, QUEEN'S UNIVERSITY, KINGSTON, CANADA, <sup>3</sup>CARDIAC SURGERY DEPARTMENT, KINGSTON HEALTH SCIENCE CENTRE, KINGSTON, CANADA

Presentación E-Póster VIII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** Post-operative atrial fibrillation (PoAF) is a common postoperative complication that can occur in up to 20-40% of cardiac surgical patients. The onset of PoAF may increase the risk of various cardiovascular adverse events such as stroke and other thrombo-embolic complications. Due to its multifactorial nature, prediction of new onset post cardiac surgery AF remains challenging. Therefore, there is a need for the development of a comprehensive protocol for the assessment and early prediction of PoAF. **Objetivos:** The purpose of this systematic review is to summarize the different epigenetic biomarkers and new-onset PoAF in cardiac surgical patients. **Materials and Methods:** The study protocol was conformed with the PRISMA 2020 guidelines. A literature search was conducted on EMBASE, Medline, Cochrane, ClinicalTrials.gov, and Google Scholar for human and animal trials (RCT, cohort, case-control, and cross-sectional) examining epigenetic markers of PoAF. Study selection and data extraction were conducted by three independent blinded reviewers. **Results:** Upon retrieval, 1702 citations were identified through the search. After an initial abstract screening stage and a full-text review, seven studies examining epigenetic markers of PoAF were included comprising of 559 patients in total. Significant correlations between elevated levels miR-21 in atrial tissue and percent fibrosis ( $r=0.462, p<0.05$ ) were observed while downregulation of miR-23a and miR-26a have significantly correlated with POAF development ( $p=0.03, p<0.05$ , respectively). Meanwhile, a single CpG, chr16:24640902, was significant in the validation cohort ( $p=0.026$ ) which has previously demonstrated roles in permanent AF. No findings were reported on covalent histone modifications. Throughout all seven studies, human models were used and the prevalence of PoAF was 37.4%. **Conclusion:** Epigenetic changes in miRNA and CpGs appear to correlate with the development of new-onset post-operative atrial fibrillation. Further studies with larger study populations are required to establish this relationship and to justify the potential applications of these biomarkers in clinical practice.



114

CREACIÓN Y VALIDACIÓN INTERNA DE UNA ESCALA PREDICTIVA DE MUERTE HOSPITALARIA POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN UN PAÍS DE BAJO Y MEDIANO INGRESO

DR. MAIKEL SANTOS MEDINA<sup>1</sup>, DR MIGUEL RODRÍGUEZ RAMOS<sup>2</sup>, DR GEOVEDY MARTÍNEZ GARCÍA<sup>3</sup>, DR KARELL VÁZQUEZ ARGOTE<sup>4</sup>, DR LÁZARO MATA CUEVAS<sup>5</sup>, DR ÁNGEL OBREGÓN SANTOS<sup>6</sup>, DR ALBERTO PIRIZ ASSA<sup>7</sup>, DR JUAN PROHIAS MARTÍNEZ<sup>8</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DR. ERNESTO GUEVARA, LAS TUNAS, CUBA, <sup>2</sup>HOSPITAL CAMILO CIENFUEGOS, SANTI SPIRITUS, CUBA, <sup>3</sup>HOSPITAL ENRIQUE CABRERA, LA HABANA, CUBA, <sup>4</sup>UNIVERSIDAD CIENCIAS MÉDICAS LAS TUNAS, LAS TUNAS, CUBA, <sup>5</sup>HOSPITAL MÁRTIRES 9 DE ABRIL, SAGÚA, CUBA, <sup>6</sup>HOSPITAL HERMANOS AMEJEIRAS, LA HABANA, CUBA, <sup>7</sup>HOSPITAL OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN, HOLGUÍN, CUBA, <sup>8</sup>CARDIOCENTRO HERMANOS AMEJEIRAS, LA HABANA, CUBA

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** La mayoría de las escalas predictivas de muerte hospitalaria en el infarto agudo de miocardio (IAM) se construyeron en países de altos ingresos y en muchas de estas, las variables son difíciles de obtener en países de bajo y medianos ingresos, por lo que su aplicación en estos puede verse afectada. **Objetivo:** Construir y validar una escala predictiva de muerte hospitalaria en pacientes con infarto agudo de miocardio adaptada a las condiciones asistenciales de un país de bajo y mediano ingreso. **Material y métodos:** Se realizó un estudio analítico de tipo cohorte retrospectivo, multicéntrico, en siete unidades asistenciales pertenecientes al proyecto del Registro Cubano de Infarto de Miocardio Agudo (RECUIMA). La población de estudio la constituyeron 2058 pacientes ingresados por IAM en el periodo entre enero de 2018 y diciembre de 2020. Se utilizó el tipo de estudio 2b para la creación y validación de los modelos de predicción según el Transparent Reporting of a multivariable prediction model for Individual Prognosis Or Diagnosis; los datos se dividieron de forma no sistemática (por tiempo de recogida) en 2 cohortes; la cohorte A con pacientes desde el 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2019 (cohorte de derivación) y la cohorte B con pacientes desde el 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020 (cohorte de validación interna). Con los resultados del análisis bivariado y el razonamiento clínico de los autores, se definieron 17 potenciales predictores que se incluyeron en un modelo de regresión logística binario donde se consideró como variable dependiente el estado al egreso (1-fallecido, 0-vivo). **Resultados:** Se construyó una escala de dos categorías de riesgo: bajo y alto. Las variables incluidas fueron: edad mayor de 70 años, tensión arterial sistólica menor de 100 mmHg, filtrado glomerular menor de 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, más de siete derivaciones afectadas del electrocardiograma, Killip Kimball IV, presencia de fibrilación ventricular- taquicardia ventricular y bloqueo auriculoventricular de alto grado. En la validación interna al utilizar la escala en la cohorte B se evidenció buena capacidad discriminativa (ABC-0,890) y de calibración ( $p=0,643$ ), sensibilidad de 81,01 %, especificidad de 82,83 %, índice de validez del 82, 65 %, un 97,57 % de valor predictivo negativo y razón de verosimilitud negativa de 0,23. **Conclusiones:** La escala obtenida mostró buena capacidad de discriminación y calibración en la validación interna, con sensibilidad y especificidad adecuadas.

115

CARACTERIZACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS ATENDIDOS EN UNA CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE GUATEMALA

Dr. Fabio Enrique Parada Cabrera<sup>1</sup>, Dr Jose Manuel de León García<sup>1</sup>, Dra Ana Johana Johana Samayoa Bran<sup>2</sup>, Dr Rodolfo Gutierrez Bartlett<sup>1</sup>, Dr Ismael Guzman Melgar<sup>1</sup>, Dr Gustavo Adolfo Sotomora Ricci<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Roosevelt., Guatemala, Guatemala, <sup>2</sup>Unidad de Atención Integral de VIH e Infecciones Crónicas, Hospital Roosevelt., Guatemala

Presentación E-Póster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** En el 2020 se diagnosticaron 227 casos de enfermedad de Chagas en el sistema nacional de salud de Guatemala; existe una serie de casos en el que se encontró hasta un 62% de disfunción diastólica, sin embargo, no se reporta otros datos ecocardiográficos de importancia, por lo que se decidió establecer cuál era la presentación ecocardiográfica. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, y analítico de muestreo no probabilístico. Se incluyeron a pacientes con seguimiento por la unidad de enfermedades infecciosas a quienes se le realizó un ecocardiograma. Se contrastó las variables ordinales y numéricas de acuerdo con el sexo asignado al nacer con U de mann-whitney y las variables categorías se utilizó  $\chi^2$  de Pearson. **Resultados:** Se documentaron 32 pacientes, de ellos 17 masculinos, con una edad media al diagnóstico de 53 años; ecocardiográficamente un ventrículo izquierdo con una media de diámetro telediastólico de 49 mm, masa indexada de 103 g/m<sup>2</sup>, fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 55%, un 43% con disfunción diastólica grado 1, del total de paciente el 6% con trastornos de la motilidad segmentaria y 15% global, resto con adecuada motilidad; el 87% con diámetros normales del ventrículo derecho y el 81% con función sistólica del ventrículo derecho conservada; a un 56% de los pacientes se les documentó enfermedad valvular en sus distintos estadios, siendo la más frecuente de origen tricúspideo con 43%, seguida de valvulopatía mitral con 37%; no se documentaron trombos intracavitarios o derrame pericárdico. **Conclusiones:** Los pacientes que se atendieron en esta clínica en su mayoría se presentaron con una adecuada función sistólica de ambos ventrículos; la valvulopatía tricúspidea leve fue la más frecuente; no se encontró diferencias en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo, función del ventrículo derecho y valvulopatías de acuerdo al sexo de los pacientes; la cobertura ecocardiográfica en relación a los casos diagnosticados a nivel nacional sigue siendo insuficiente para el sistema de salud.

Tabla 1. Características del cohorte

Variable	Masculino (n=17)	Femenino (n=15)
Edad (años) (Des)	53(12)	56(11)
DM/DM2 (Des)	9(52)	4(27)
GRF (Des)	48(22)	40(46)
Masa Indexada (Des)	108(13)	93(14)
Fración Eyectiva	56(3)	54(1)
Normal	6(35)	7(47)
Disfunción grado 1	8(47)	6(40)
Disfunción grado 2	1(6)	0
Disfunción grado 3	2(12)	2(13)
Disfunción de la fracción de eyección del VD (%)		
Normal	2(12)	0
Grave	2(12)	3(20)
Ventrículo Derecho Dilatado	1(6)	4(27)
Función sistólica del ventrículo derecho conservada	13(76)	12(77)
Valvulopatías	13(76%)	7(46)

116

MIXOMA AURICULAR IZQUIERDO CON COMPROMISO DE VÁLVULA MITRAL

DR. JOSUÉ DANIEL GONZÁLEZ MOJICA<sup>1</sup>, DR. ANTHONIER HINESTROZA<sup>1</sup>, DR. GERARDO VICTORIA<sup>2</sup>, DRA. YISELL GUERRA<sup>2</sup>, DR. JHOELAMORES CAMAÑO<sup>2</sup>

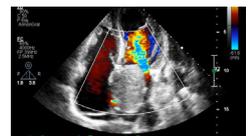
<sup>1</sup>CCAEMP, PANAMÁ, PANAMÁ, <sup>2</sup>HOSPITAL SANTO TOMÁS, PANAMÁ, PANAMÁ

Presentación E-Póster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Antecedentes:** Dentro del diagnóstico diferencial de masas cardíacas se incluyen: tumores primarios, metástasis y trombos. El diagnóstico presuntivo generalmente se establece con los estudios de imagen cardíaca. En adultos, el tumor cardíaco primario más frecuente es el mixoma atrial con afectación de la aurícula izquierda en 75% de los casos y predominio del sexo femenino.

**Descripción del caso:** Paciente de 53 años, sexo masculino, sin antecedentes patológicos, acude con historia de 10 días de evolución caracterizado por fiebre en horario nocturno, asociada a escalofríos.

Presión arterial: 120/80 mmHg  
Frecuencia cardíaca: 70 latidos por minuto.  
Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto.  
Sin hallazgos relevantes en auscultación cardíaca o pulmonar.  
Los laboratorios revelaron:  
Anemia normocítica (Hb: 9.6 g/dL, VCM: 84.4).  
Leucocitosis con neutrofilia.  
Procalcitonina en valor normal (0.08 ng/mL).  
Los cultivos de orina y sangre no revelaron crecimiento de microorganismos.  
El ecocardiograma transtorácico mostró masa en aurícula izquierda (tamaño 67 milímetros x 46 milímetros); ver imagen 1 y 2) que condiciona gradientes elevados a través de la válvula mitral (gradiente medio 7 mmHg) e insuficiencia mitral con chorro excéntrico. No se observaron vegetaciones. Función del ventrículo izquierdo normal. Fue llevado a salón de operaciones a cirugía cardíaca, donde se observa tumoración de aspecto mixomatosa en aurícula izquierda, con compromiso hacia ventrículo izquierdo (10 centímetros x 8 centímetros), y afectación de la válvula mitral. Se realizó Resección de tumoración auricular más plastia de mitral (comisura anterior). El informe histopatológico reportó mixoma cardíaco con hemorragia, calcificación y elementos hematopoyéticos focales. Luego de la intervención no presentó episodios de fiebre. Posterior al egreso con buena evolución clínica. **Discusión:** La incidencia de mixomas cardíacos tiene un pico entre los 40 y 60 años de edad. La mayor parte aparecen de forma esporádica. Cuando existen síntomas, generalmente las manifestaciones se relacionan con la obstrucción de la válvula mitral y fenómenos embólicos. Los pacientes pueden presentar manifestaciones inespecíficas como la fiebrícula. La ecocardiografía habitualmente muestra una masa en la aurícula con su tallo fijado al tabique interauricular. El único tratamiento definitivo es la extirpación quirúrgica. En nuestro caso clínico el abordaje del paciente con fiebre llevo a la realización del estudio de imagen cardíaco que mostro la masa auricular izquierda con compromiso de válvula mitral lo que requirió la resección tumoral con plastia mitral. Este paciente requiere seguimiento de por vida, debido a que los mixomas tiene una tasa de recidiva del 5 al 14%.



117

**CIERRE DE COMUNICACIÓN INTERAURICULAR EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR**SR. ANTHONIER COTTEN HINESTROZA NEWBALL<sup>1</sup>, DR. JHOEL AMORES<sup>2</sup>, SR. JOSUÉ GONZÁLEZ<sup>3</sup>, DRA. LIZEYCA SEIXAS<sup>4</sup><sup>1</sup>UNIVERSIDAD DE PANAMÁ, PANAMÁ, PANAMÁ, <sup>2</sup>HOSPITAL SANTO TOMÁS, PANAMÁ, PANAMÁ

Presentación E-Poster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Antecedentes:** La comunicación interauricular tipo ostium secundum representa 80% de los defectos septales atriales. La enfermedad cerebrovascular es una complicación causada por embolismo paradójico o taquiaritmias. Se estima que 40% de los pacientes con eventos isquémicos cerebrovasculares criptogénicos tienen alguna forma de defecto septal atrial.**Descripción del Caso clínico:**

Paciente de 21 años, sexo femenino, sin antecedentes patológicos, acude con presentación súbita de hemiparesia derecha y disminución de estado de alerta.

Auscultación cardíaca sin hallazgos relevantes.

Presión arterial: 128/90 mm Hg

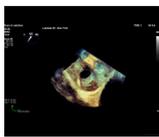
Frecuencia cardíaca: 98 lpm

Frecuencia respiratoria: 23 rpm

La tomografía cerebral simple mostró evento isquémico extenso en territorio de la arteria cerebral media izquierda.

Electrocardiograma: ritmo sinusal, sin alteraciones.

La paciente requirió ventilación mecánica y craneotomía descompresiva. Luego de larga estancia intrahospitalaria y rehabilitación física se realizó abordaje en busca de causas de eventos isquémicos en paciente joven por lo que se decide realizar estudios de imagen cardíaca. El ecocardiograma transefágico mostró comunicación interauricular tipo ostium secundum de 9 mm con cortocircuito de izquierda a derecha. Orejuela izquierda de tipo Windssock libre de trombos. Se realizó cierre del defecto septal con por vía percutánea con dispositivo Amplatzer, sin complicaciones inmediatas. **Discusión:** Los pacientes con comunicación interauricular con frecuencia permanecen asintomáticos hasta la cuarta o quinta década de la vida, sin embargo, esta alteración anatómica incrementa el riesgo de eventos cerebrovasculares isquémicos en aquellos con menos de 55 años. En el abordaje de pacientes jóvenes con stroke isquémico se deben tomar en cuenta las causas cardioembólicas. En nuestro caso clínico el ecocardiograma transefágico mostró un defecto septal atrial tipo ostium secundum, por lo que se recomendó el cierre del defecto con dispositivo ocluidor vía percutánea, siendo la estrategia de primera elección según las guías actuales. Este procedimiento bajo guía fluoroscópica y ecográfica tiene una baja tasa de mortalidad y complicaciones. La antiagregación plaquetaria por tiempo limitado y el seguimiento de por vida son parte del manejo luego del egreso hospitalario.



118

**PERICARDIECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO EN PERICARDITIS CRÓNICA AUTOINMUNE**DR. JOSUÉ DANIEL GONZÁLEZ MOJICA<sup>1</sup>, DR. ANTHONIER HINESTROZA<sup>1</sup>, DR. JHOEL AMORES CAMAÑO<sup>2</sup>, DR. RICARDO CASTRELLÓN<sup>3</sup>, DR. GERARDO VICTORIA<sup>4</sup><sup>1</sup>UNIVERSIDAD DE PANAMÁ, PANAMÁ, PANAMÁ, <sup>2</sup>HOSPITAL SANTO TOMÁS, PANAMÁ, PANAMÁ

Presentación E-Poster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Antecedentes:** La pericarditis puede ser una manifestación de desórdenes sistémicos. La efusión pericárdica de origen autoinmune conlleva peor pronóstico que la provocada por pericarditis idiopática. La pericardiectomía es una opción terapéutica en el derrame refractario al manejo médico. **Descripción del caso:** Paciente de 63 años con antecedente de esclerosis sistémica, insuficiencia cardíaca con FEVI reducida y pericarditis crónica, en tratamiento con micofenolato mofetil, acude con historia de una semana de evolución con disnea a ligeros esfuerzos y edema en miembros inferiores.

PA: 100/70 mmHg

FC: 100 latidos por minuto

FR: 22 respiraciones por minuto

Ruidos cardíacos apagados e ingurgitación yugular.

La radiografía de tórax muestra silueta cardíaca aumentada de tamaño de forma significativa

Se realiza ecocardiograma transtorácico que mostró efusión pericárdica severa con colapso diastólico de cavidades derechas del corazón (Ver imagen 1).

Se establece el diagnóstico de taponamiento cardíaco y se realizó ventana pericárdica con biopsia. La biopsia de pericardio reportó fibrosis e inflamación crónica.

Dos semanas después la paciente presenta nuevamente datos de derrame pericárdico severo en el control ecocardiográfico, por lo que nuevamente se realizó drenaje pericárdico y se decide recomendar pericardiectomía como tratamiento definitivo. El ecocardiograma realizado una semana posterior a la pericardiectomía no mostró complicaciones (Ver imagen 2). **Discusión:** El espectro clínico de la efusión pericárdica crónica varía desde la presentación asintomática hasta el taponamiento cardíaco. Entre sus principales causas están hipotiroidismo y tuberculosis. La efusión pericárdica sintomática se presenta en 5-16% de los pacientes con esclerosis sistémica, con peor pronóstico en la efusión severa. El mecanismo fisiopatológico de afectación pericárdica por esclerosis sistémica es desconocido, limitando las opciones terapéuticas. Evaluaciones post mortem han descrito el hallazgo de pericarditis fibrosa crónica. En nuestro caso clínico la paciente luego de tener seguimiento por pericarditis crónica autoinmune desarrolla el taponamiento cardíaco como complicación refractaria al tratamiento médico por lo que se realizó pericardiectomía, con resultado favorable a corto plazo en la calidad de vida de la paciente.



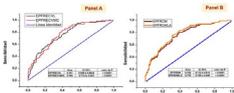
119

**VALOR PRONOSTICO DEL ÍNDICE DE ADIPOSIDAD CORPORAL PARA RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y DIABETES EN UNA MUESTRA POBLACIONAL DEL DISTRITO METROPOLITANO DE CARACAS**DR. ALBERTO JOSÉ GARCÍA GONZÁLEZ<sup>1,2,3,4,5</sup>, DR. HENDRIS CAMILO RODRIGUEZ SUAREZ<sup>2,6</sup>, DRA MARÍA ISABEL RAMOS MORILLO<sup>3,4,7</sup>, DRA NEDINA COROMOTO MÉNDEZ AMAYA<sup>3,4</sup>, DRA ELSY RODRÍGUEZ DE ROA<sup>8,9</sup>, DR MARCO ANTONIO LORETO HURTADO<sup>9</sup>, DRA JOSTMARA GABRIELA OROPEZA MORALES<sup>5</sup>

<sup>1</sup>CÁTEDRA DE FISIOLÓGIA, ESCUELA DE MEDICINA LUIS RAZETTI, FACULTAD DE MEDICINA UCV, CARACAS, VENEZUELA, CARACAS, VENEZUELA, <sup>2</sup>SECCIÓN DE ADAPTACIÓN MUSCULAR, INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL, FACULTAD DE MEDICINA UCV, CARACAS, VENEZUELA, CARACAS, VENEZUELA, <sup>3</sup>FUNDACIÓN CASA VENEZOLANA DEL CORAZÓN, SOCIEDAD VENEZOLANA DE CARDIOLOGÍA, CARACAS, VENEZUELA, CARACAS, VENEZUELA, <sup>4</sup>ASOCIACIÓN VENEZOLANA DE ATROSCLEROSIS, CARACAS, VENEZUELA, CARACAS, VENEZUELA, <sup>5</sup>HOSPITAL CARLOS J BELLO, CRUZ ROJA VENEZOLANA, CARACAS VENEZUELA, CARACAS, VENEZUELA, <sup>6</sup>SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL "DR. JOSÉ MARIA VARGAS", UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, CARACAS, VENEZUELA, <sup>7</sup>LABORATORIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA Y ULTRAESTRUCTURA, INSTITUTO ANATÓMICO JOSÉ IZQUIERDO, FACULTAD DE MEDICINA UCV, CARACAS, VENEZUELA, <sup>8</sup>CAPÍTULO DE MEDICINA CONDUCTUAL, SOCIEDAD VENEZOLANA DE CARDIOLOGÍA, CARACAS, VENEZUELA, <sup>9</sup>SOCIEDAD VENEZOLANA DE MEDICINA CONDUCTUAL, CARACAS, VENEZUELA

Presentación E-Poster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** Evidencia epidemiológica muestra al índice de adiposidad corporal (IAC) como mejor indicador de obesidad que el índice de masa corporal. Su asociación con riesgo para enfermedad cardiovascular (ECV) y diabetes no ha sido reportada en Venezuela. **Objetivo:** Evaluar la asociación entre índice de adiposidad corporal y riesgo para ECV y diabetes. **Materiales y Métodos:** Estudio epidemiológico, de corte transversal. La muestra de estudio estuvo conformada por 349 participantes de los cuales 198 fueron mujeres (56.73 %) y 151 hombres (43.27%), a quienes se les evaluaron la presencia Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular y diabetes. Se calculó el IAC y el riesgo a 10 años para enfermedad cardiovascular y diabetes por la escala de puntos de Framingham y Finrisk respectivamente, se realizó análisis de correlación y la asociación fue evaluada por curvas ROC. **Resultados:** El valor promedio de índice de adiposidad corporal en la muestra total fue de 32.69 ± 7.30 (IC 95% de 31.92 a 33.45); siendo significativamente mayor en las mujeres que en hombres [35.74 ± 7.20 (IC 95% de 34.73 a 36.74) contra 28.69 ± 5.20 (IC95% de 27.86 a 29.52), p< 0,01] Se encontró correlación positiva entre IAC y el riesgo para enfermedad cardiovascular y diabetes. El valor límite de asociación del IAC con riesgo para diabetes fue de 31,11 en población total y para el riesgo de enfermedad cardiovascular cuando se consideró índice de masa corporal y diabetes fue de 29,64 y cuando se consideró colesterol total y HDL-colesterol para el cálculo del riesgo para ECV el valor fue de 31,57. Los valores de sensibilidad van desde 71 al 89 % con especificidad de hasta 68%. **Conclusión:** Los resultados muestran evidencia de la posible utilidad del uso del IAC como marcador de obesidad en la evaluación del riesgo para enfermedad cardiometabólica. **Palabras Claves:** Obesidad, Índice de adiposidad corporal, Diabetes Mellitus, Riesgo de enfermedad cardiometabólica.



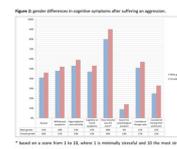
120

**GENDER DIFFERENCES IN WORKPLACE VIOLENCE AGAINST PHYSICIANS AND NURSES IN LATIN-AMERICA**DRA JOSEFINA BELÉN PARODI<sup>1</sup>, DRA LUCRECIA MARÍA BURGOS<sup>2</sup>, DR. SEBASTIAN GARCIA-ZAMORA<sup>3</sup>, KIERA LIBLIK<sup>4</sup>, DRA LAURA PULIDO<sup>5</sup>, SHYLA GUPTA<sup>6</sup>, DRA ADRIANA C PUENTE-BARRAGAN<sup>7</sup>, DR ÁLVARO SOSA-LIPRANDI<sup>8</sup>, DR RICARDO LÓPEZ-SANTÍ<sup>9</sup>, DRADRIÁN BARANCHUK<sup>10</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO DELTA, ROSARIO, ARGENTINA, <sup>2</sup>INSTITUTO CARDIOVASCULAR LEZICA, BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>3</sup>SERVICIO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA Y TRASPLANTE, INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA), BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>4</sup>DEPARTMENT OF MEDICINE, QUEEN'S UNIVERSITY, KINGSTON, CANADÁ, <sup>5</sup>DEPARTAMENTO DE NEUMONOLOGÍA, HOSPITAL ITALIANO, ROSARIO, ROSARIO, ARGENTINA, <sup>6</sup>FACULTY OF MEDICINE, UNIVERSITY OF OTTAWA, OTTAWA, CANADÁ, <sup>7</sup>CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE (ISSSTE), CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO, <sup>8</sup>DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, SANATORIO GÜEMES, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>9</sup>DIVISIÓN DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, LA PLATA, ARGENTINA, <sup>10</sup>DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE QUEEN, KINGSTON, CANADÁ

Presentación E-Poster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Introducción:** During the COVID-19 pandemic an increase in workplace violence (WPC) against healthcare providers (HCP) has been reported. Women are particularly vulnerable to violence, which increases gender inequity in the healthcare system. Correctly addressing this issue with a specific focus on gender differences is mandatory. Thus, the Inter-American Society of Cardiology developed a survey to explore the WPV among health personnel in the region. Material and methods: A cross-sectional electronic survey was conducted between January 11th and February 28th, 2022; HCP were included regardless of whether they interacted with COVID-19 patients. A pre-specified sub-analysis evaluating gender-related differences in violent behavior against physicians and nurses are presented. **Results:** Among 3544 HCP who answered the electronic survey, 86.5% were physicians and nurses. The final sample for this sub-study was 3056 from 18 countries: North America 7%, South America 87%, and Central America 6%. A total of 81.6% of the responders were physicians and 57% of the total were women. Female responders were younger and had fewer years of training (see Table 1). Although working directly with COVID-19 was not mandatory to answer the survey, more than 75% of the responders of both sex interacted with COVID-19 patients. About 59.2% experienced at least one act of violence, most frequently verbal violence (97.5%). Women experienced higher WPV as compared with men (65.8% vs 50.4%; p< 0.001; OR: 1.89 95% confidence interval [CI]: 1.63 to 2.19), with no differences in the subtypes of violence. Women reported more frequently experiencing at least 1 episode of WPV a week (19.2% vs 11.9%, p<0.001), searching for psychological assistance (14.5% vs 9.0%, p=0.001), and experiencing more psychosomatic symptoms (see Figure 1). Women reported having considered changing their tasks more frequently after an assault event (57.6% vs 51.3%, p=0.011) and even considered leaving their profession (33.0% vs 25.7%, p=0.001). In a multivariate analysis, being a woman was independently associated with more aggressive patient-HCP events (OR: 1.76, CI 1.48-2.12, p<0.001). **Conclusion:** women were more prone to experience violence at work, and experienced more psychosomatic symptoms after the event. Preventive actions should be taken urgently, with a special focus on high-risk groups such as women and younger physicians.



122

AUSENCIA DE ACTIVIDAD ELECTRICA AURICULAR A PROPÓSITO DE UN CASO

DR. ERNESTO VENTURA QUIROGA

¹CENTRO MEDICO SANTIAGO APASTOL, COCHABAMBA, BOLIVIA

Presentación E-Póster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** Es muy poco probable que las células automáticas auriculares pierdan completamente la capacidad de generar un impulso eléctrico, esta alteración puede deberse a un desorden progresivo de la conducción cardíaca o trastorno eléctrico primario causado por variaciones genéticas. **Descripción del caso:** Paciente de femenina de 11 años de edad acude el servicio de electrofisiología por síncope y disnea de esfuerzo de 1 año de evolución. Electrocardiograma de 12 derivaciones evidencia ritmo de la unión con frecuencia ventricular variable. Ecocardiograma dilatación discreta de cavidades izquierdas. Fracción de eyección del ventrículo izquierdo 53%. Holter de 24 horas: Evidencia ritmo de la unión con frecuencia ventricular variable asociado a bradicardia nocturna severa 17 latidos por minuto. Estudio Electrofisiológico reporta ausencia de señal auricular intracavitario, la estimulación auricular con energía máxima no presenta despolarización auricular, estimulando distintos puntos de la aurícula derecha. Por los antecedentes mencionados se decide la implantación de marcapaso definitivo unicameral por vía endocárdica dejando un loop de crecimiento en la auricular derecha. **Discusión:** El trastorno progresivo de la conducción cardíaca (TPCC) es una enfermedad cardíaca hereditaria que puede presentarse como una enfermedad eléctrica primaria o estar asociada con una enfermedad cardíaca estructural. Se ha encontrado que la TPCC heredada en corazones estructuralmente normales está relacionada con variantes genéticas en los genes del canal iónico SCN5A, SCN1B, SCN10A, TRPM4 y KCNK17, así como en genes que codifican proteínas conexas cardíacas. Otros genes que codifican factores de transcripción cardíacos, como NKX2.5 y TBX5, están implicados en el desarrollo del sistema de conducción cardíaco y en la morfogénesis del corazón. La presencia de este tipo de alteración evidencia la alta probabilidad de alteración genética como causa de la ausencia señales eléctricas dentro la cavidad auricular, es importante identificar las causas genéticas de las arritmias y evaluar a los familiares de los portadores identificados. La identificación de la causa específica de la enfermedad proporciona información útil para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

123

VACUNACIÓN ANTIGRI PAL Y ANTINEUMOCÓCICA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR, ¿UNA OPORTUNIDAD PERDIDA?

DR. SEBASTIAN GARCIA-ZAMORA¹, DR MANUEL TRAGHETTI¹, DRA LUCÍA DE LA COSTA¹, DRA ALDANA CUBA¹, DRA ESTEFANÍA BARBÓN¹, DRA PAULA PINTOS¹, DRA ROCÍO FAVRE¹, DR CLEFFORD STACO¹, DR SEBASTIÁN AGOSTINO¹, DR MAURICIO PRIOTTI¹

¹SANATORIO DELTA, ROSARIO, ARGENTINA

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción** Existe amplia evidencia de que la vacunación antigripal y antineumocócica previenen eventos cardiovasculares; sin embargo, su empleo en adultos no es uniforme. Nos propusimos evaluar la frecuencia de vacunación en adultos internados por patología cardiovascular. **Material y métodos** Se realizó un registro prospectivo en pacientes internados en un servicio de Cardiología de Argentina, entre Junio de 2022 y Enero de 2023. La indicación formal de vacunación se basó en las recomendaciones del Ministerio de Salud del país, debido a que los individuos de este subgrupo acceden a estas intervenciones sin costo. **Resultados** Se incluyeron 475 pacientes, de los cuales 43.0% eran mujeres; la media de edad fue de 72.5 ±10.3 años (ver Tabla 1). El 59.6% fueron ingresos por un cuadro de urgencia o descompensación de su patología de base, mientras que los restantes fueron hospitalizados de forma programada. El 38.7% de los mismo fueron catalogados como prevención secundaria. Globalmente, el 48.6% de los pacientes expresó haber recibido vacunación antigripal durante el año previo, y 41.5% manifestó haber recibido vacunación contra neumococo. En cambio, 96.6% de los participantes contaba con al menos 1 dosis de vacuna contra COVID-19, y 85.3% expresaron tener 3 o más dosis de esta vacuna. El 91.4% de los participantes tenían indicación formal de vacunación antigripal o antineumocócica. Entre los sujetos de este subgrupo, 51.2% expresó haber recibido vacunación contra influenza, 44.2% vacuna contra neumococo, mientras que el 35.5% expresaron haber recibido ambas vacunas. Al solicitarles a los pacientes que asignaran un puntaje respecto a los beneficios que consideraban que les podrían conferir estas vacunas para mejorar sus patologías o prevenir eventos cardiovasculares (en una escala de 1 a 10), la media de respuesta fue 4.9 ±3.2 puntos para vacuna antigripal y 4.7 ±3.0 para vacuna antineumocócica. Finalmente, el 78.6% de los pacientes no vacunados que tenían indicación formal para ello manifestó haber tenido al menos una consulta ambulatoria en el último año. Un 55.5% refirió haber tenido consultas con cardiólogos y 56.4% con clínicos o generalistas. Los pacientes en prevención secundaria tuvieron tasas similares de vacunación que el resto de los participantes (ver Tabla 2). **Conclusión** La vacunación antigripal y antineumocócica continúan siendo estrategias de prevención subutilizadas en adultos. La mayoría de los individuos no vacunados y con indicación para recibir estas intervenciones tuvieron consultas ambulatorias durante el año previo. Esto demuestra que existen numerosas oportunidades perdidas para mejorar la prevención de nuestros pacientes.

Tabla 2: vacunación antigripal y antineumocócica de los pacientes incluidos en el registro, de acuerdo a la clasificación del riesgo de la enfermedad

	Prevención secundaria	Prevención primaria	P
Antigripal	53.3%	41.7%	0.108
Anti neumococo	42.4%	40.9%	0.347
Ambas vacunas	30.4%	31.3%	0.247

125

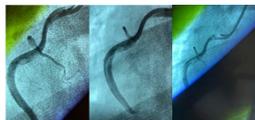
DISECCIÓN CORONARIA ESPONTANEA COMO CAUSA DE INFARTO EN HOMBRE JOVEN

DRA. CECILIA INES REYNA¹, DRA. CARMEN MARCELA LÁZARO¹, LIC. NOELIA ROCÍO BARRIONUEVO¹, LIC GISELA NATALIA MARCINKOWSKI¹

¹CARDIOBOSCH, VILLA BOSCH, ARGENTINA

Presentación E-Póster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** La disección coronaria espontánea (SCAD) se define como la separación de capas de la pared de una arteria coronaria epicárdica con formación de una nueva luz (falsa) entre ellas comunicada o no con la luz verdadera, no asociada con aterosclerosis, traumatismo o iatrogenia. A pesar de ser una entidad infrecuente su reconocimiento rápido y preciso es primordial, ya que su manejo diverge sustancialmente del causado por aterosclerosis. Presentamos el caso de un hombre joven, quien se presentó con un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 24 años de edad, que consultó por disnea de comienzo súbito acompañado de síntomas vasovagales tras esfuerzo brusco (correr hacia una pelota) en un partido de fútbol. Tenía como único factor de riesgo dislipidemia y había tenido COVID un año antes con síntomas leves. Tres semanas previas había recibido la 2ª dosis de vacuna Sputnik V. Al ingreso, 12 horas después del comienzo de los síntomas, estable hemodinámicamente, presenta en electrocardiograma secuela de infarto inferolateral y aumento de marcadores cardíacos. Ecocardiograma doppler sin hallazgos relevantes. Cinecoronariografía: arteria Coronaria Derecha dominante con flujo TIMI III con imagen compatible con trombo en tercio medio e imagen de línea de disección desde tercio proximal y distal (disección contenida). La arteria coronaria izquierda es normal. Con diagnóstico de disección coronaria espontánea, con flujo TIMI III, Blush 3 y estando asintomático se decide tratamiento conservador. Se anticoagula con heparina de bajo peso molecular, doble anti agregación con aspirina y clopidogrel, beta bloqueantes y estatinas de alta intensidad. Cinecoronariografía control a la semana, evidencia arteria Coronaria Derecha con disección helicoidal en todo su trayecto sin presencia de trombo con flujo TIMI III y buenos lechos distales Alta sanatorial 24 hs después del último estudio hemodinámico con betabloqueantes, aspirina, clopidogrel y estatinas de alta intensidad. Dentro de los estudios solicitados se descartó enfermedad del tejido conectivo. Durante el seguimiento ambulatorio se deriva al paciente a rehabilitación cardiovascular en centro multidisciplinario, con actividad física controlada y asesoramiento psicológico. Un año después comienza a jugar fútbol de manera recreativa logrando su inserción a su vida normal. **Discusión:** La SCAD es una condición poco común, subdiagnosticada. En este caso, el estrés físico pudo haber sido el desencadenante. Su pronóstico depende del diagnóstico temprano y un tratamiento conservador con posterior rehabilitación cardiovascular en equipo multidisciplinario.



127

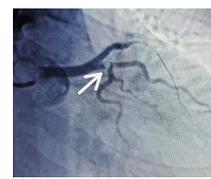
TROMBOSIS CORONARIA MASIVA EN CONTEXTO DE SINDROME ANTIFOSFOLIPIDOS CATASTRÓFICO. REPORTE DE UN CASO

DR. LEONARDO MOYA LOOR¹, DR. LEONARDO BERMÚDEZ CEVALLOS¹

¹INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA INVASIVA INCAI, PORTOVIEJO, ECUADOR

Presentación E-Póster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

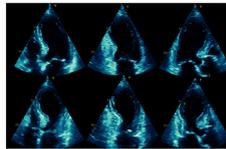
**Antecedentes:** El síndrome antifosfolípido o de Hughes es una enfermedad autoinmune sistémica que se caracteriza por eventos trombóticos vasculares recurrentes o complicaciones obstétricas. El síndrome antifosfolípido catastrófico (SAFC) corresponde a una forma grave y de rápida evolución que conduce a falla multiorgánica. **Descripción del caso:** Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino de 32 años de edad, quien no poseía antecedentes personales ni familiares de enfermedad cardiovascular o metabólica establecida. Inmunización para SarsCov2 de 3 dosis. Debuta con clínica súbita de síndrome coronario agudo por el cual recibe atención emergente. En el electrocardiograma mostraba ritmo sinusal sin cambios jerárquicos en la repolarización ventricular. El Ecocardiograma al pie de cama no demostraba alteraciones de la contractilidad por lo que fue catalogado como síndrome pericárdico agudo. Curva enzimática de Troponina I cardíaca mantenía una tendencia en ascenso, por lo que 12 horas del inicio de los síntomas se realiza la cinecoronariografía que es donde se detecta varias imágenes translúcidas de formación trombótica en el tercio proximal y tercio medio de la arteria descendente anterior y todo el segmento proximal del 1er ramo diagonal, que permitan un flujo anterogrado deficiente y sub-oclusivo, así como un trombo móvil en el tronco de coronaria izquierdo no protegido. Se realizaron varias técnicas combinadas con la finalidad de realizar la trombectomía tanto mecánica con catéter de tromboaspiración como farmacológica con inhibidores de la glicoproteína IIb/IIIa. Dentro del procedimiento el paciente realiza parada cardiorrespiratoria que se recupera y como detalle final fue necesaria la implantación de 3 stents coronarios liberadores de fármacos en la arteria descendente anterior y 1 stent en la arteria circunfleja. Se finalizó la intervención con un resultado sub-óptimo debido a la gran friabilidad y tendencia a la migración trombótica. Durante la internación y debido a la agresividad trombótica se realizaron estudios dirigidos a coagulopatías, con lo que se detecta Anticoagulante lúpico positivo, Anticardiolipina IgG positiva y Glicoproteína B2 glicoproteína IgG positiva, que permitieron orientar el diagnóstico a SAFC y se continuó con pulsos de Metilprednisolona mas anticoagulación con enoxaparina. **Discusión:** En nuestro caso en particular la serología positiva junto con la presentación trombótica masiva realizaron el diagnóstico y por ende el tratamiento efectivo. Si bien el SAFC es una entidad poco frecuente, su existencia hace que el intervencionismo coronario sea una opción válida frente a la sospecha diagnóstica y por ende la vía terapéutica.



128

**SÍNDROME DE TAKOTSUBO DISFRAZADO COMO SÍNDROME CORONARIO AGUDO INDUCIDO POR QUIMIOTERAPIA CON CAPECITABINA**DR. ISAAC CHANG CHECA<sup>1</sup>, DR. JOSE MARTINEZ REYES<sup>1</sup><sup>1</sup>INSTITUTO CARDIOVASCULAR Y TORACICO CSS, PANAMA, PANAMA

Presentación E-Poster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15  
 Síndrome de Takotsubo Disfrazado Como Síndrome Coronario Agudo Inducido por Quimioterapia con Capecitabina. En enero de 2023 durante su tercera aplicación de quimioterapia inicia con dolor torácico súbito opresivo, retroesternal con intensidad severa que se irradiaba a brazo derecho asociado a náuseas que no mejoraba luego de 15 minutos por lo cual es llevada a atención médica de urgencia. Se realiza abordaje inicial, donde se evidencia fascie dolorosa, criodiaforesis con signos vitales de PA 130/80 Fc 95 lpm Fr 18 sat 98%. Se toma EKG (figura 1), se considera infarto agudo al miocardio con elevación del ST por lo cual se realiza trombolisis con resolución de los síntomas. Se realiza ecocardiograma (figura 2) donde se evidencia hipocinesia del casquete apical y de los segmentos medio y apical anterior, anterolateral, inferolateral e inferior. Es llevada a cateterismo cardiaco donde no se evidencia lesiones coronarias significativas y en ventriculografía se evidencia balonamiento apical. Por los hallazgos en estudios realizados se le diagnóstica como Síndrome de Takotsubo y se inicia manejo. Es dada de alta sin complicaciones. **Discusión:** El síndrome de Takotsubo es una cardiomiopatía que simula síndrome coronario agudo con alteraciones de movilidad ventricular izquierda reversibles. Esta patología es más común en mujeres postmenopáusicas expuestas a un estrés usualmente emocional, aunque su patofisiología no está completamente dilucidada. Se presenta con alteración de la motilidad apical con característico balonamiento apical, siendo este hallazgo el más común, aunque hay variantes atípicas donde se puede encontrar hipocinesia en otras áreas miocárdicas. Presenta una prevalencia del 1% a 2% de pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo. Cerca del 80-85% son mujeres, pero los hombres con peor pronóstico. Es conocido la cardiotoxicidad de algunos quimioterapéuticos. La Capecitabina, una prodroga utilizada en tratamiento de múltiples cánceres entre ellos el cáncer de colon, ha sido descrita como causante de Síndrome de Takotsubo en pocos casos en literatura. Aunque no se conoce la fisiopatología, al no tener otro factor precipitante, emocional y otro, y siendo el único medicamento utilizado por nuestra paciente, sería un nuevo caso de cardiomiopatía inducida por capecitabina.



130

**DOLOR TORÁCICO EN EL DEPORTISTA. CUANDO LO FUNCIONAL NO ES SUFICIENTE. LA RELEVANCIA DE CONOCER LA ANATOMÍA**DR. CARLOS GUAMÁN VALDIVIESO<sup>1</sup>, DRA. NATALIA LLUBERAS<sup>1</sup>, DRA. JULIA ARAMBURU<sup>1</sup>, DR. GABRIEL PARMA<sup>1</sup>, DR. RICARDO LLUBERAS<sup>1</sup><sup>1</sup>CARDIOCENTRO, ASOCIACIÓN ESPAÑOLA, MONTEVIDEO, URUGUAY

Presentación E-Poster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00  
**Antecedentes:** El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente en cardiología. Usualmente su origen no es cardíaco, pero dado que la enfermedad coronaria (EAC) es la principal causa de muerte a nivel mundial, la capacidad de discriminar correctamente los casos benignos de los graves representa un reto. **Descripción del caso:** Sexo masculino, 44 años. Deportista, corre aproximadamente 10 kilómetros diarios. Niega antecedentes familiares y factores de riesgo cardiovascular. Relata historia de angina de primer esfuerzo de 3 meses de evolución, por lo que consulta en policlínica. ECG sin alteraciones. Se solicita ECG de esfuerzo, el cual es negativo para isquemia. Dado que la sintomatología continúa se solicita una angiografía coronaria. Al analizar el score de calcio coronario se observa un área de calcificación focal de menos de 1mm<sup>2</sup> (calcificación tipo "spotty") en el tercio medio de la ADA, que no llega a ser cuantificada como unidad Aganston, correspondiendo con un score de calcio coronario de 0 (Figura 1, panel A). En la angiografía se visualiza una lesión severa con remodelado positivo y baja atenuación en el tercio medio de la ADA (Figura 1, panel B y C). Se solicita una cineangiografía coronaria, en la cual se confirma la lesión descrita (Figura 2), se realiza angioplastia exitosa. **Discusión:** Al evaluar un paciente con dolor torácico la primera herramienta disponible es el ECG, el cual brinda una orientación inicial de la severidad. Actualmente contamos con varios instrumentos diagnósticos y de estratificación de riesgo, por lo que es fundamental elegir el apropiado para continuar y resolver el caso de cada paciente. El ECG de esfuerzo es el estudio de menor costo, pero tiene una baja sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de EAC. En cambio, mediante la angiografía es posible visualizar la anatomía coronaria y determinar si existen lesiones, y si estas son significativas o no. Además, evalúa la composición de la placa de aterosclerosis, brindando información sobre su vulnerabilidad, lo que determina un alto riesgo de IAM. En cambio, la ausencia de EAC detectada por angiografía se asocia con un excelente pronóstico, y muy bajas tasas de eventos adversos en los siguientes 5 años. La evaluación anatómica ocupa un rol importante en la evaluación del dolor torácico y en la prevención del IAM, es importante conocer las ventajas y desventajas de cada técnica para efectuar una selección correcta que aporte a la resolución adecuada de cada paciente.

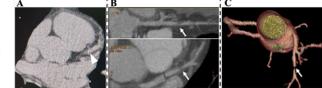


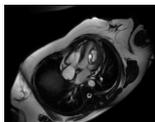
Figura 1. Panel A: Normo y calcificación mínima (cabeza de flecha). Panel B: Angiografía coronaria. Lesión severa en ADA (flecha). Panel C: Volume rendering, se visualiza lesión severa en ADA (flecha).

132

**HIDATIDOSIS CARDIACA COMPLICADA CON EMBOLISMO CEREBRAL**DR. MARCO ANTONIO LAZO SOLDEVILLA<sup>1,2</sup>, DRA SOFIA ROBLES CABELLO<sup>2</sup><sup>1</sup>HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE, HUANCAYO, PERÚ, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DEL PERÚ, HUANCAYO, PERÚ

Presentación Casos Clínicos para PREMIO, Hub Innovación, junio 7, 2023, 11:15 - 13:00

**Antecedentes:** La hidatidosis es endémica en Perú y la localización intracardiaca asociado a diseminación cerebral intraparenquimal son extremadamente raros, habiendo escasos casos reportados al respecto. **Descripción del caso:** Presentamos el caso de una paciente de 50 años procedente de Huancavelica-Perú; con antecedente familiar de hidatidosis pulmonar, que ingresa a emergencia por hemiparesia derecha y trastorno del sensorio asociado a convulsiones; no angor, no disnea. Al examen físico: despierta, poco reactiva, Glasgow 10/15; presión arterial de 134/70 mmHg, frecuencia cardiaca 58 latidos por minuto. A la auscultación, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos ni roce pericárdico. La tomografía cerebral reveló múltiples quistes intraparenquimales sugestivos de hidatidosis cerebral comprobándose el diagnóstico con una prueba inmunológica positiva. En la tomografía de tórax pudo observarse una imagen hipodensa en ventrículo izquierdo. La ecocardiografía transtorácica (ETT) mostró una imagen hiperecogénica de 42x20 mm multivesicular ubicada en la pared lateral del ventrículo izquierdo, hipocinesia en área anterolateral medial y basal e inferolateral medial y basal. La función sistólica ventricular izquierda preservada; FEVI 67%. El electrocardiograma reveló signos de sobrecarga ventricular izquierda, sin evidencia de arritmias ni isquemia. La cardiorresonancia mostró una estructura quística con vesículas hijas en su interior (Figura N°1). La paciente fue sometida a cirugía craneal (Figura N°2) para extracción de quistes cerebrales y tratada con albendazol. Actualmente, la cardiorresonancia de control muestra al quiste en involución. Preparándose la paciente para tratamiento quirúrgico. **Discusión:** La hidatidosis es una infección parasitaria producida por el cestodo Echinococcus granulosus o multilocularis. Perú es endémico de quiste hidatídico; siendo las presentaciones más frecuentes hígado(65%) y pulmón(25%). La afectación cardiaca es poco frecuente (0.5-2%) correspondiendo al ventrículo izquierdo la ubicación más común. Nuestro caso describe una de las complicaciones más graves de la hidatidosis cardiaca, la ruptura del quiste cuya embolización a cerebro se vio reflejada en la clínica neurológica de la paciente. El dolor precordial y disnea son los síntomas más comúnmente reportados que la paciente no manifestó. El diagnóstico, manejo y seguimiento de la paciente con quiste hidatídico cardiaco primario, dependió de estudios imagenológicos como la tomografía axial computarizada, cardiorresonancia y ecocardiografía transtorácica. Siendo la cirugía cardiaca asociado a tratamiento farmacológico, la conducta terapéutica de elección en quistes hidatídicos cardiacos con diseminación a otros órganos a fin de evitar complicaciones primarias y secundarias. Concluimos que la hidatidosis cardiaca con embolización sistémica puede ser altamente mortal, por ello la importancia de su diagnóstico oportuno y seguimiento.

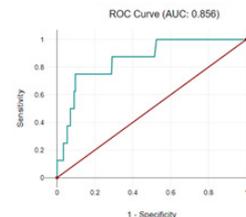


134

**RENDIMIENTO DEL EUROSORE II EN CIRUGÍA DE CAMBIO VALVULAR AÓRTICO, RESULTADOS DE UN SOLO CENTRO**DRA SILVIA-CHRISTEL TORRES-AGUILAR<sup>1</sup>, DR GIAN-MANUEL JIMÉNEZ-RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, DR JOSE-LUIS ELIZALDE-SILVA<sup>1</sup>, DRA DIANA-LIZBETH ORDAZ-FIGUEROA<sup>1</sup>, DR DANIEL MANZUR-SANDOVAL<sup>1</sup>, DR ÁNGEL RAMOS-ENRIQUÉ<sup>1</sup>, DR EDUARDO-RAFAEL BUCIO-RETA<sup>1</sup>, DR EMMANUEL-ADRIÁN LAZCANO-DÍAZ<sup>1</sup>, DR FRANCISCO-JAVIER GONZÁLEZ-RUIZ<sup>1</sup>, DR GUSTAVO ROJAS-VELASCO<sup>1</sup><sup>1</sup>INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA IGNACIO CHAVEZ, CIUDAD DE MEXICO, MEXICO

Presentación E-Poster VIII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** El EuroScore II es una escala de riesgo de cirugía cardiaca que se ha estudiado en múltiples escenarios clínicos, el más importante de ellos es la estimación del riesgo de muerte, en algunos estudios previos se ha reportado una infraestimación del riesgo de mortalidad con esta escala en población latinoamericana, la intención de este trabajo es evaluar el rendimiento de la misma en cirugía cardiaca de cambio aórtico en época reciente dado el avance y lo mejora en la técnica quirúrgica. **Objetivos:** Evaluar el rendimiento pronóstico del EuroScore II en la mortalidad en pacientes postoperados en cirugía de cambio valvular aórtico por estenosis aórtica degenerativa. **Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo, en el periodo comprendido de enero de 2014 a diciembre de 2020 en pacientes posoperados de cambio valvular aórtico secundario a estenosis aórtica degenerativa en una institución de tercer nivel en Ciudad de México. **Resultados:** Se estudiaron 307 pacientes de los cuales 204 (66.4%) fueron hombres, con una media de edad de 64.8 (DE 8.7) años, 159 (51%) padecían hipertensión arterial sistémica, 98 (32%) diabetes mellitus tipo 2, 92 (29.9%) dislipidemia, 70 (22.1%) eran fumadores activos, 27 (8.7%) hipotiroidismo, 13 (4.2%) enfermedad arterial coronaria y 8 (2.6%) enfermedad renal crónica. La mortalidad general fue de 2.6% (8 pacientes). El área bajo la curva ROC para el EuroScore II otorgó un resultado de 0.85 (Figura 1) describiendo así un rendimiento adecuado para la predicción de mortalidad. **Conclusiones:** Este estudio reveló que el EuroScore II tiene un desempeño adecuado para la predicción de mortalidad en pacientes llevados a cirugía de cambio valvular aórtico por estenosis aórtica degenerativa.



135

**EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION FOR COVID-19: LATIN-AMERICA SINGLE-CENTER EXPERIENCE**

Dr Jose-Luis Elizalde-Silva<sup>1</sup>, Dr Gian-Manuel Jiménez-Rodríguez<sup>1</sup>, Dra Diana-Lizbeth Ordaz-Figueroa<sup>1</sup>, Dra Silvia-Christel Torres-Aguilar<sup>1</sup>, Dr Tomas Patiño<sup>1</sup>, Dr Edgar Garcia-Cruz<sup>1</sup>, Dr Abraham Torres-Pulido<sup>1</sup>, Dr Daniel-Gaspar Riveros-Nina<sup>1</sup>, Dr Daniel Manzur-Sandoval<sup>1</sup>, Dr Gustavo Rojas Velasco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Nacional De Cardiología Ignacio Chavez, Ciudad De Mexico, Mexico

Presentación E-Póster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Introduction:** In March 2020, the World Health Organization declared the SARS-CoV-2 pandemic; one of the most serious complications of this disease was the development of acute respiratory distress syndrome (ARDS) with severe hypoxia. **Objectives:** To evaluate the clinical results of patients with COVID-19 managed with Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO). **Methods:** Retrospective analysis was performed on all COVID-19 patients who received Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) support for ARDS at a tertiary care institution in Mexico City from March 2020 until December 2021. **Results:** A total of 8 patients received ECMO support, with a median patient age of 41. All patients were male, with a high prevalence of obesity (4, 50%) and active smokers (6, 75%). The most relevant complications were deep venous thrombosis (5, 62.5%) and bacterial-associated pneumonia (4, 50%). The median ECMO duration was 30 days (13-54). The overall mortality rate of our study was 37.5%. **Conclusions:** Our study revealed a low mortality rate of COVID-19 patients on ECMO support, similar to international registries. Further efforts are needed in our country and in Latin America to increase the use of ECMO for respiratory support.

137

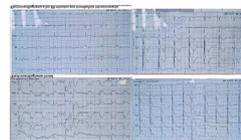
**ECTASIA CORONARIA EN PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO**

DR. CARLOS LOPEZ AGUILAR<sup>1</sup>, DR. EDUARDO VILLALTA GOMEZ<sup>1</sup>, DR. GALO XAVIER IBARRA CADENA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO, QUITO, ECUADOR

Presentación E-Póster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** La ectasia coronaria (EC) se define como la dilatación anómala de más de 1,5 veces el diámetro normal del vaso de referencia, la incidencia no supera el 1%. Las técnicas de revascularización habituales tienen menor tasa de éxito angiográfico que en la enfermedad coronaria aterosclerótica habitual (24% vs.77%), más complicaciones y eventos cardiovasculares (MACE, 44.0% vs. 16.3%; p < 0.01) y no se conoce su pronóstico a largo plazo. **Descripción del caso:** Un hombre de 58 años de edad sin factores de riesgo cardiovascular acudió por dolor torácico típico de 2 horas de evolución. El electrocardiograma presenta infarto posteroinferior (imagen 1). En emergencia presenta parada cardiorrespiratoria en ritmo de taquicardia ventricular sin pulso. Se realizan maniobras de reanimación cardiopulmonar y desfibrilación por una ocasión, recuperando ritmo sinusal y estabilidad hemodinámica luego de 3 minutos. En la coronariografía se observa ectasia coronaria de la descendente anterior y la coronaria derecha, misma que es dominante y está ocluida en segmento medio con imagen de trombo extenso (TIMI 5). Recibe circulación colateral heterocoronaria rentrop 1. Se intenta tromboaspiración y angioplastia con balón sin éxito, por lo que se realiza trombolisis intracoronaria con rTPA 10 mg, seguido de 90 mg IV en 1 hora. Al finalizar el procedimiento se observa flujo TIMI 1, resolución completa del dolor y estabilidad hemodinámica y eléctrica (imagen 2). A los 60 minutos hay descenso completo del ST (imagen 1). Se realiza coronariografía de control 48 horas después, observando coronaria derecha dominante, ectásica, muy tortuosa y con imagen de trombo mínimo residual en ramo retroventricular con flujo TIMI 2, por lo que se decide no intervención adicional. Se mantiene anticoagulación con enoxaparina y luego warfarina de forma indefinida, sin eventos posteriores. **Discusión:** La ectasia coronaria es causa de síndrome coronario agudo, desde angina inestable a infarto agudo de miocardio. La deformidad y alteraciones del flujo laminar previas producen isquemia, incluso antes de la generación del trombo, lo que podría generar pre-condicionamiento miocárdico, haciendo a estos eventos mejor tolerados y con menos secuelas a largo plazo. La anatomía y fisiopatología es heterogénea por lo que el tratamiento debe ser individualizado. Como en este caso, la trombolisis intracoronaria puede ser una estrategia eficaz cuando los métodos de revascularización habitual fallan. Los anticoagulantes parenterales y orales tienen una especial relevancia en estos casos.



138

**KNOWLEDGE AND ADHERENCE OF CARDIOLOGISTS TO PREVENTION MEASURES FOR TRAVEL-RELATED VENOUS THROMBOEMBOLISM**

DR. IGNACIO BLURO<sup>1</sup>, DRA. MF GRANDE RATTI<sup>1</sup>, DR. JUAN FARINA<sup>2</sup>, DR. JM MONTAÑANA<sup>3</sup>, DRA. I TAITO<sup>1</sup>, DR. MA MIGUEL<sup>1</sup>, DR. F GARAGOLI<sup>1</sup>, DR. FJ VAZQUEZ<sup>1</sup>, DR. A SOSA LIPRANDI<sup>4</sup>, DR. R PIZARRO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>2</sup>MAYO CLINIC, PHOENIX, ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, <sup>3</sup>CEMIC, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>4</sup>SANATORIO GUEMES, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Presentación E-Póster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Introduction:** Prolonged trips are associated with a significant increase in the risk of venous thromboembolism (VTE). Therefore, in 2018 the Argentine Society of Cardiology (SAC) published a consensus on the prevention of VTE during travel. **Objectives:** To evaluate the knowledge and adherence of cardiologists to the recommendations for prevention of travel-related VTE. **Methods:** We performed a cross-sectional, web-based survey using an online questionnaire. The survey was electronically distributed using a combination of convenience and snowball sampling among Latin American physicians who attended to the 2022 European Society of Cardiology congress and traveled more than 8 hours to get to the host city (Barcelona). Physicians under anticoagulant treatment were excluded from the analysis. Responders were classified as low, moderate, and high risk of VTE according to the 2018 SAC simplified classification. **Results:** We obtained 109 valid responses. The characteristics of the population are described in Table 1. Only 44% (95CI 35-54) of the participants reported being aware of the SAC recommendations for the prevention of VTE while traveling. Only 5 physicians (5%) met the criteria for high risk of suffering a travel-related VTE, 61 (56%) were classified as moderate risk and 43 (39%) as low risk. Even though the recommendation to exercise is universal for all passengers regardless of the risk, only 63% (95CI 54-72) stated that they had exercised or wandered during the flight. One in four of the responders used elastic compression stockings. However, only 27% of those with an indication of elastic compression stockings used them. Regarding pharmacological prophylaxis, 13% (n=14) of the participants used an anticoagulant drug, however 79% of them had no indication to use it. On the other hand, 40% (2 of 5) participants for whom it was reasonable to use an anticoagulant did not. The presence of overweight was associated with a greater use of these drugs OR 3.5 (IC95 1.1-11.4; p=0.03). More than half the responders (52%) reported that their own personal behavior was different than what they would recommend for their patients. **Conclusions:** Only 44% of the responders were aware of the recommendations for travel-related VTE prevention. Low adherence to non-pharmacological prevention measures was observed, while most of those who used an anticoagulant drug had no indication to do so. All passengers should stratify their risk of VTE prior to a long-distance flight. We should still work on delivery of evidence-based documents to professionals, as part of continuing health education.

Table 1. Baseline demographics of the included population.	
Age	49 (31-58)
Male sex	97 (89%)
Country of origin (Argentina)	67 (61%)
Years history of VTE	10 (9%)
Overweight	41 (37%)
Personal history of VTE	4 (4%)
Thrombolysis	1 (1%)
ACE-inh. use	40 (36%)
Aspirin	41 (37%)
Statins	41 (37%)
Use of Antithrombotic Therapies during travel	
Overall	13 (12%)
Use of elastic compression stockings	25 (23%)
Use of anticoagulant drugs	13 (12%)

140

**TORMENTA EN LA EMERGENCIA**

DR. CARLOS GUAMÁN VALDIVIOSO<sup>1</sup>, DR. DIEGO GIAGANTE<sup>1</sup>, DR. RAFAEL MILA<sup>2</sup>, DRA. VALENTINA AGORRODY<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CARDIOCENTRO - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA, MONTEVIDEO, URUGUAY, <sup>2</sup>ASOCIACIÓN ESPAÑOLA, MONTEVIDEO, URUGUAY

Presentación E-Póster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** La taquicardia ventricular (TV) es parte de la práctica cotidiana en la emergencia cardiológica. Con el tratamiento y dispositivos actuales los pacientes con cardiopatía cada vez tienen mayor sobrevida, volviendo los escenarios clínicos más complejos. La tormenta eléctrica es una emergencia médica, de abordaje complejo, caracterizada por episodios recurrentes de TV en un periodo definido de tiempo. Descripción de caso clínico: SM, 69 años. **Antecedentes:** ex-tabaquista, DM tipo 2, IAMCEST inferior en 1989, se realizó angioplastia, sin lesiones residuales. ETT posterior: Aneurisma basal inferior, FEVI 35%. En 2002 presenta TV por lo que se decide implante de CDI. En 2019 se registran episodios de TV a pesar de tratamiento antiarrítmico, por lo que se procede a ablación, en el procedimiento se perfora la aurícula izquierda, que requiere reparación quirúrgica, no se realiza ablación. Durante 2021 presenta varios choques apropiados por TV, por lo que se ajustan las terapias de CDI y se aumenta dosis de antiarrítmicos a lo máximo tolerado. Se solicita centellograma de perfusión miocárdica: secuela de IM inferior y lateral del VI, sin evidencia de isquemia asociada. El 21/7/22 consulta en emergencia por palpitaciones y 2 choques de dispositivo. Se evidencia TV a 115cpm (Figura 1), hemodinámicamente bien tolerada, durante la examinación presenta choque exitoso de CDI, luego retoma TV. Se coloca imán sobre generador, se indica: amiodarona 300mg y atenolol 5mg IV y benzodiacepina vía oral. Se procede a interrogar dispositivo: 6 descargas apropiadas previas. La TV persiste, por lo que se indica nueva carga IV de amiodarona y lidocaina 1mg/kg IV en bolo. Se realiza sobre estimulación del VD con lo que finalmente cesa. Se mantiene en bradicardia sinusal. ETT sin cambios respecto a previo. Se realiza ablación exitosa de TV isquémica con mapeo tridimensional Ensite NAV X Velocity. **Discusión:** En el paciente presentado, la presencia de un aneurisma basal es una estructura que facilita el mecanismo de re-entrada. Pero los mecanismos en la tormenta eléctrica son multifactoriales, donde una estructura vulnerable se encuentra en un ambiente de aumento del tono simpático. También se ha postulado la existencia de una predisposición genética. La aparición de tormenta eléctrica se asocia con una mortalidad de 14% en las siguientes 48 horas, por lo que es necesario un abordaje dinámico y multifacético con antiarrítmicos, sedantes, reprogramación del dispositivo, modulación autonómica y ablación, como se realizó en el paciente presentado, en quien se consiguió una resolución exitosa.



Figura 1. ECG: Taquicardia regular de complejo ancho a 115cpm, con morfología de RCD3 y Qr inferior

## 141

**COMPARATIVE STUDY OF ELECTROPHYSIOLOGICAL PARAMETERS OF RIGHT VENTRICULAR STIMULATION VERSUS STIMULATION OF THE LEFT BUNDLE BRANCH AREA**

DR. JOSE MIGUEL CAYO MONTES<sup>1</sup>, DR. JOSE CARLOS PACHÓN MATEOS<sup>1</sup>, DR. ENRIQUE INDALECIO PACHÓN MATEO<sup>1</sup>, DR. JUAN ZERPA ACOSTA<sup>1</sup>, DR. JUAN CARLOS PACHÓN MATEOS<sup>1</sup>, DR. RONALD RIVERO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DO CORAÇÃO, SÃO PAULO, BRAZIL, <sup>2</sup>CLÍNICA INCOR, SANTA CRUZ, BOLÍVIA

Presentación trabajos libres para premio, Hub Innovación, junio 7, 2023, 9:00 - 11:00

**Introduction:** Pacemaker (PM) implantation is the treatment of irreversible bradyarrhythmias, normalizing the heart rate, right ventricular apical pacing (RVAP) has been traditionally chosen, but it can induce ventricular dyssynchrony, resulting in a widening of the QRS complex duration. (QRSd) and left ventricular activation time (LVTA) increase, leading to heart failure and/or arrhythmias. In order to prevent these adverse effects, right ventricular septal pacing (RVSP) and more recently left bundle branch area pacing (LBBAP) of the bundle of His were developed, which reproduce more physiological activation of the cardiac conduction system. **OBJECTIVES:** The aim of this study is to compare the electrophysiological parameters of ventricular synchrony (QRSd, LVAT) and other parameters such as QRS axis, R-wave amplitude, threshold and impedance of RVAP, RVSP and LBBAP, in a group of patients with pacemaker implantation indication. **MATERIAL AND Methods:** Prospective and controlled study, which included 25 patients with indication for bicameral pacemaker implantation. Using radiocopy, first, the electrode is positioned in the position of the RAVP, using the electrogram recording system and the PM device programmer, unipolar stimulation is performed at this point and the electrophysiological parameters are recorded; QRSd, LVAT in V5 or V6, QRS axis, R wave, ventricular lead threshold and impedance. Afterwards, the ventricular electrode was positioned in the region of RVSP and LBBAP and the same parameters were measured. **Results:** Electrophysiological parameters; QRSd: RVAP: 162±25ms, RVSP: 145±20ms, LBBAP: 109±17ms (p<0.05) LVAT: RVAP: 80±11ms, RVSP: 70±16ms, LBBAP: 60±11ms (p<0.04), QRS axis: RVAP: -56°±10°, RVSP: 45±15°, LBBAP: 60±11ms (p<0.04). Ventricular lead impedance: RVAP: 603 ± 20Ω, RVSP: 560± 25Ω, LBBAP: 805 ± 25Ω (p<0.03). Threshold: RVAP: 0.75±0.50V. RVS **Conclusion:** The unipolar LBBAP achieved lower QRSd and LAVT, normal QRS axis, lower pacing thresholds, slight increase in ventricular lead impedance, there were no significant difference in the R wave sense compared to RVAP and RVSP. LBBAP is a safe technique that preserves ventricular synchrony, with better electrophysiological parameters compared to RVAP and RVSP, and could be considered as the first choice of ventricular pacing for patients.P: 0.75±0.25V. LBBAP: 0.5±0.25V (p<0.05). R wave: RVAP: 10.1±2mV RVSP: 9.9±3mV LBBAP: 10.9±6mV(p: 0,06) There were no adverse events during the 6-month follow-up.

## 143

**CLINICAL AND ECHOCARDIOGRAPHIC OUTCOMES OF VENO-VENOUS EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION (ECMO): SINGLE-CENTER EXPERIENCE**

DRA DIANA-LIZBETH ORDAZ-FIGUEROA<sup>1</sup>, DRA SILVIA-CHRISTEL TORRES AGUILAR<sup>1</sup>, DRA ERIKA-YAMALI RAMÍREZ-MARCANO<sup>1</sup>, DR GIAN-MANUEL JIMÉNEZ-RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, DR RICARDO-EDUARDO QUIRAZCO-CORDOVA<sup>1</sup>, DR LUIS-ANTONIO COTA-APODACA<sup>1</sup>, DR LUIS-AUGUSTO BAEZA-HERRERA<sup>1</sup>, DR LUIS-EFRÉN SANTOS-MARTÍNEZ<sup>1</sup>, DR DANIEL MANZUR-SANDOVAL<sup>1</sup>, DR GUSTAVO ROJAS-VELASCO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO

Presentación E-Poster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Background:** Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) provides advanced pulmonary support for patients in respiratory failure and also provides hemodynamic support for right heart failure. **Objectives:** to evaluate the clinical outcomes of patients veno-venous Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) according to their echocardiographic evaluation. **Methods:** Retrospective analysis was conducted on all patients who were supported with veno-venous extracorporeal membrane oxygenation (VV ECMO) cannulation at a tertiary care institution in Mexico City from March 2020 to March 2022. **Results:** A total of 14 patients were treated with VV ECMO. The median patient age was 35.5, and 13 patients were male. Common comorbidities included diabetes (11), hypertension (12), dyslipidemia (12), obesity (6), and smoking (10). The primary indications for VV ECMO were acute respiratory distress syndrome secondary to COVID-19 infection (8, 57.1%) and cardiogenic shock secondary to right heart failure (3, 21.4%)(see Table 1). The echocardiographic parameters were as follows: the median of right ventricular outflow tract fractional shortening (ROVT) was 31.2 (SD: 7.01), the median of right ventricle basal diameter (RVBD) was 46.75 (SD: 7.8), and the median of left ventricular ejection fraction was 48 (SD: 12.6) (Table 2). The median ECMO duration in days was 11.5 (IQR 6.5-37.5). The overall mortality rate of our study was 42.8%. **Conclusions:** Veno-venous extracorporeal membrane oxygenation (VV ECMO) is a well-established component of support for patients with respiratory failure and can be used successfully for the treatment of patients with right heart failure. However, important comorbidities were observed in the vast majority of our population. The benefits of echocardiography during the maintenance of VV ECMO support need to be better defined. The utility of monitoring right ventricle function during ECMO support requires further study.

Parameter	Value
Age (median)	35.5
Male (%)	92.9
Diabetes (%)	78.6
Hypertension (%)	85.7
Obesity (%)	42.9
Smoking (%)	71.4
Primary VV ECMO Indications	
Cardiogenic shock secondary to right heart failure (%)	21.4
ARDS (%)	57.1
Acute pulmonary edema (%)	21.4
Extrinsic pulmonary embolism (%)	9.3
Overall mortality (%)	42.8

## 145

**HYOPLASTIC POSTERIOR LEAFLET MITRAL VALVE ASSOCIATED WITH BICUSPID AORTIC VALVE. AN EXTREMELY RARE ASSOCIATION SUCCESSFULLY MANAGED**

DR. KEVIN ANDY VELARDE ACOSTA<sup>1</sup>, DR. ROBERTO BALTODANO ARELLANO<sup>1</sup>, DR. JOSE MANUEL MEDINA MAGUIÑA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN - SERVICIO DE CARDIOLOGÍA CLÍNICA, LIMA, PERÚ

Presentación E-Poster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Past Medical History:** A 60-year-old male patient came for cardiology evaluation due to a heart murmur identified incidentally 4 years earlier. He reports no cardiovascular symptoms at the time of evaluation. Significant medical history includes controlled hypertension. **Clinical Presentation:** On physical examination, two heart murmurs were auscultated: a holosystolic murmur of intensity III/VI located in the mitral focus and a protomesodiastolic murmur of intensity II/VI located in the aortic focus. The electrocardiogram showed sinus rhythm with signs of left atrial enlargement and left ventricular systolic overload. Laboratory tests showed an elevated pro-BNP (800 pg/ml). Transthoracic echocardiography, revealed preserved biventricular systolic function (LVEF 58%), but increased end-systolic diameter (45 mm). The anterior mitral leaflet was severely elongated, while the posterior leaflet was hypoplastic with restricted motion, which generated severe mitral regurgitation. Transesophageal echocardiography, confirmed the presence of a myxomatous and redundant anterior mitral leaflet, with severe billowing prolapse and a barely visible posterior mitral leaflet that generated severe mitral regurgitation with an eccentric jet directed towards the anterior atrial wall (effective regurgitation orifice area of 0.9 cm<sup>2</sup>, regurgitation volume of 112 ml). In the 3D multiplanar reconstruction, the functionally unique anterior mitral leaflet was corroborated. Additionally, the presence of a type I bicuspid aortic valve generating moderate aortic insufficiency (PISA radius 0.5 cm, vena contracta 4 mm) was identified. The patient underwent mitral and aortic valve replacement surgery. At one month follow-up, the patient remained asymptomatic cardiovascularly, while echocardiographic control showed a slight increase in LV systolic function and a decrease in left ventricular volumes and diameters. **Discussion:** Congenital mitral valve malformations are rare, with an estimated incidence of 0.4% of patients with congenital heart disease. The anomalies linked to the leaflets include leaflet aplasia or hypoplasia which are one of the rarest entities, with less than 30 cases reported worldwide. Even less frequent is the association of this mitral valve disease with a bicuspid aortic valve, of which there have been only 3 cases reported. Valve repair or replacement is considered as indication IB for asymptomatic individuals with ventricular dysfunction, established as an end-systolic diameter greater than 40 mm and/or an ejection fraction of less than 60%. Our patient underwent replacement with mechanical prosthesis of both valves with successful outcomes. Multimodal imaging determines the diagnosis of cardiovascular abnormalities in this syndrome and is crucial in surgical planning.



Panel A. 2D TEE. Transesophageal echocardiogram. Short axis view in midsagittal. Bicuspid aortic valve with right coronary cusp and non-coronary cusp (white asterisks).

Panel B. 2D TEE. Transesophageal echocardiogram. Long axis, focused on the aortic valve. There is evidence of moderate regurgitation of Bicuspid aortic valve (white asterisks).

## 146

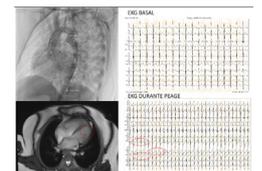
**REHABILITACIÓN CARDIACA EN CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMPLEJA A PROPÓSITO DE UN CASO**

DR. DERYS AGUSTÍN VALERIO VASQUEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, CUIDAD DE MEXICO, MEXICO

Presentación E-Poster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** Las cardiopatías congénitas (CC) son las más prevalentes de las anomalías en el recién nacido, los avances en cirugía y mejores cuidados han permitido que más niños con CC sobrevivan hasta la vida adulta. Es común que se acompañen de otras complicaciones, poniéndolos en riesgo de retrasar su función motora y alterar su tolerancia al ejercicio. El comportamiento fisiológico del niño ante el ejercicio depende de la madurez de sus órganos y sistemas. En las últimas décadas, diferentes organizaciones de la salud han reconocido los programas de rehabilitación cardíaca (PRHC) como un elemento esencial para la recuperación de pacientes con enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, en este momento no existe evidencia para la implementación de un PRHC en población pediátrica, que padezcan CC. **Caso clínico:** masculino de 10 años, antecedentes CC corregida en 2012 con valvuloplastia aórtica por estenosis y coartación aórtica. Cateeterismo: Dilatación de origen de coronaria derecha 9.7mm, arco aórtico con curvatura "S" itálica, presiones pulmonares elevadas, sin respuesta a test de vasoreactividad. Resonancia cardíaca: VI no compacto, dos falsos tendones, FEVI:63%, aorta trivalva con estenosis, área valvular de 1.3cm<sup>2</sup>, comunicación interauricular tipo ostium secundum de 3mm. Es enviado al PRHC por CC, valoración fitness-cardiorespiratorio. En primera prueba de esfuerzo con análisis de gases espirados (PEAGE): Bruce modificado rampado; alcanza frecuencia cardíaca (FC): 85%; cociente respiratorio:1.1; limitada por fatiga y desaturación de 85%; positiva para isquemia EKG, umbral isquémico:6.3mets; alcanzando 6.4METS-carga; sin umbrales ventilatorios definidos, lo que lo mantiene en zona anaeróbica o de transición; Vo2-pico: 4.1METS; pendiente Ve/Vco2: 36.4. Se estratifica el riesgo cardiovascular alto, inicia programa estructurado de 6 semanas, guiado por el principio FITT (Frecuencia, Intensidad, Tiempo y Tipo) y ejercicios de cualidades físicas adecuados para su edad. En segunda PEAGE: alcanza FC: 90%; limitada por fatiga, con mejoría tolerancia al esfuerzo 11.6METS-carga; positiva para isquemia, con desplazamiento del umbral isquémico: 9.3mets; presencia de umbrales ventilatorios; Vo2-pico: 6.4METS; pendiente Ve/Vco2: 37.6. Como puede observarse luego de finalizado PRHC el paciente presentó mejoría de la ganancia de reserva cardiovascular y del fitness-cardiorespiratorio. **Discusión:** los principales objetivos de PRHC en CC es ayudar a obtener un óptimo funcionamiento (fisiológico y psicológico), revertir los efectos del desacondicionamiento, educar al niño, familiares y cuidadores en un estilo de vida cardiosaludable, reducir el impacto emocional y reintegrarse a sus actividades cotidianas, por lo que se hace necesario una recomendación específica en este tipo de patología.



148

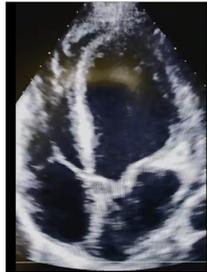
**PERI-MIOCARDITIS FULMINANTE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTE MASCULINO DE 32 AÑOS**

DR. HIRAM GUEVARA GOULDBOURNE, DR. JESUS MOJICA, DR. JOSE AGUIRRE, DRA GLORIA O' NEILL

\*CIUDAD DE LA SALUD, PANAMA, PANAMA

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Descripción del caso:** Masculino de 32 años de edad sin antecedentes médicos quien se presenta al servicio de urgencias con historia de 3 meses de edema en miembros inferiores más aumento de perímetro abdominal con múltiples visitas en centros de salud y manejo con furosemida sin mejoría. Al momento de su hospitalización manifiesta cuadro de 2 semanas de disnea a mínimo esfuerzo y astenia limitante de sus actividades diarias. Al examen físico PA: 90/70 Fc: 110 Fr: 24 rpm paciente en anasarca, cabello desnaturalizado de fácil caída, pulmones con crepitos bibasales, corazón con ruidos cardíacos hipo fonéticos y abdomen con aumento del perímetro abdominal con matidez cambiante. Ecocardiograma rastreo en la emergencia con derrame pericárdico severo. Cirugía cardiovascular realiza drenaje de 800 cc de líquido cetrino y toma de biopsia de pericardio. Se traslada a cuidado intensivo para manejo de soporte hemodinámico, apoyo dialítico e inicio de bolos de metilprednisolona a dosis de 1 g/día durante 3 días, sin obtener mejoría y mostrando actividad lúpica activa a pesar del tratamiento por lo que se le realiza ecocardiograma con hallazgo de hipocinesia generalizada y fracción de eyección de 14 %. Al 4to día se complica por un cuadro de neumonía nosocomial con necesidad de manejo en ventilación mecánica invasiva, falleciendo horas después. **Discusión del caso:** La miocarditis lúpica es una manifestación cardíaca aparentemente rara que se ve en 3-9% de los pacientes con lupus, donde las mujeres se ven mucho más afectada que en los hombres, pueden presentar síntomas de insuficiencia cardíaca, que incluyen taquicardia en reposo y disnea, pero a veces también presentan malestar torácico, fiebre y/o miopericarditis como fue el caso de nuestro paciente. La ETT puede evaluar el grado de disfunción ventricular (sistólica y/o diastólica) y el compromiso hemodinámico, ya que se detecta una fracción de eyección baja en la mayoría de los pacientes con hipocinesia global se detecta en 5-20%, hallazgos que se encontraron cuando a nuestro paciente. El manejo consta de terapia médica para la insuficiencia cardíaca según las guías clínicas y el uso de corticoides a altas dosis juntos a inmunosupresor. La mortalidad global por miocarditis lúpica sigue siendo elevada, oscilando entre el 10,3 y el 23%. La duración del LES, una FEVI más baja y un recuento absoluto de linfocitos más bajo en el momento del diagnóstico se asocian con una mayor mortalidad.



150

**ANEURISMA DE LA PARED LATERAL DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO POST-INFARTO DE MIOCARDIO: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE PERO GRAVE**DRA K NARVÁEZ, DR. M AGUIRRE<sup>1</sup>, DR. C FIERRO<sup>1</sup>, DR. G ESCORZA<sup>1</sup><sup>1</sup>HOSPITAL METROPOLITANO, QUITO, ECUADOR

Presentación E-Póster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

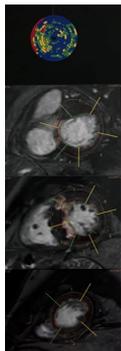
**Antecedentes:** El aneurisma ventricular izquierdo o aneurisma verdadero se define como una región miocárdica discínética de la pared ventricular de cuello ancho, con presencia o no de trombos; su prevalencia es del 5% aproximadamente de todos los pacientes post infarto de miocardio y su localización más frecuente es la región anteroapical. Nuestro paciente lo desarrolló en la pared lateral, segmento basal lo que reviste trascendencia. Dento de las complicaciones cardiovasculares se describen en cardioembolismo, arritmias ventriculares y muerte súbita. **Presentación del caso:** Masculino de 49 años con antecedentes de tabaquismo de larga data y dislipidemia. Ingresó en febrero del 2018 por diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del ST de localización inferolateral; fue llevado a coronariografía encontrando: Ectasia de la arteria coronaria derecha, estenosis del 50% en segmento medio. Tronco de la coronaria izquierda calcificado aneurismático sin estenosis. Arteria descendente anterior: calcificada en segmento proximal con vaso aneurismático en segmento medio. Arteria circunfleja: vaso calcificado aneurismático de gran calibre, en su segmento proximal oclusión total con abundante trombo. Se instauró tratamiento anti isquémico y antitrombótico (enoxaparina), con una evolución hospitalaria favorable, por lo que fue dado de alta a domicilio. En el seguimiento ecocardiográfico (2021) se documentó aneurisma de la pared lateral, segmento basal del ventrículo izquierdo (VI) de 12mm cuello x 8mm de profundidad, sin evidencia de trombos en su interior, disfunción sistólica del VI, FEVI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo) de 45%. Resonancia magnética cardíaca además de reafirmar el diagnóstico del aneurisma, demostró infarto transmural basal y medio de la pared lateral. **Discusión:** Los aneurismas ventriculares representan una complicación poco frecuente del infarto de miocardio. Su localización en la pared lateral es infrecuente, de ahí la importancia del diagnóstico. Sus manifestaciones clínicas están relacionadas a la aparición de arritmias, insuficiencia cardíaca o eventos cardioembólicos. Nuestro paciente posterior a 5 años de seguimiento médico no ha presentado ninguna complicación y se encuentra en clase funcional I de NYHA (New York Heart Association). Paciente lleva tratamiento para falla cardíaca y anticoagulación (dabigatrán). En caso de desarrollar a futuro arritmias ventriculares pensaríamos en tratamiento intervencionista con ablación e implante de cardiodesfibrilador para prevención primaria y secundaria.

153

**MIOCARDIOPATÍA HIPERTROFÍCA: UN ENEMIGO SILENCIOSO PARA MUERTE SÚBITA**DR. MARLON PATRICIO AGUIRRE ESPINOSA<sup>1</sup>, DR RENE VICUÑA M.<sup>1</sup>, DR GIOVANNI ESCORZA V.<sup>1</sup>, DR CARLOS XAVIER TORRES F.<sup>1</sup><sup>1</sup>PRIVADO, QUITO, ECUADOR

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes:** La miocardiopatía hipertrofica (MH) es una enfermedad miocárdica primaria caracterizada por hipertrofia inadecuada ventricular izquierda o biventricular, discordante a la sobrecarga sistólica y se debe a un trastorno genético autosómico dominante que genera alteraciones en la proteína sarcomérica, intracelular e intersticial miocárdica. La evolución clínica generalmente es asintomática y benigna, pero un porcentaje pequeño tiene riesgo de muerte súbita (MS) secundaria a arritmias ventriculares como taquicardia o fibrilación ventricular, situación prevenible con cardiodesfibrilador implantable en pacientes adecuadamente seleccionados. **Descripción del caso:** Masculino de 60 años. Antecedentes de dislipidemia, hiperuricemia, hipovitaminosis (D) covid 19 (+), síncope hace 12 años sin llegar a determinar etiología específica. Referido a consulta para estudio por soplo cardíaco y disnea de grandes esfuerzos. Exploración física: No ingurgitación yugular, no edema periférico. Precordio: soplo holosistólico en foco aórtico, segundo ruido aórtico presente. No ritmo de galope. Electrocardiograma: sinusual, infradesnivel del ST e inversión de la onda T que sugiere lesión subendocárdica en cara lateral alta y baja. Análisis: biometría y función renal: normales. Por BNP 153 pg/ml. Ecocardiograma: miocardiopatía hipertrofica septal asimétrica obstructiva con gradientes máximo: 23 y medio: 10 mmHg (en reposo). Resonancia magnética cardíaca: dilatación leve de aurícula izquierda, fibrosis difusa estimada: 21% (estadio Utah III). Ventrículo izquierdo (VI): hipertrofia anteroseptal e inferoseptal basales y mediales; y, septal apical; espesura máxima 21 mm. Fibrosis mesocárdico, patrón no coronario y fibrosis subendocárdica adyacente en asociación con alteración microvascular, carga de fibrosis 19%. Señales de obstrucción in tracto de salida del VI, ausencia de movimiento sistólico anterior de la mitral con insuficiencia leve. Angiotac coronaria: score de calcio 0, puente miocárdico en tercio medio y distal de la arteria descendente anterior. CAD RADS 0. Circunfleja y coronaria derecha sin lesiones. Holter 48 horas: extrasístolia bimorfa, 3 episodios de taquicardia ventricular no sostenida. Salva de 3 complejos auriculares, no fibrilación auricular. Intervalo QTc prolongado. Segmento ST: infradesnivel con repolarización anormal. De acuerdo al Score para MS de la Sociedad Europea de Cardiología (SEC): 8%. Evolución clínica en los últimos 5 años asintomático; en clase funcional I NYHA. Tratamiento intervencionista: cardiodesfibrilador implantable. Farmacológico: bisoprolol y espironolactona. **Discusión:** La MH constituye una de las principales causas de MS. De acuerdo al resultado del score para MS de nuestro paciente, la SEC recomienda el implante de cardiodesfibrilador para prevención primaria y secundaria. El tratamiento médico retrasa la aparición de otras complicaciones cardiovasculares como insuficiencia cardíaca o taquiarritmias.

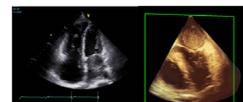


154

**MASA AURICULAR COMO PRESENTACIÓN RARA DE LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES, ALK NEGATIVO**DRA. GABRIELA TATIANA LEÓN MOLINA<sup>1,2</sup>, DR JUAN MOSCOSO JARAMILLO, DR HERNÁN LUPERA PAZMIÑO, DR SANTIAGO ENDARA AGUIRRE, DRA TANYA PADILLA MOLINA<sup>1</sup>HOSPITAL METROPOLITANO, QUITO, ECUADOR, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR, QUITO, ECUADOR

Presentación E-Póster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** Las neoplasias cardíacas primarias son raras. Siendo el linfoma cardíaco primario es extremadamente raro y puede ser difícil de diagnosticar debido a manifestaciones clínicas inespecíficas. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 69 años, sin antecedentes patológicos, acude por cuadro de disnea progresiva llegando hasta NYHA IV, filiada a taponamiento cardíaco con derrame pericárdico hemorrágico y derrame pleural izquierdo. Se realiza toracotomía anterolateral izquierda con drenaje de derrame pleural izquierdo, drenaje pericárdico, con evidencia de masa auricular irresecable, se confecciona ventana pericárdica y toma de biopsia de pericardio, citología de derrame pleural izquierdo y derrame pericárdico, la misma que resulta negativa para neoplasia maligna, granulomas, vasculitis o infección, es dada de alta. Tres meses post quirúrgicos con persistencia de sensación de palpitaciones, disnea NYHA IV, evidenciando taquicardia de hasta 230 latidos por minuto. Se realiza control ecocardiográfico donde se evidencia masa ecogénica en aurícula izquierda, de 3,6 x 4,5 centímetros, masa ecogénica en aurícula derecha de 2,0 x 4,4 centímetros, que se trata de proyectar hacia ventrículo derecho, comparado con ecocardiograma previo hay un aumento de tamaño y nuevo implante en aurícula derecha (Imagen 1). Por lo que se realiza nueva intervención quirúrgica con evidencia de lesión pericárdica infiltrativa de consistencia mixomatosa que compromete cara anterior, adenopatías de cadena mamaria derecha en estudio de congelación transoperatoria de lesión pericárdica y ganglios de cadena mamaria derecha con reporte positivo para malignidad, compatible con Linfoma anaplásico de células grandes, ALK negativo. Con este diagnóstico se inicia con primera línea de tratamiento a base de ciclofosfamida, doxorubicina, brentuximab, que una vez completados los cuatro ciclos se realiza ecocardiograma transtorácico de control donde se evidencia ausencia de masa auricular (Imagen 2), compatible con remisión completa y paciente con clase funcional NYHA I. **Discusión:** El linfoma cardíaco primario (que afecta solo al corazón y/o al pericardio sin evidencia de afectación ganglionar y extra ganglionar es una entidad rara y mal definida, que se estima que constituye menos de 2% de todos los tumores cardíacos. Del linfoma de células grandes B, variante anaplásica es rara y muestra células pleomórficas grandes, así como expresión de CD30, que tiene un peor pronóstico y una tasa de supervivencia general a 5 años del 19%. La detección de CD30 y ALK son moléculas clave involucradas en la patogénesis, diagnóstico y tratamiento de esta entidad.



156

**BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMO PRESENTACIÓN DE TRANSPOSICIÓN CONGÉNITAMENTE CORREGIDA DE GRANDES ARTERIAS**

DR. CARLOS ALBERTO RAMÍREZ RAMÍREZ<sup>1</sup>, DR. MANUEL DE JESÚS CÓRDOVA LARA<sup>1</sup>, DR. LUIS ANTONIO MORENO RUIZ<sup>1</sup>, DR. CARLOS DANIEL ÁLVAREZ MARTÍNEZ<sup>1</sup>, DR. AGUSTÍN YAÑEZ SERRANO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, MEXICO, MEXICO

Presentación E-Poster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Antecedentes:** La transposición corregida de grandes arterias es una cardiopatía congénita caracterizada por discordancia auriculoventricular y ventriculoarterial, con una prevalencia de <1%. El 90% se asocia a defectos congénitos como defectos septales intraventriculares, estenosis pulmonar e insuficiencia tricúspidea. Menos del 10% se presentan de forma aislada, tienen una presentación tardía y llegan a edad adulta sin diagnóstico previo, por lo tanto, la información es escasa en este grupo, reportándose 30 casos mayores de 40 años en 1998. Se puede presentar con un bloqueo cardíaco completo, en un 10%, debido a la posición anatómica del sistema de conducción. La sobrevida sin defectos es del 50% a los 60 años y con importancia clínica ya que culmina con insuficiencia cardíaca. Siendo el tratamiento la corrección de los defectos, alivio de síntomas, y colocación de dispositivos. Caso: El Presente caso trata de masculino de 72 años que debuta con síncope secundario a bloqueo auriculoventricular completo como presentación de transposición corregida de grandes vasos. Con antecedente de Diabetes, Hipertensión arterial y síncope donde se evidenció bloqueo auriculoventricular de primer grado con ondas T negativas en cara lateral. Figura 1a. Nuevamente presenta síncope documentándose bloqueo auriculoventricular completo. Se envía para colocación de marcapasos. Figura 1b. Ingresó con bradicardia, S1 y S2 de adecuada intensidad, con desdoblamiento fisiológico, de mayor intensidad en foco aórtico y pulmonar. Radiografía de tórax sin arco de la arteria pulmonar. Figura 2. Sin éxito a la colocación de marcapasos temporal. Resonancia magnética cardíaca con ventrículo derecho morfológicamente izquierdo, ventrículo izquierdo morfológicamente derecho, fracción de expulsión disminuida, asociado a movimiento septal paradójico. Se coloca marcapasos definitivo Figura 3a-3b. **Discusión:** Existen pocos casos de transposición corregida de grandes vasos en mayores de 70 años. Aunque es una enfermedad poco frecuente, es importante porque el curso natural finaliza en el desarrollo de insuficiencia cardíaca. Los defectos anatómicos son los principales determinantes en la temporalidad de presentación y aquellos en los que no existen, su debut es tardío con signos clínicos de insuficiencia cardíaca. Lo importante en este caso sería conocer los factores que determinan el desarrollo de insuficiencia cardíaca manifiesta en pacientes con ventrículo izquierdo morfológicamente derecho. No existen reportes en los que la presentación inicial sea únicamente los trastornos de la conducción sin insuficiencia cardíaca. Los pacientes con insuficiencia cardíaca manifiesta se benefician del tratamiento convencional y en aquellos con alteraciones de la conducción de la colocación de marcapasos definitivo.



157

**IMPACTO ECONÓMICO EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA AL REDUCIR LOS REINGRESOS HOSPITALARIOS CON LA UTILIZACIÓN DE CLÍNICAS DE FALLA CARDIACA Y CLÍNICAS DE DÍA.**

DRA. MARIBEL ALVARADO MONTES DE OCA, DR. MIZRAYM ROJAS CHÁVEZ, DR. NEISSER MORALES VICTORINO, DRA. ITXEL RIVAS BUCIO, DR. FRANCISCO JAVIER ANCHONDO CALLEROS, DR. OSCAR VÁZQUEZ DIAZ, DR. ALEJANDRO FERNÁNDEZ BARRERA, DR. ARTURO DÍAZ MENDEZ, DR. CARLOS BOGARD FUENTES, DRA. MARÍA DEL CÁRMEN CARINA GALVÁN LÓPEZ

<sup>1</sup>ISSSTE, CDMX, MÉXICO

Presentación E-Poster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca es una entidad clínica que constituye la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años de ellos una cuarta parte fallecen al ingreso. En los últimos años se ha observado una tendencia al alza en las hospitalizaciones por Insuficiencia Cardíaca, que aumentaron un 76.7%. Los reingresos a los 30 días también aumentaron (del 17,6 al 22,1%) a un ritmo medio relativo del 1,36% por año, con el consiguiente incremento en el uso de recursos y en la carga económica para el sistema sanitario. A nivel mundial afecta a más de 64.3 millones de personas, con una tasa de 1 a 9 casos por cada 1000 personas por año en países europeos, asociándose a una tasa de mortalidad a 5 años del 56%. En México ya se ha documentado que afecta aproximadamente 2.4 millones de mexicanos por lo que deben implementarse más Clínicas de Insuficiencia Cardíaca según los recursos de cada nosocomio. **Objetivos:** Demostrar la utilidad y eficacia en cuanto al ahorro de hospitalización y reingresos, con la implementación de la apertura de Clínicas de Insuficiencia Cardíaca y Clínicas de día. Mejoría de Clase funcional posterior al inicio del tratamiento y al seguimiento oportuno en la clínica de falla cardíaca. **Material y Métodos:** Se utilizó base de datos con 78 pacientes en seguimiento en clínica de falla cardíaca con FEVI reducida, se realizó un comparativo entre los mismo pacientes antes de su seguimiento y posterior al seguimiento en la Clínica de Insuficiencia Cardíaca y Clínica de Día. La edad promedio 63.9 años en nuestro grupo de paciente, el 80% fue hombre y 20% mujeres, la causa principal cardiopatía isquémica, teniendo como factores principales DM tipo 2 en un 49% y dislipidemia 36%, con una media de tiempo de diagnóstico de 2.6 años, la FEVI demostrada por ecocardiografía promedio de 30.8%. Su tratamiento farmacológico principal: ARNI, IISGLT2, betabloqueadores y espironolactona. Importante mencionar que cuentan con el seguimiento multidisciplinario de otras especialidades y rehabilitación cardíaca. **Resultados:** En este estudio se demostró la mejoría en clase funcional drásticamente y la disminución en reingresos al mes, 6 meses y al año, posterior al inicio de tratamiento y la implementación de Clínica de Insuficiencia Cardíaca y Clínica de Día, con una p 0.001. **Conclusiones:** La implementación de tratamiento adecuado y el seguimiento por las Clínicas de Insuficiencia Cardíaca disminuye reingresos hospitalarios lo que condiciona un ahorro económico importante y mejoría clínica significativa.

Comparación necesidad de internamiento con y sin tratamiento

	Sin Tratamiento	Tratamiento	Valor de p
Necesidad de internamiento al mes	31.2%	1.3%	0.000*
Necesidad de internamiento a los 3 meses	48.1%	1.3%	0.001
Necesidad de internamiento al año	67.5%	11.7%	0.001

Establecimiento mediante Mx.Nemur

158

**TENDENCIAS DE ESTILO DE VIDA EN LOS PACIENTES DE 18-75 AÑOS DE LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA CABRAL Y BÁEZ EN SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2022**

DR. VALERIA MARÍA GARCÍA TAVERAS<sup>1</sup>, DRA. NICOLE PEÑA<sup>1</sup>, DRA. CAMILA ALMONTE<sup>1</sup>, DRA. NOEMÍ ACEVEDO<sup>1</sup>, DR. BOLÍVAR TEJADA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA MADRE Y MAESTRA, SANTIAGO, DOMINICAN REPUBLIC

Presentación E-Poster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** La OMS reportó en el 2015, que la cantidad de muertes por enfermedad cardiovascular corresponde a 17,7 millones de personas. Los componentes del estilo de vida pueden ser factores contribuyentes y de gran importancia en cuanto al desarrollo y desenlace de las enfermedades cardiovasculares. El objetivo de este estudio fue determinar las tendencias de estilo de vida en los pacientes cardiopatas. **Objetivos:** Este estudio determinó las tendencias de estilo de vida en los pacientes de 18-75 años de la Unidad de Cardiología del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez. **Métodos y técnicas:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y de fuente primaria, en el periodo de septiembre-diciembre del año 2022, en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez. La investigación se llevó a cabo aplicando un formulario compuesto por 40 preguntas, previo aviso mediante un consentimiento informado a una muestra obtenida a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia de 168 pacientes. **Resultados:** Los resultados mostraron que un 60.1% eran del sexo masculino. Se obtuvo que la mayoría padecía una cardiopatía isquémica con un 37.5%. En cuanto a las comorbilidades un 86.3% de los participantes padecían hipertensión arterial. En cuanto al grado de escolaridad un 46.4% (n=78) de los participantes llegaron a un nivel básico incompleto y de estos un 43.6% (n=34) padecían de insuficiencia cardíaca (P = 0.016) (Tabla 1). En cuanto a hábitos tóxicos, la frecuencia de consumo de tabaco mostró que un 47.6% (P = 0.005) de los participantes fumaban diariamente, de estos un 48.3% de todos los participantes padecían de hipertensión arterial (Tabla 2). Por otro lado, un 25.6% (P = 0.028) de los participantes tenían un consumo de alcohol de más de 6 tragos en un día de consumo habitual, de los cuales un 22.8% padecían de hipertensión arterial. **Conclusión:** En conclusión, este estudio retrospectivo sobre el estilo de vida de pacientes ingresados por cardiopatías en un hospital de tercer nivel de la República Dominicana evidenció que existe una relación entre el nivel de educación y hábitos tóxicos con el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, se necesitan más estudios para demostrar la relación que existe entre los hábitos alimenticios y la actividad física con el desarrollo de estas enfermedades.

Tabla 2. Tipo de cardiopatía vs Tabaco

	Cardiopatía hipertensiva	Cardiopatía isquémica	Cardiopatía valvular	Insuficiencia cardíaca	Total
n	4 (7.0%)	3 (5.0%)	3 (5.0%)	5 (8.3%)	15 (22.8%)
NI	13 (18.3)	28 (39.0)	8 (11.3)	27 (38.3)	76 (45.0)
NI	18 (18.0)	31 (30.5)	4 (4.0)	40 (40.0)	93 (56.2)
Total	31 (18.5)	62 (35.5)	15 (8.3)	67 (38.3)	115 (68.0)

\* Chi cuadrado, \*\* p < 0.05  
 \* El porcentaje mostrado es por fila  
 \*\* El porcentaje mostrado es por columna

159

**SÍNDROME DE WELLENS COMO SEÑAL DE ALARMA**

DR. HERNÁN JOSÉ VIÁN NÚÑEZ<sup>1</sup>, DRA LAURA GARCIA, DR GUSTAVO OLMEDO, PROF. DR. JAVIER GALEANO

<sup>1</sup>HOSPITAL DE CLINICAS, SAN LORENZO, PARAGUAY

Presentación E-Poster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** El dolor torácico es un motivo habitual de consulta en los servicios de urgencia. Una detallada anamnesis, el electrocardiograma y el dosaje de enzimas cardíacas son las herramientas iniciales en el esclarecimiento de la etiología de los síntomas y la posterior conducta terapéutica. La identificación de determinados patrones electrocardiográficos permite distinguir pacientes con alto riesgo de evolucionar a infarto agudo de miocardio y/o muerte. **Caso Clínico:** Paciente femenina de 78 años. Peso: 63 kg, talla: 1,65 m, índice de masa corporal: 23.1. Antecedentes personales: hipertensión arterial en tratamiento con valsartán 160 mg/día con buenos controles. Refiere en los quince días previos a la consulta un episodio de dolor precordial, opresivo, intenso, de inicio súbito en reposo, con una duración de menos de 30 minutos que cede espontáneamente, sin irradiaciones, sin disnea ni síndrome neurovegetativo. Consulta en centro de salud donde se realiza electrocardiograma (ECG) (Imagen 1). Se interpreta el ECG como con alteraciones inespecíficas de la repolarización y se le concede alta a domicilio. El cuadro se repite 24 hs antes del ingreso con las mismas características por lo que decide consultar en un centro de mayor complejidad. Al momento de la consulta la paciente se encontraba asintomática, examen clínico normal, signos vitales estables. La radiografía de tórax y la bioquímica sanguínea son normales, 2 juegos de troponinas negativas separados por seis horas. El ECG no presenta cambios con respecto al primero. Se realiza ecocardiografía que informa hipoquinesia apical. Fracción de eyección del 67%. El estudio hemodinámico informa lesión suboclusiva en el tercio proximal de la arteria descendente anterior (ADA) y resto de las arterias coronarias sin lesiones significativas (Imagen 2). A continuación, se realiza angioplastia de ADA con implante de un stent liberador de fármacos antiproliferativos con buen resultado angiográfico y clínico. **Discusión:** El Síndrome de Wellens es una manifestación electrocardiográfica que sugiere una oclusión severa en el tercio proximal de la ADA. Se presenta con síntomas sugestivos de angina, cambios en el ECG y biomarcadores negativos; por lo que se ha catalogado como una angina inestable. Presentamos el caso de una mujer mayor portadora de una angina inestable de alto riesgo cuyo ECG inicial no fue reconocido y que luego de una segunda consulta fue manejado satisfactoriamente. Este tipo de paciente se beneficia de una estrategia invasiva precoz para disminuir su tasa de infarto y muerte, pero para lograr ese objetivo debe ser reconocido tempranamente.



160

**VALORES DE CRIBADO PARA LA CONCENTRACIÓN PLASMÁTICA DE FIBRINÓGENO Y DEL VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO ASOCIADO AL RIESGO PARA DIABETES EN MUJERES DEL DISTRITO METROPOLITANO DE CARACAS**

DRA. MARIA ISABEL RAMOS DE GARCIA<sup>1,2,3</sup>, DR ALBERTO JOSE GARCIA GONZALEZ<sup>2,3,4,5</sup>, LIC YESSICA ALEJANDRA LEUCI NIEVES<sup>1</sup>, LIC JULLY MIRELLY HERNÁNDEZ<sup>2</sup>, DRA DIANA CAROLINA DE OLIVEIRA GOMES<sup>4,5</sup>, DRA MARIA FERNANDA VILERA CASTILLO<sup>2,3</sup>, DRA NEDINA COROMOTO MÉNDEZ AMAYA<sup>2</sup>, DR LEMPIRA ALEXIS GUEVARA MATHEUS<sup>6</sup>, DR HENDRIS CAMILO RODRIGUEZ SUAREZ<sup>2,6</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO ANATÓMICO JOSÉ IZQUIERDO, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, CARACAS, VENEZUELA, <sup>2</sup>FUNDACIÓN CASA VENEZOLANA DEL CORAZÓN, SOCIEDAD VENEZOLANA DEL CARDIOLOGÍA, CARACAS, VENEZUELA, <sup>3</sup>ASOCIACION VENEZOLANA DE ATROSCLEROSIS, CARACAS, VENEZUELA, <sup>4</sup>CÁTEDRA DE FISIOLÓGIA, ESCUELA DE MEDICINA LUIS RAZETTI, FACULTAD DE MEDICINA UCV, CARACAS, VENEZUELA, <sup>5</sup>SECCIÓN DE ADAPTACION MUSCULAR, INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL, FACULTAD DE MEDICINA UCV, CARACAS, VENEZUELA, <sup>6</sup>POSTGRADO DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL JOSE MARIA VARGAS, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, CARACAS, VENEZUELA

Presentación E-Poster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00  
**Introducción:** La asociación positiva de los valores del VPM y la concentración de fibrinógeno con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedad cardiometabólica, patologías que tienen un sustrato inflamatorio, permiten considerarlos marcadores de actividad inflamatoria, evolución y respuesta al tratamiento. Sin embargo, en mujeres, es poca la evidencia que muestra al VPM y los niveles de fibrinógeno, como un predictor de diabetes. **Objetivo:** Establecer el valor predictivo del volumen plaquetario medio y la concentración plasmática de fibrinógeno para el riesgo para DM2. **Materiales y métodos:** Estudio epidemiológico, de corte transversal. Muestra conformada por 285 mujeres, con edad comprendida entre 18 y 80 años, a quienes se les evaluó la presencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, se les estimó el riesgo a 10 años para padecer diabetes mellitus tipo 2 mediante la escala de puntos de FINDRISK. El cálculo de los valores predictivos se realizó mediante el análisis de curvas ROC. **Resultados:** El 44,91% de la muestra refirió consumo de frutas o vegetales al menos una vez al día; el 22,11 % actividad física diaria de al menos 30 minutos/día. El 48,67 % presentó hipercolesterolemia total; el 38,95% hipertensión arterial; el 28,42 % elevación de glicemia en ayuna; y 23,16 % diabetes. La concentración promedio de fibrinógeno fue de 357,25 ± 61,02 y el valor promedio de VPM fue de 8,85 ± 1,50. En presencia de riesgo elevado para diabetes, el área bajo la curva ROC fue de: 0,725 (p < 0,0001), para fibrinógeno y de 0,658 (p < 0,0001) para VPM. El valor límite calculado para fibrinógeno fue de 344 mg/dl (sensibilidad = 68,04%, especificidad = 67,03%) y para el VPM fue 8,55 (sensibilidad = 88,10 % y especificidad = 51,72%). Los valores predictivo positivo fueron 81,5% (VPM) y 78,95 para fibrinógeno. El Valor predictivo negativo para fibrinógeno fue de 49,6 y de 48,25 para VPM. **Conclusiones:** Los resultados muestran por primera vez evidencia del posible rol predictivo de los valores de VPM y fibrinógeno asociado a riesgo elevado para diabetes, lo cual podría ser utilizado como marcador de inflamación de bajo grado el establecer el riesgo de diabetes en mujeres venezolanas. **Palabras Claves:** Riesgo Cardiovascular, Enfermedad cardiometabólica, diabetes mellitus tipo2, Volumen plaquetario medio, Fibrinógeno.

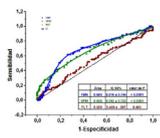


Gráfico 1. Curvas ROC para la detección diagnóstica de la enfermedad cardiometabólica. El área bajo la curva (AUC) es 0,725. El eje X es 'Especificidad' y el eje Y es 'Sensibilidad'. Se indican los valores de corte: VPM < 8,55 mg/dl y Fibrinógeno < 344 mg/dl.

161

**COMPLICACIONES POSOPERATORIAS DE LAS DE CIRUGÍAS DE REEMPLAZO VALVULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS**

DR. VICTOR DANIEL GIMENEZ ORTIGOZA<sup>1</sup>, DRA. DAISIS CAROLINA PENAYO FRANCO<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>HOSPITAL DE CLINICAS, ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación E-Poster VIII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 11:00 - 12:00  
**Introducción:** Las valvulopatías constituyen un conjunto de alteraciones frecuentes en nuestro medio, la diabetes mellitus se asocia a mayor morbimortalidad y peores resultados post-quirúrgicos además su alta asociación con cardiopatía isquémica. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de complicaciones posoperatorias en pacientes diabéticos operados de cirugía de reemplazo valvular. **Metodología:** estudio observacional descriptivo en pacientes diabéticos postoperados de recambio valvular internados en la unidad de cuidados intensivos. **Resultados:** se realizó el estudio en 82 sujetos internados con hemoglobina glicada promedio de de 8,1 ± 1,7 gr/dl de los cuales 34% presentaron neumonía intrahospitalaria 32 % y bacteriemia 15 %, el promedio de edad fue de 56 años. El tipo de recambio valvular más frecuente fue el aórtico 66 %, Mitral 28 % y se produjo el óbito de 8 pacientes, además el 25 % presentó intubación mayor a 48 horas. **Conclusión:** la complicaciones mas frecuentes fueron la neumonía intrahospitalaria, shock cardiogénico y sangrado del sitio quirúrgico.

Gráfico 1. Frecuencia de valvulopatías operadas en pacientes diabéticos. n=82

Valvulopatía	Frecuencia (numero de pacientes)
Estenosis Aórtica	29
Insuficiencia Aórtica	18
Estenosis Mitral	13
Insuficiencia Mitral	9
Doble lesión de una misma Valvula	
- Mitral	3
- Aórtica	5
- Doble recambio Valvular	5
Enfermedad Isquémica coronariante	
- Coronariografía previa	76 (96%)
- Bypass más recambio valvular	37
- Valvula Biología	18

162

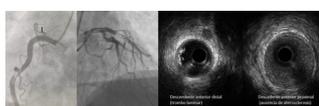
**INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ASOCIADO A COAGULOPATÍA**

DR CARLOS LÓPEZ AGUILAR<sup>1,2,3</sup>, DR. ANDRÉS ARTEAGA ARELLANO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AXXIS HOSPITAL, QUITO, ECUADOR, <sup>2</sup>HOSPITAL METROPOLITANO, QUITO, ECUADOR, <sup>3</sup>HOSPITAL VOZANDES QUITO, QUITO, ECUADOR

PRESENTACIÓN E-POSTER I, SALA E-POSTER, JUNIO 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** El infarto de miocardio por trombo-embolismo es infrecuente (2,5%). La presentación simultánea en dos coronarias es más rara aún (0,3%). Es más prevalente en jóvenes y se asocia con diversas patologías como fibrilación auricular, valvulopatías, cardiomiopatías o trombofilias. Su importancia consiste en identificar la causa y factores precipitantes, para prevenir nuevos episodios. **Descripción del caso:** Un hombre de 45 años, hipertenso, sin buen apego al tratamiento, con consumo habitual de tabaco y bebidas energizantes, e hipoacusia bilateral luego de vacunación por COVID-19. Acude a emergencia con angina de 3 horas de evolución, llega hipertenso y sin datos de falla cardiaca. El ECG muestra lesión subepicárdica en precordiales, D1, AVL e imagen en espejo en derivaciones inferiores (Figura1). Troponina inicial en 18,76ng/dl. Se controla la presión y dolor con Nitroglicerina IV y pasa a Coronariografía de emergencia. Se observa coronaria derecha dominante con imagen de trombo TIMI 3 en segmento medio con flujo TIMI 3. Descendente anterior ocluida en segmento medio con trombo TIMI 5, flujo TIMI 0. Se infunde Tirofiban 2 mg intracoronario en la coronaria derecha e izquierda. Se realiza angioplastia e implante de stent medicado en segmento medio de descendente anterior con éxito; flujo TIMI 3. No se observaron lesiones ateroscleróticas por angiografía ni por ultrasonido intracoronario (Figura2). Continúa tratamiento con Enoxaparina, Tirofiban, Clopidogrel, Aspirina, Atorvastatina, Losartan, Bisoprolol. Su evolución fue adecuada, sin signos de falla o isquemia. Ecocardiograma muestra acinesia de pared anterior, FEVI 48% y presión sistólica pulmonar de 58 mmHg. Se realizaron Angiotomografía pulmonar, tomografía tóraco-abdominal, dímero-D, negativos. Se inicia estudio de estado protrombótico, y se mantiene terapia ambulatoria con Enoxaparina, ASA, Clopidogrel. Posteriormente se reciben resultados de proteína S disminuida, factor V de Leiden heterocigoto positivo. **Discusión:** Presentamos un paciente joven con infarto agudo de miocardio debido a trombosis simultánea de arteria descendente anterior y coronaria derecha, con trombofilia por factor V de Leiden y disminución de proteína S.



163

**CONCORDANCIA DE LAS ESCALAS REYNOLDS Y ASCVD RISK PARA EL CÁLCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES MENOPAÚSICAS**

DRA. L VELÁZQUEZ LÓPEZ<sup>1</sup>, DRA. AE ANCONA VADILLO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO

Presentación E-Poster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00  
 Concordancia de las escalas REYNOLDS y ASCVD RISK para el cálculo de riesgo cardiovascular en mujeres menopáusicas. **Antecedentes:** El riesgo cardiovascular global define la probabilidad de presentar un evento cardiovascular a 10 años. Para la estratificación de riesgo en la mujer menopáusica son pocas las escalas utilizadas, siendo Reynolds y ASCVD risk entre las más representativas. **Objetivo:** Determinar el grado de concordancia entre las escalas de riesgo cardiovascular Reynolds y ASCVD risk en mujeres menopáusicas entre 55 y 70 años de edad. **Planteamiento del problema:** Se desconoce si existe algún grado de concordancia entre las escalas Reynolds y ASCVD risk para la estimación del riesgo cardiovascular en mujeres menopáusicas de 55 a 70 años. **Justificación:** En nuestro medio no se han realizado estudios de concordancia entre las escalas Reynolds y ASCVD risk para la estimación del riesgo cardiovascular en mujeres menopáusicas. Por lo que se desconoce cuál de ellas estratifica con mayor riesgo cardiovascular a este grupo de mujeres. **Hipótesis:** Las mujeres menopáusicas de 55 a 70 años tendrán una puntuación mayor de estratificación de riesgo cardiovascular con la escala ASCVD risk en comparación con Reynolds y no habrá concordancia entre ellas. **Metodología:** Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. Conformado por 270 pacientes menopáusicas entre 55 y 70 años. Se estimó el coeficiente de Kappa de Cohen para la concordancia del riesgo alto, intermedio, límite y bajo. **Resultados:** De un total de 270 mujeres, la escala Reynolds clasificó en riesgo bajo (77,0 %), límite (14,1%), intermedio (7,8 %) y alto (1,1 %). Para la escala ASCVD risk: clasificó en riesgo bajo (53,0 %), límite (17,4 %), intermedio (21,9 %) y en alto (7,8 %). Al estimar la concordancia entre ambas escalas, se obtuvo un índice de Kappa de = 0,299, lo que revela una baja concordancia. Se concluye que la escala ASCVD risk clasifica en un mayor porcentaje en comparación con Reynolds en las categorías de riesgo intermedio y alto. **Discusión:** La estimación del riesgo cardiovascular presenta muchas limitantes, la principal es la carencia de un Gold standard para la estratificación de riesgo, ya que no se cuenta con una escala que evalúe con alta sensibilidad y especificidad. Conclusión Se observó baja concordancia entre las escalas Reynolds y ASCVD risk, lo que dificulta la obtención de una herramienta estandarizada, por lo que su uso de forma indiscriminada se debería limitar.

Escala Reynolds/Escala ASCVD Risk Índice KAPPA COHEN			
Bajo	Limite	Intermedio	Alto
0.503	0.875	0.463	0.235

164

VALORES PREDICTIVOS PARA EL VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO (VPM) Y LA CONCENTRACION PLASMÁTICA DE FIBRINOGENO ASOCIADOS AL RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, EN UNA MUESTRA POBLACIONAL DE MUJERES VENEZOLANAS

DRA. MARIA ISABEL RAMOS DE GARCIA<sup>1</sup>, DR ALBERTO JOSE GARCIA GONZALEZ<sup>2,3,4,5</sup>, LIC YESSICA ALEJANDRA LUCIS NIEVES<sup>1</sup>, LIC JULY MIRELLY HERNANDEZ<sup>1</sup>, DRA DIANA CAROLINA DE OLIVEIRA GOMES<sup>2,3</sup>, DRA MARIA FERNANDA VILERA CASTILLO<sup>2,3</sup>, DRA NEDINA COROMOTO MENDEZ AMAYA<sup>2</sup>, DR LEMPIRA ALEXIS GUEVARA MATHEUS<sup>5</sup>, DR HENDRIS CAMILO RODRIGUEZ SUAREZ<sup>5</sup>

<sup>1</sup>LABORATORIO DE INMUNOHISTOQUIMICA Y ULTRAESTRUCTURA, INSTITUTO ANATOMICO JOSÉ IZQUIERDO. FACULTAD DE MEDICINA UCV, CARACAS, VENEZUELA, <sup>2</sup>FUNDACION CASA VENEZOLANA DEL CORAZÓN. SOCIEDAD VENEZOLANA DEL CARDIOLOGIA, CARACAS, VENEZUELA, <sup>3</sup>ASOCIACION VENEZOLANA DE ATROSCLEROSIS, CARACAS, VENEZUELA, <sup>4</sup>CATEDRA DE FISILOGIA, ESCUELA DE MEDICINA LUIS RAZETTI, FACULTAD DE MEDICINA UCV, CARACAS, VENEZUELA, <sup>5</sup>SECCION DE ADAPTACION MUSCULAR, INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL. FACULTAD DE MEDICINA UCV, CARACAS, VENEZUELA, <sup>6</sup>POSTGRADO DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL JOSE MARIA VARGAS, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, CARACAS.

Presentación E-Poster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** La enfermedad cardiometabólica se asocia desde el punto de vista patogénico con inflamación sistémica, la cual conduce a la formación y desarrollo de placas ateroscleróticas con la consecuente formación de trombos. Evidencia epidemiológica publicada muestra una asociación estrecha entre el VPM, la fibrinogenemia y factores de riesgo cardiovascular como hiperglicemia, hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad. La elevación de VPM y fibrinógeno está asociado con aumento en la mortalidad posterior a un infarto agudo de miocardio. Sin embargo, en mujeres, es poca la evidencia que muestra al VPM y los niveles de fibrinógeno, como un predictor de enfermedad cardiovascular. **Objetivo:** Establecer el valor predictivo de los niveles séricos del volumen plaquetario medio y la concentración plasmática de fibrinógeno para el riesgo para enfermedad cardiovascular. **Materiales y métodos:** Estudio epidemiológico, de corte transversal. Muestra conformada por 285 mujeres, con edad comprendida entre 18 y 80 años, a quienes se les evaluó la presencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, se les estimó el riesgo a 10 años para ECV, por la escala de Framingham. El cálculo de los valores predictivos de VPM y fibrinógeno para ECV se realizó mediante el análisis de curvas ROC. **Resultados:** El 81,40, el 46,67 y el 23,16 % de las mujeres presentaron dislipidemia, hipertensión y diabetes mellitus, respectivamente. La concentración plasmática promedio de Fibrinógeno fue de 357, 25 ± 61.02 mg/dL, y el promedio del VPM fue de 8.85 ± 1.50. En presencia de riesgo elevado para ECV, el área bajo la curva ROC fue de: 0,889 (p < 0.0001), para fibrinógeno y de 0,811 (p < 0.0001) para VPM. El valor límite para: fibrinógeno de 369 mg/dl (sensibilidad = 95%, especificidad de 76,5 %) y VPM de 9,05 (sensibilidad = 78 % y especificidad = 70%). **Conclusiones:** Los resultados muestran evidencia del posible rol predictivo de los valores de VPM y fibrinógeno como marcadores de riesgo aterotrombótico y permiten sugerir por primera vez para una muestra poblacional de mujeres venezolanas los valores límites de VPM y fibrinógeno asociados a riesgo para enfermedad cardiovascular estimado por la escala de puntos de Framingham. **Palabras Claves:** Riesgo Cardiovascular, Enfermedad cardiometabólica, diabetes mellitus tipo2, Volumen Plaquetario Medio, Fibrinógeno.

Tabla 1. Valores Límites y predictivos de riesgo para la enfermedad cardiovascular de Fibrinógeno y del Volumen Plaquetario Medio (VPM) asociados al riesgo para Enfermedad Cardiovascular evaluado por la Escala de puntos de Framingham considerando la estratificación original de la medida de enfermedad cardiovascular (ACPCCC)

Parámetro	Valor Límite	Riesgo Relativo	Odds Ratio	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	VPP (%)	VPN (%)
Fibrinógeno	369 mg/dL	1.88	1.88	95%	76.5%	95%	76.5%
VPM	9.05	1.57	1.57	78%	70%	78%	70%

165

ARE PATIENTS WITH ACUTE PULMONARY EMBOLISM CLASSIFIED AS LOW RISK BASED ON A SIMPLIFIED PULMONARY EMBOLISM SEVERITY INDEX TRULY AT LOW RISK OF IN-HOSPITAL ADVERSE OUTCOMES?

DR. JOSÉ MARÍA BONORINO<sup>1</sup>, DR. J BILBAO<sup>1</sup>, DR. N TORRES<sup>1</sup>, DR. M IWANOWSKI<sup>1</sup>, DR. H FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, DR. J SANTUCCI<sup>1</sup>, DRA. M SPAINI<sup>1</sup>, DRA. A GALLEGOS<sup>1</sup>, DR. R COSTANTINI<sup>1</sup>, DR. S BARATTA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL, PILAR, ARGENTINA

Presentación E-Poster VIII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 11:00 - 12:00

**Background:** The 2019 ESC Pulmonary Embolism (PE) guidelines recommend the indistinct use of the Pulmonary Embolism Severity Index (PESI) or the simplified PESI (sPESI) for risk stratification. Patients with a sPESI of 0 points are considered to be at low risk of in-hospital adverse outcomes but patients without cancer and a sPESI of 0 points may carry a residual risk. **Aim:** Determine the characteristics of patients with PE and a PESI ≥86 depending on the presence or absence of cancer and evaluate the PESI and sPESI ability to predict in-hospital adverse outcomes in patients with PE in the absence of cancer. **Methods:** Retrospective observational single-center study that included all the patients hospitalized with PE in a University Hospital between years 2008-2022 to evaluate the ability of a PESI ≥86 and sPESI ≥1 to predict the need for mechanical ventilation, requirement of vasoactive drugs and in-hospital mortality (IHM) in patients with PE, depending on the presence or absence of cancer. **Results:** A total of 209 out of 410 patients hospitalized with PE had a PESI ≥86 and were included in our analysis. Mean age 67 years (47.8% female). In-hospital mortality was 11%. Patients without cancer had a lower prevalence of sPESI (84% vs. 100%; p<0.05). Table 1. Patients without cancer needed more mechanical ventilation (24% vs. 9%; p<0.05) and a higher requirement of vasoactive drugs (23% vs. 11%, p<0.05) but no statistically significant differences were observed when comparing IHM (8% vs. 12.7%). Any patient without cancer and a sPESI <1 required mechanical ventilation, vasoactive drugs or presented IHM. Table 2. **Conclusion:** In patients with PE, both PESI and sPESI should be calculated since near one of six patients considered to be at low risk because of a low risk sPESI classification, present at least a PESI ≥86 and may carry a residual risk of presenting adverse in-hospital outcomes. However, patients without cancer and a low sPESI, may have a good prognosis even with a PESI ≥86.

Adverse in-hospital outcomes	Without cancer n:83 (39.7%)	With cancer n:126 (60.2%)	p value
Mechanical ventilation	20(24%)	12 (9%)	<0.05
Vasoactive drugs	19 (23%)	14(11%)	<0.05
In-hospital mortality	7(8%)	16(12.7%)	NS

166

USO DE ESTATINAS Y ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA: ¿SEGUIMOS LAS GUÍAS?

DR. SEBASTIAN GARCIA-ZAMORA<sup>1</sup>, DR MANUEL TRAGHETTI<sup>1</sup>, DRA JÉSSICA ARANDA<sup>1</sup>, DRA DANIELA MAMBERTO<sup>1</sup>, DRA CAROLINA FLAMINI<sup>1</sup>, DRA LUCÍA DE LA COSTA<sup>1</sup>, DRA YANELA BERTELLO<sup>1</sup>, DRA MARÍA INÉS DUARTE<sup>1</sup>, DR SEBASTIAN AGOSTINO<sup>1</sup>, DR MAURICIO PRIOTTI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO DELTA, ROSARIO, ARGENTINA

Presentación E-Poster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** Las estatinas y los antiagregantes plaquetarios, principalmente la aspirina, han demostrado reducir la morbimortalidad en individuos con alto riesgo cardiovascular. Sin embargo, su utilización es variable en diferentes contextos. Debido a ello, nos propusimos evaluar el empleo de los tratamientos recomendados por las guías de práctica clínica para adultos en prevención secundaria (Prev2). **Materiales y métodos:** Se realizó un registro prospectivo entre Junio de 2022 y Enero de 2023 en el cual se incluyeron pacientes hospitalizados a cargo del Servicio de Cardiología de un Hospital privado de alta complejidad. Se consideró como Prev2 el antecedente de al menos uno de los siguientes: síndrome coronario agudo, accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio, intervenciones coronarias o vascular periférica de cualquier tipo. **Resultados:** Se incluyeron 475 pacientes, de los cuales 43.0% eran mujeres, y la media de edad fue de 72.5 ± 10.3 años. El 38.7% de los participantes fueron clasificados como Prev2 (Tabla 1), y 54.9% de los mismos fueron ingresos por un cuadro de urgencia o descompensación de su patología de base. Respecto al tratamiento de los pacientes en Prev2, el 65.2% recibían estatinas y 72.3% recibían aspirina o algún otro antiagregante, y/o se encontraban anticoagulados. Un paciente utilizaba fibratos (0.5%), y uno Ezetimibe (0.5%). Por otra parte, habían recibido vacunación antigripal en el último año el 53.3% de los individuos de este subgrupo. No se encontraron diferencias en el tratamiento de acuerdo al género de los participantes (Tabla 2). Respecto a las estatinas empleadas, el 69.7% utilizaban Rosuvastatina, 17.2% Atorvastatina, 4.9% Simvastatina, y los restantes 8.2% otras estatinas. El 38.6% de todos los pacientes en Prev2 utilizaban dosis altas de una estatina de alta intensidad. Al preguntarle a los participantes para qué servían las estatinas, el 46.2% respondió no estar completamente seguros de su utilidad; 47.3% manifestó que eran útiles para disminuir el colesterol, y 4.4% expresó además que reducían los eventos cardiovasculares o la mortalidad. Los pacientes que manifestaron conocer para que servían las estatinas utilizaron más frecuentemente estos fármacos (85.3% versus 43.8%, p<0.001) y más frecuentemente empleaban dosis altas (50.5% versus 25.8%, p=0.001). **Conclusión:** Estos hallazgos sugieren que existe una subutilización de tratamientos con probada eficacia para reducir eventos en pacientes en prevención secundaria. Las estatinas y la inmunización contra influenza parecen ser los menos empleados. El conocimiento de los pacientes respecto a la utilidad de los tratamientos prescritos podría asociarse a una mayor adherencia a los mismos.

Tabla 2: medidas de prevención secundaria de acuerdo con el género de los participantes

	Mujeres (n=65)	Hombres (n=123)	"p"
Estatinas	63.9%	65.9%	0.797
Estatinas de alta intensidad y dosis*	42.6%	36.6%	0.428
AAS	70.5%	65.0%	0.460
Otros antiagregantes**	32.8%	26.0%	0.137
Estatinas y algún antiagregante	57.4%	56.9%	0.952
Vacuna antigripal	55.7%	52.0%	0.635

\* Estatinas de alta intensidad en alta dosis se consideró: Atorvastatina 40 u 80 mg, Rosuvastatina 20 o 40 mg  
\*\* Clopidogrel, Prasugrel o Ticagrelor

167

VALOR PREDICTIVO DE LOS ANTICUERPOS CONTRA PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO EN SUJETOS CON FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOMETABÓLICA

DR. ALBERTO JOSE GARCIA GONZALEZ<sup>1,2,3,4,5,6,8</sup>, PROF MARIA ISABEL RAMOS MORILLO<sup>2,3,4,5,6</sup>, LIC GABRIELA CAROLINA MEJIAZUAJE<sup>5,6</sup>, LIC DUNEIDA DEL MAR RAMOS SACARIA<sup>5,6</sup>, PROF VIDELVA DEL C MARIN DAVILA<sup>5,6</sup>, DR LEMPIRA ALEXIS GUEVARA MATHEUS<sup>9</sup>, DRA NEDINA COROMOTO MENDEZ AMAYA<sup>3,8</sup>

<sup>1</sup>CATEDRA DE FISILOGIA, ESCUELA DE MEDICINA LUIS RAZETTI, FACULTAD DE MEDICINA UCV, CARACAS, VENEZUELA, <sup>2</sup>SECCION DE ADAPTACION MUSCULAR, INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL. FACULTAD DE MEDICINA UCV, CARACAS, VENEZUELA, <sup>3</sup>FUNDACION CASA VENEZOLANA DEL CORAZÓN. SOCIEDAD VENEZOLANA DE CARDIOLOGIA, CARACAS, VENEZUELA, <sup>4</sup>ASOCIACION VENEZOLANA DE ATROSCLEROSIS, CARACAS, VENEZUELA, CARACAS, VENEZUELA, <sup>5</sup>LABORATORIO DE INMUNOHISTOQUIMICA Y ULTRAESTRUCTURA, INSTITUTO ANATOMICO JOSÉ IZQUIERDO. FACULTAD DE MEDICINA UCV, CARACAS, VENEZUELA, <sup>6</sup>ESCUELA DE BIOANALISIS, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, CARACAS, VENEZUELA, <sup>7</sup>POSTGRADO DE CARDIOLOGIA, HOSPITAL JOSE MARIA VARGAS, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, CARACAS, VENEZUELA, <sup>8</sup>SOCIEDAD VENEZOLANA DE CARDIOLOGIA, CARACAS, VENEZUELA

Presentación E-Poster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** La asociación positiva entre Artritis Reumatoide (AR) y Enfermedad cardiovascular (ECV), y la especificidad para AR de los niveles de Anticuerpo Contra-Péptido Cíclico Citrulinado (ACPCCC), vane una estrecha relación con la formación de NETosis lo cual permite pensar el uso posible de los ACPCCC como biomarcador de inflamación de bajo grado asociada a la patogénesis de enfermedad cardiometabólica (ECM). **Objetivo:** establecer el valor predictivo de los niveles séricos de ACPCCC para riesgo de enfermedad cardiometabólica. **Materiales y métodos:** Estudio epidemiológico, de corte transversal. Muestra conformada por 113 individuos de ambos sexos, con edad entre 18 y 80 años, sin criterios diagnósticos para AR. A todos y cada uno de los participantes se les evaluó la presencia de factores de riesgo para ECM, se les estimó el riesgo a 10 años para ECV, por la escala de Framingham; y para Diabetes Mellitus 2 (DM2), mediante el cuestionario FINDRISK y se les determinó la concentración niveles de AAPCC. **Resultados:** El 30% de la Muestra Total (MT) presentó riesgo elevado para DM2 y el 18% de riesgo elevado para ECV. La concentración de ACPCCC en la MT fue de 5,30 ± 3,07 UA (IC 95% de 4,75 a 5,85 UA). El análisis de curvas ROC para riesgo ECV mostró un Área Bajo la Curva (ABC) de 0,796, con un Valor Límite Estimado (VLE) de 5,095 UA, el Valor Predictivo Positivo (VPP) = 33 % (IC95% de 20 a 48%) y Valor Predictivo Negativo (VPN) de 94 (IC95% de 85 a 98%). Para el riesgo de DM2 el ABC fue de 0,728, el VLE de 4,740 UA, el VPP = 52% (IC 95% de 38 a 66), VPN = 85 % (IC 95 de 74 a 93%). **Conclusiones:** Los resultados muestran evidencia en población venezolana del posible uso de los valores séricos de ACPCCC como marcador de inflamación asociada a riesgo para enfermedad cardiometabólica. **Palabras Claves:** Riesgo Cardiovascular, Enfermedad cardiometabólica, diabetes mellitus tipo2, de Anticuerpo Contra-Péptido Cíclico Citrulinado

Tabla 1. Valores Límites y predictivos para la enfermedad cardiovascular asociada al riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular evaluado por Escala de puntos de Framingham considerando el género y el Género\* -IC, ACPCCC y riesgo para Diabetes Mellitus 2\* Evaluado por la Escala Finrisk (sin Diabetes Mellitus) considerando la estratificación original de la medida de enfermedad cardiovascular (ACPCCC)

Valor Límite	Riesgo Relativo	Odds Ratio	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	VPP (%)	VPN (%)
ACPCCC	5.37	2.77	86.28	66.82	32.46	94.08
	(1.864 a 14.45)	(2.245-23.36)	(84.36 a 94.27)	(54.10 a 74.36)	(25.16 a 48.36)	(85.10 a 98.39)
ACPCCC	3.87	3.34	76.00	67.74	32.46	85.28
	(2.63 a 5.08)	(2.42 a 15.31)	(69.42 a 88.17)	(57.53 a 77.14)	(28.10 a 48.36)	(73.30 a 95.89)

168

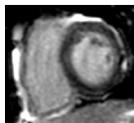
**TAQUICARDIA VENTRICULAR RELACIONADA A CONSUMO DE SUPLEMENTOS DIETÉTICOS Y PRODUCTOS HERBARIOS: REPORTE DE CASO**

DR. EMILIO GONZALEZ ARROYAVE<sup>1</sup>, DR. HARRY SOTO ALVARADO, DR. PABLO GONZÁLEZ

<sup>1</sup>HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, GUATEMALA, GUATEMALA

Presentación E-Póster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Objetivo:** Dar a conocer el caso de un paciente con taquicardia ventricular monomórfica sostenida inestable, relacionada al consumo de productos para bajar de peso y otros productos cardioactivos y contribuir al conocimiento médico. Paciente acudió al departamento de urgencias del Hospital General San Juan de Dios, Guatemala, Guatemala, con taquicardia ventricular monomórfica, sostenida. Masculino de 58 años, con antecedentes de consumo de alcohol no significativo y consumo de productos para bajar de peso y bebidas energéticas. Paciente acudió a su médico de atención primaria por presentar episodios de palpitaciones y disnea desde el año 2017, que se asociaban justo después del consumo de productos cardioactivos; en enero de 2022 acude a emergencia del Hospital General San Juan de Dios por un nuevo episodio de disnea y palpitaciones, asociado a dolor precordial por lo que se ingresa y a la evaluación presenta presión arterial 00/00mmHg FC: 180lpm y saturaba 96% a aire ambiente. El electrocardiograma de ingreso reveló episodio de taquicardia ventricular monomórfica sostenida por el segundo criterio del algoritmo de Brugada, con criterios de inestabilidad por lo que se procedió a realizar cardioversión eléctrica con 100J; se realizó troponina I ultrasensible la cual se encontraba en 638 y también los laboratorios revelaron lesión renal aguda AKIN I, se descartó enfermedad de Chagas por medio de serología, al ser país endémico y luego fue llevado a ecocardiografía la cual fue normal estructuralmente y funcional en reposo; posteriormente fue llevado a cateterismo diagnóstico a la Unidad Nacional de Cirugía Cardiovascular de Guatemala, reportaron el resultado como arterias coronarias sin lesiones angiográficas obstructivas y presencia de un puente muscular sin obstrucción significativa a nivel de la descendente anterior. La cardioresonancia morfológica funcional evidenció escaso reforzamiento tardío de realce con gadolinio en región inferior del tercio basal. **Conclusiones:** en pacientes que no tienen antecedentes de importancia o factores de riesgo se debe tener en cuenta realizar anamnesis completa y la historia de pérdida de peso debe hacer sospechar al médico e indagar por consumo de productos suplementarios para bajar de peso y se debe dar plan educacional ya que el consumo de estos productos puede ser deletéreo para la salud e incluso puede llegar a ser mortal; en nuestro caso paciente acudió con complicaciones descritas en la literatura por el consumo de dichos productos y se tuvo que descartar otras causas más comunes para poder llegar al diagnóstico final y dar tratamiento oportuno.



169

**USO DE ESTATINAS Y ASPIRINA EN PREVENCIÓN PRIMARIA: ¿EN EL CAMINO CORRECTO?**

DR. SEBASTIAN GARCIA-ZAMORA<sup>1</sup>, DR. MANUEL TRAGHETTI<sup>1</sup>, DR. CLEFFORD STACCO<sup>1</sup>, DRA LUCÍA DE LA COSTA<sup>1</sup>, DRA ESTEFANÍA BARBÓN<sup>1</sup>, DRA PAULA PINTOS<sup>1</sup>, DR JULIÁN SALTA<sup>1</sup>, DR JUAN IGNACIO MIERES<sup>1</sup>, DR SEBASTIAN AGOSTINO<sup>1</sup>, DR MAURICIO PRIOTTI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO DELTA, ROSARIO, ARGENTINA

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción** Las estatinas han demostrado beneficios consistentes a largo plazo en prevención primaria (Prev1). Luego de la introducción de estos fármacos, el tratamiento con aspirina ha quedado reservado para casos puntuales, ya que en Prev1 su relación riesgo-beneficio resulta estrecha. Nos propusimos explorar las estrategias de tratamiento en Prev1 entre adultos internados por patología cardiovascular. **Material y métodos** Se realizó un registro prospectivo entre Junio de 2022 y Enero de 2023 donde se incluyeron pacientes internados por el Servicio de Cardiología de un Hospital privado de alta complejidad. Se clasificó a los pacientes como Prev1 si no habían presentado eventos o intervenciones cardiovasculares o cerebrovasculares. La indicación de estatinas en Prev1 se estableció para pacientes considerados como de riesgo intermedio-alto: edad igual o mayor a 55 o 65 años, en hombres o mujeres respectivamente, con al menos 1 factor de riesgo adicional: hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, obesidad, tabaquismo actual o pasado, o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. **Resultados** Se incluyeron 475 pacientes, de los cuales 43.0% eran mujeres; la media de edad fue de 72.5 ±10.3 años, el 61.3% de los participantes fueron clasificados como Prev1 (ver Tabla 1). El 96.2% de los pacientes de Prev1 fueron catalogados como de riesgo intermedio-alto; en este subgrupo, 25.7% recibían tratamiento con estatinas, 23.2% utilizaban aspirina y 5.4% otros antiagregantes. Globalmente, el 62.5% de los pacientes en Prev1 de riesgos intermedio-alto no recibían ningún tratamiento hipolipemiante ni antiagregante plaquetario, sin diferencias de acuerdo al género de los mismos (ver Tabla 2). Entre quienes no recibían tratamiento, el 74.3% expresaron haber tenido al menos una consulta ambulatoria durante el año previo; un 32.6% manifestó haber sido atendido por un cardiólogo, y 28.0% por clínicos o generalistas. El 65.6% de los participantes manifestó no estar completamente seguros respecto de los beneficios potenciales de la utilización de estatinas. Al solicitarles a los mismos que puntúan la utilidad que considerarían las conferirían las estatinas para su salud (con un puntaje de 1 a 10), quienes empleaban estos fármacos adjudicaron un valor más alto a los mismos (5.6 versus 4.1, p<0.001). **Conclusión** Estos datos sugieren que un número importante de pacientes en prevención primaria y riesgo intermedio-alto no reciben tratamiento con estatinas, al tiempo que una proporción no despreciable de los mismos se encuentran tratados con antiagregantes plaquetarios. Posiblemente el desconocimiento de los pacientes respecto al beneficio de las estatinas influye en la falta de empleo de las mismas.

Tabla 1. Características básicas de los pacientes en prevención primaria. Se muestra el número de pacientes.

Característica	N	%
Edad (años)	72.5 ± 10.3	
Sexo		
Masculino	281	59.2
Femenino	194	40.8
Clasificación de riesgo		
Riesgo intermedio-alto	460	96.8
Riesgo bajo	15	3.2
Tratamiento con estatinas		
Sí	122	25.7
No	353	74.3
Tratamiento con aspirina		
Sí	102	21.5
No	373	78.5
Tratamiento con otros antiagregantes		
Sí	26	5.5
No	449	94.5

170

**SINDROME DO SEIO CAROTÍDEO TRATADO MEDIANTE CARDIONEUROABLAÇÃO**

DR. JOSE MIGUEL CAYO MONTES<sup>1</sup>, DR. JOSÉ CARLOS PACHÓN MATEOS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DEL CORAZÓN, SÃO PAULO, BRAZIL

Presentación E-Póster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes:** A síndrome do seio carotídeo (SSC) tem impacto na qualidade de vida, aumentando a morbidade e mortalidade, principalmente por trauma decorrente de quedas. É uma causa de síncope em pessoas idosas. A fisiopatologia está relacionada ao endurecimento esclerodegenerativo nos seios carotídeos, os quais se tornam hipersensíveis e diante de certos estímulos os pressorreceptores desencadeiam uma resposta vasovagal intensa desproporcional com inibição do centro vasomotor produzindo asistolia e hipotensão, levando ao síncope. **Descrição do caso:** Relatamos o caso de uma paciente feminina de 66 anos com episódios de pré síncope e síncope precedidos de náuseas, tontura e escurecimento visual, relacionado com mudanças na posição da cabeça, normal ao exame físico, o eletrocardiograma com bradicardia sinusal, holter de 24 horas com tendência a bradicardia e variabilidade R-R de predomínio parassimpático, O Tilt teste mostra asistolia >3 segundos associado a síncope após realizar massagem do seio carotídeo, a ultrassonografia de carótidas identificou pequenas áreas de ateromatose em bulbos carotídeos sem repercussão hemodinâmica, e realizado estudo eletrofisiológico (EEF) sem alterações no automatismo nem na condução, durante o mesmo se reproduziu asistolia de 5,8 segundos durante massagem do seio carotídeo direito, essas respostas foram totalmente revertidas após infusão de atropina. Baseado nesses achados optou-se por realizar a cardioneuroablação (CNA) que consiste em ablação por cateter das regiões de alta densidade de inervação parassimpática no endocárdio. O procedimento foi feito mediante o mapeamento das regiões de gânglios parassimpáticos cardíacos e os ninhos de FA com ajuda do sistema de mapeamento eletroanatômico identificando potenciais fracionados e Posteriormente essas áreas são tratadas. A estimulação vagal extracardiaca foi utilizada durante o procedimento para avaliar passo a passo a resposta à CNA e ao final do procedimento para confirmar a denervação vagal, suprimindo a resposta vagal cardioinibitória. Foi observado um aumento da frequência cardíaca 60→79bpm, e aumento do ponto Wenckebach 130→167bpm. O tilt teste realizado após 12 meses de evolução, incluindo-se MSC, não mostrou asistolia nem síncope, no acompanhamento a longo prazo a paciente se mantém assintomática. **Discussão:** O nervo vago desempenha um papel fundamental na SSC devido aos 04 gânglios parassimpáticos que participam da resposta cardioinibitória e a Cardioneuroablação modula essa resposta mediada pelo reflexo vasovagal e desencadeada pela estimulação do seio carotídeo. A SSC com resposta cardioinibitória pode ser tratada por CNA, sem implante de marcapasso. O teste de atropina é importante na seleção do paciente e para antecipar o resultado.

173

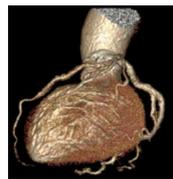
**UN HALLAZGO ACCIDENTAL EN EL CONTEXTO DE UNA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

DR. JORGE LUIS JARA VALDERRAMA<sup>1</sup>, AZUCENA SAGASTEGUI AVALOS, NATHALY MONTOYA GONZALEZ

<sup>1</sup>HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY, TRUJILLO, PERÚ

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

La arteria coronaria única (SCA) es una anomalía infrecuente generalmente diagnosticada incidentalmente durante la angiografía de la arteria coronaria. Se cuenta con reportes de casos, de tronco arterial izquierdo único, una mujer hipertensa que ingresa por angina estable, con electrocardiograma en ritmo sinusal y ecocardiografía normal. Debido a la no presencia de aterosclerosis tuvo manejo conservador. El caso que se presenta a continuación es una paciente mujer de 69 años, con diagnóstico de hipertensión arterial, hipotiroidismo, obesidad, diabetes mellitus y poliartritis. Ingresa por dolor torácico difuso, opresivo, no irradiado que limita actividades diarias. Examen físico sin alteraciones y electrocardiograma en ritmo sinusal, sin evidencia de signos de isquemia. Ecocardiograma Doppler: función sistólica ventricular izquierda conservada (fracción de eyección: 65%), disfunción diastólica ventricular izquierda tipo I. Debido a la gonartrosis no se pudo realizar la prueba de esfuerzo y se indica realización de una Angiotomografía Coronaria (128 cortes) que evidencia: tronco arterial coronario único que nace del seno de Valsalva izquierdo, asimismo calcificación en todo el territorio arterial izquierdo. Score calcio coronario de 1453 puntos (percentil 90th) con mayor concentración de calcio coronario en territorio de arteria descendente anterior. Asimismo se realiza reconstrucción tridimensional volumen RENDERING : SCA izquierdo tipo LIIIB según Lipton. Placas calcificadas: oclusión 50% en origen posterior a arteria coronaria izquierda. Placas calcificadas en 2/3 proximales de arteria descendente anterior que ocluyen 70-80% ; en región distal de arteria circunfleja que ocluyen 80% en un territorio de aproximadamente de 30mm de longitud. Paciente es sometida a cirugía de revascularización. (Imagen 1 y 2) La SCA es una anomalía anatómica congénita en la que la arteria coronaria única surge del tronco aórtico por un solo seno coronario y proporciona la perfusión de todo el miocardio. Su incidencia varía del 0,024 al 1% entre paciente que son sometidos a cateterismo cardíaco. 2 Tiene una presentación clínica muy variable; desde asintomático hasta síntomas como dolor torácico, disnea, infarto miocárdico, arritmias ventriculares, entre otras e incluso muerte súbita. 3 La presentación de SCA puede incluir cardiopatías congénitas y un mayor riesgo de muerte súbita debido a la disminución de la perfusión miocárdica. 3 El diagnóstico en la mayoría de casos es incidental y en la mayoría no hay evidencia de isquemia en las pruebas de ergometría. La angiografía coronaria proporciona información angiográfica precisa sobre el origen, el curso y la terminación de las anomalías coronarias de forma no invasiva. 4,5,6



## 175

**CONTROL DE SÍNTOMAS EN PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN CUIDADOS PALIATIVOS**PROF. DELLYS ADRIANA EPALZA SERJE<sup>1</sup><sup>1</sup>DOCENTE CORPORACIÓN UNIVERSITARIA RAFAEL NUÑEZ, BARRANQUILLA, COLOMBIA

Presentación E-Poster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca (IC) es una complicación y un final frecuente de las enfermedades cardiovasculares que se caracteriza por la aparición de múltiples síntomas que alteran el curso normal de la vida del individuo, por este motivo las enfermedades cardiovasculares requieren del inicio temprano de cuidados paliativos teniendo en cuenta que este conjunto de patologías se caracteriza por un agravado pronóstico y potencial mortalidad. Alrededor del mundo, la enfermería es el vínculo principal entre el paciente, la familia y los demás miembros del equipo multiprofesional, por este motivo que la enfermería se encuentra en una posición estratégica en la valoración, abordaje e intervención para el control de síntomas en el individuo que cursa una enfermedad progresiva y de empeoramiento gradual como es la IC en estadio avanzado. **Objetivo:** Aportar una propuesta de intervenciones de enfermería para el control de síntomas en pacientes con Insuficiencia Cardíaca avanzada en cuidados paliativos según la Teoría de Síntomas Desagradables de Lenz et al y la síntesis de la evidencia disponible. **Metodología:** Revisión sistemática con uso de la herramienta PRISMA, evaluación de calidad, grado de recomendación y nivel de evidencia (OCEBM), evaluación de sesgo de acuerdo a Manual de Cochrane de revisiones de intervenciones. Las bases de datos consultadas fueron: ScienceDirect, BVS y PubMed. **Resultados:** De los 2119 artículos resultado de la consulta por ecuación de búsqueda, 14 documentos incluidos en la revisión cumplen con criterios de inclusión y exclusión; 11 artículos son estudios clínicos controlados aleatorizados(A1b) y 4 son revisiones sistemáticas(A1a), con calidad Q1 a excepción de uno clasificado en Q2, con bajo riesgo de sesgo en un gran porcentaje. **Conclusiones y recomendaciones:** Las intervenciones más efectivas en el control de síntomas en pacientes adultos que cursan con IC avanzada en CP son de tipo educativo-conductuales farmacológicas, espirituales y fin de vida; en el que la/ el enfermera(o) tiene un papel crucial en la atención de estos individuos. Una propuesta de intervención de enfermería en el control de síntomas en pacientes con IC avanzada en CP debe enmarcarse en la Teoría de los Síntomas Desagradables de Lenz et al, en los principios de los cuidados paliativos de Twycross R, en metas terapéuticas e intervenciones dirigidas a mejorar o preservar la calidad de vida del paciente.

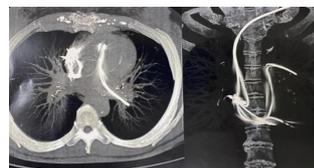
## 178

**DESPLAZAMIENTO AL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO Y TRONCO PULMONAR DE CATÉTER DE MARCAPASOS ABANDONADO CON EXTRACCIÓN PARCIAL POR HEMODINAMIA Y SEGUNDO TIEMPO QUIRÚRGICO**DRA. GUILLERMINA ESPERON<sup>1</sup>, DR. DIEGO COSTA<sup>1</sup>, DRA. VANESA GREGORIETTI<sup>1</sup>, DR. MAXIMILIANO MUZZIO<sup>1</sup>, DR. ROBERTO CORONEL<sup>1</sup><sup>1</sup>SAGRADO CORAZÓN, CABA, ARGENTINA

Presentación E-Poster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes:** Paciente femenina de 60 años, presenta como factores de riesgo cardiovascular: edad, sedentarismo, dislipidemia, ex tabaquismo. Antecedentes cardiovasculares: fibrilación auricular complicada con ACV isquémico sin secuelas; requerimiento durante esa internación de implante de marcapasos bicameral. Complica con infección del bolsillo por lo que se recambia generador con abandono de catéteres.

**Descripción del caso:** Durante control clínico, tres años después, se solicita tomografía de tórax con hallazgo de catéter de marcapasos ventricular con desplazamiento de porción proximal en arteria pulmonar. Se programa extracción de catéter abandonado en arteria pulmonar por vía endovascular. Durante el procedimiento se ingresa cuerda guía a rama izquierda de la arteria pulmonar, a continuación se avanza lazo trébol con el cual se captura el catéter y se lo posiciona en vena cava inferior; se tracciona con gentileza mostrando alta resistencia por su conexión distal en ventrículo derecho por lo que se decide a continuación exteriorizar catéter de marcapasos por vía quirúrgica anterior derecha. En segundo tiempo se realiza en quirófano se practica incisión cervical derecha, se diseña catéter hasta su ingreso en vena yugular interna, se fija y se progresan vainas de extracción hasta retirar catéter. **Discusión:** La colocación de dispositivos de estimulación cardíaca, tiene una tasa baja de complicaciones donde las más frecuentes son: taponamiento cardíaco, infecciones, fractura de los cables o desplazamiento de los mismos. En este caso, se presentó como hallazgo de manera asintomática la migración proximal de catéter previamente abandonado hacia el tracto de salida del ventrículo derecho. Es importante, tener presente que no es inocuo el abandono de catéteres, se requiere controles imagenológicos de los mismos al menos de manera esporádica.

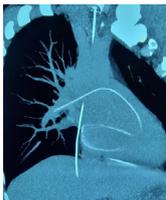


## 179

**A FORGOTTEN GUIDEWIRE IN THE HEART AND SUPERIOR AND INFERIOR VENA CAVA**DR T DÍAZ<sup>1</sup>, DR M GUERRA<sup>2</sup>, DR G CHANIS<sup>3</sup>, DR R BATISTA<sup>4</sup>, DR F ESPINOZA<sup>5</sup><sup>1</sup>SAN FERNANDO HOSPITAL , PANAMÁ , PANAMÁ , <sup>2</sup>SAN FERNANDO HOSPITAL , PANAMÁ , PANAMÁ , <sup>3</sup>SAN FERNANDO HOSPITAL , PANAMÁ , PANAMÁ , <sup>4</sup>SAN FERNANDO HOSPITAL , PANAMÁ , PANAMÁ , <sup>5</sup>SAN FERNANDO HOSPITAL , PANAMÁ , PANAMÁ

Presentación E-Poster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

The first case of foreign body in the heart was published by Bailey in the Archives of Internal Medicine in 1912. A 49 year old male, was found with a wooden toothpick in right atrium at autopsy. A 57 year old female complaining of having palpitations and pain in the right lateral aspect of the neck during two years. She has a medical history of breast cancer treated with Surgery, Radiotherapy and Chemotherapy for a period of two years through a port-a-cath. The chest x ray showed a guidewire localized in the superior and inferior vena cava. A first attempt to withdraw the guidewire was done unsuccessfully via the right femoral vein. Consequently, the patient presented to the emergency room having several recurrent episodes of palpitations associated with chest pain and difficulty in breathing one month after the failing procedure. A chest tomography was requested showing another guidewire in the right pulmonary artery. The team involved, Cardiovascular Surgeon, Interventional Cardiologist & Interventional Radiologist. Thorough discussion and planning of the procedure was done reviewing all the imaging studies . The team decided that the exit strategy was removing the guidewire from the right pulmonary artery with a basket and utilizing a guided chest tomography in order to pinpoint and then removing the tip of the guidewire located in the superior vena cava via small surgical incision. Both procedures were done in staged fashion the first procedure was to remove the invisible guidewire in the hemodynamic laboratory due to this wire could only be seen through chest tomography. After multiples attempts the guidewire was captured. A second procedure was done by the Cardiovascular Surgeon performing through an incision in the right lateral aspect of the neck very close to the thyroid gland. Using this technique he was able to retrieve the guidewire localized in superior and inferior vena cava one week after the first procedure. The patient recovered very well . She is 7 months post-up period without any remarkable clinical findings. We think that this case teaches us that women are vulnerable to face this ordeal since many procedures are performed in either way elective manner or urgent manner specially when a terrible diagnosis such as cancer is made in women and we believe that both guidewires were left performing a port-a-cath catheter insertion and trying to remove the wire from the superior and inferior vena cava the first time.



## 180

**COR TRIARIATUM SINISTER EN ASOCIACIÓN CON CANAL ATRIOVENTRICULAR PARCIAL Y VÁLVULA MITRAL REUMÁTICA. DIAGNÓSTICO ECOCARDIOGRÁFICO Y REPARACIÓN QUIRÚRGICA EXITOSA**

DR. JOHN ARAUJO, DR. RAFAEL MEZA JIMÉNEZ, DR. JUAN ARIAS, DR. TOMAS GIRALDO, DR. FEDERICO BALTAZAR JIMENEZ

<sup>1</sup>SOMER INCARE CENTRO CARDIOVASCULAR, RIONEGRO, COLOMBIA

Presentación E-Poster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Caso:** Masculino de 9 años, 6 meses previos a su ingreso disnea progresiva, fatiga, pérdida de peso y episodios febriles intermitentes, deterioro de la clase funcional y signos de insuficiencia cardíaca congestiva. Peso: 23 kg, talla: 138 cm, frecuencia cardíaca 88 x min, So2: 96% al ambiente, presión arterial 100/60 mmHg. Corazón rítmico, hiperdinámico, segundo ruido desdoblado fijo y aumentado de intensidad, soplo holosistólico en región media esternal, y soplo sistólico en línea axilar anterior, pulsos periféricos normales. Radiografía de tórax mostro crecimiento de cavidades derechas e izquierdas, tronco pulmonar aumentado de tamaño. Electrocardiograma: ritmo sinusal, eje QRS +150°, crecimiento de cavidades derechas. Laboratorios: Hemocultivo negativo, sin elevación de reactantes de fase aguda, antistreptolisina O 1200 IU. Ecocardiograma: cor triariatum sinister (CTS) con gradiente medio de 8.3 mmHg, canal atrio ventricular transicional (CAVT), cambios reumáticos de válvula mitral e insuficiencia mitral y tricúspideas severas (Figura 1 A, B, C, D, E). Cateterismo cardíaco; presión pulmonar media de 36 mmHg. Resistencias vasculares pulmonares 1,86 U. Wood/m2, resistencias sistémicas: 10,13 U. Wood/m2, índice de Rp/Rs: 0.18, presión capilar pulmonar 12 mm Hg. Qp/ Qs: 2.6: 1. Reparación quirúrgica con resección de membrana en atrio izquierdo (AI) (Figura 2), cambio valvular mitral por prótesis biológica Mosaic #25, anuloplastia tricúspideas con anillo anillo #26 Contur 3D. Cierre del del defecto septal interatrial con parche de pericardio autólogo. Presento bloqueo atrioventricular completo, se coloca marcapasos epicárdico bicameral. Egreso a los 9 días. Seguimiento mínima insuficiencia tricúspideas, presión pulmonar normal, prótesis mitral normo funcionate y remodelación favorable de cavidades cardíacas. **Discusión:** CTS es una cardiopatía congénita (CC) poco frecuente 0,4% de las todas CC. Anatómicamente el CTS se caracteriza por un AI dividido en dos cavidades por una membrana o banda fibromuscular. Las cavidades se comunican por uno o varios orificios en la membrana. El defecto asociado más frecuente es la comunicación interatrial el 50-60%. En los casos obstructivos el desarrollo de HP postcapilar es la consecuencia. EL CAVT tiene una prevalencia 1-2% de todas las CC. Los casos no reparados desarrollan HP precapilar. La asociación de CTS con CAVT es muy rara y su prevalencia es desconocida. El caso presentado no mostro obstrucción del CTS (incremento del gradiente por sobre circulación), además combina la presencia de cambios reumáticos inflamatorios en la válvula mitral. Defectos que con un adecuado abordaje diagnóstico fueron reparados en un solo tiempo quirúrgico.



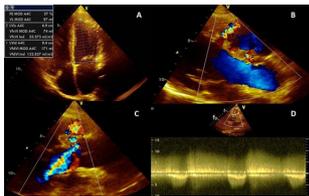
181

**RUPTURA DEL SENO DE VALSALVA, COMPLICACIÓN INFRECIENTE EN UN ADULTO REPARADO DE TETRALOGÍA DE FALLOT. DIAGNOSTICO ECOCARDIOGRÁFICO Y REPARACIÓN QUIRÚRGICA EXITOSA**

DR. JOHN ARAUJO, DR. RAFAEL MEZA, DRA. DANIELA ALVAREZ, DR. FEDERICO BALTAZAR

Presentación E-Póster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

Femenina de 19 años, antecedente de reparación de tetralogía de Fallot (TF) al año de edad [cierre de comunicación interventricular con parche (CIV), ampliación del tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD) y dilatación de la válvula pulmonar (VP)]. 3 años de evolución de disnea progresiva, deterioro de la clase funcional. Exploración física, peso: 52 kg, talla: 160, superficie corporal 1.5 m<sup>2</sup>, frecuencia cardíaca 80 x min, presión arterial 110/70 mmHg, So2 96% al ambiente. Precordio con aumento de la dinámica esternal izquierda, soplo continuo en región media esternal. Clase anatomo funcional (CAF): IIIC. Radiografía de tórax con crecimiento del perfil izquierdo, electrocardiograma en ritmo sinusal, bloqueo incompleto de la rama derecha del haz de his. Ecocardiograma: raíz aórtica dilatada (40 mm), insuficiencia aórtica exocéntrica moderada, ventrículo izquierdo dilatado (VI) (diámetro diástole 57 mm, volumen diastólico 122 ml/m<sup>2</sup>, volumen sistólico 53 ml/m<sup>2</sup>) fracción de eyección 57%, insuficiencia pulmonar ligera (IP). CIV trabecular media restrictiva de 3 mm. Vistas de eje largo y corto mostraron flujo de izquierda a derecha a nivel subanular aórtico, con deformación del seno de valsalva coronario derecho (SVCD) y perforación hacia ventrículo derecho (VD). Doppler con espectro continuo a ese nivel (Figura 1 A, B, C, D.). Ecocardiograma transefágico mostro perforación inferior en el SVCD (Figura 2A). Resonancia cardiaca mostro el ASVCD (Figura 2B), volúmenes normales del VD, IP ligera, sin estenosis residuales. Cateterismo cardiaco sin hipertensión pulmonar (HP). Reparó quirúrgico con sutura directa de la CIV muscular, cierre de la perforación del SVCD con parche de pericardio antólogo y plastia de válvula aórtica. Egreso en 7 días. Seguimiento con insuficiencia aórtica aligera, remodelado favorable de VI, sin HP. Reclasificación en CAF: IA **Discusión:** La TF corresponde del 7-10% de todas las CC. 4 defectos la integran: CIV, cabalgamiento aórtico, estenosis pulmonar e hipertrofia del VD. La reparación quirúrgica en los casos no complejos comprende el cierre de la CIV con parche, reconstrucción quirúrgica del TSVD, resección de la válvula pulmonar y colocación de parche transanular. La secuela hemodinámica más prevalente es la IP. Menos frecuentes son las obstrucciones residuales del TSVD o en ramas pulmonares. Los aneurismas congénitos del seno de valsalva (ACSV) son del 0.1-3.5% de todas las CC. Se asocian con CIV (35-59%), estenosis pulmonar, válvula aórtica bicúspide, TF. 69% de los ACSV se forman en el SVCD. El caso presentado es una complicación inusual en un adulto postoperado de TF.



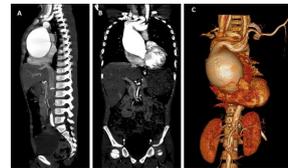
182

**ANEURISMA IDIOPÁTICO GIGANTE DE AORTA ASCENDENTE EN UN NIÑO DE 5 AÑOS. PRESENTACIÓN INUSUAL Y REPARACIÓN QUIRÚRGICA EXITOSA**

DR. JOHN ARAUJO, DR. RAFEL MEZA, DRA. ALEJANDRA ECHEVERRI

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

Masculino de 5 años, sin antecedentes patológicos de importancia, asintomático cardiovascular en clase funcional I. Enviado a estudio ecocardiográfico por presencia de soplo. Exploración física, peso: 20 kg, talla: 110, superficie corporal 0.7 m<sup>2</sup>, frecuencia cardíaca 85 x min, presión arterial 85/55 mmHg, So2 94% al ambiente. Pulsos periféricos normales, soplo diastólico en 5to espacio intercostal. Electrocardiograma normal. Ecocardiograma: válvula aórtica trivalva con insuficiencia ligera, ventrículo izquierdo y derecho de buen tamaño y función. Vista paraesternal eje largo mostró gran dilatación aneurismática de la raíz aórtica y aorta ascendente, medida en 63 mm, vistas de eje cortó aneurisma de 67 x 60 mm (Figura 1 A, B, C, D). Tomografía computarizada con reconstrucción 3D mostro gran aneurisma que alcanzo 70 mm (100 mm/m<sup>2</sup>) en el diámetro máximo originado desde la unión sinotubular hasta el inicio del arco aórtico (Figura 2 A, B, C). Se realizó reparo quirúrgico con tubo supracoronario hasta el inicio del arco aórtico. La válvula aórtica fue preservada. Evolución clínica favorable. No se encontraron asociaciones con síndromes genéticos o enfermedades relacionadas con el colágeno. **Discusión:** Los aneurismas de la aorta ascendente son muy infrecuentes en niños. Su aparición está asociada a procesos infecciosos, traumáticos, o enfermedades congénitas del tejido conectivo como el síndrome de Marfán, síndrome de Loey-Dietz (mutaciones en los genes TGFBR1, TGFBR2, SMAD3 y TGFB21). También se asocian con enfermedades sistémicas como la arteritis de Takayasu, siendo acompañado de síntomas sistémicos, fiebre y generalmente son múltiples. Cardiopatías congénitas como válvula aórtica bivalva y coartación de aorta, pueden desarrollar aneurismas (proximales y distales, respectivamente) pero son de aparición tardía en la adolescencia o en el adulto. En general son asintomáticos y pueden presentarse como muerte súbita o disección aórtica. El diagnóstico ecocardiográfico debe ser complementado con imágenes de alta resolución como la tomografía o la resonancia cardiaca. El reparo quirúrgico debe ser urgente. En el presente caso presentado no encontramos una causa relacionada con el desarrollo del aneurisma, considerándolo idiopático.



183

**DOLOR ABDOMINAL COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TAPONAMIENTO CARDÍACO**DR. ABDIEL DEMERA<sup>1</sup>, DR. JUAREZ HUMBERTO<sup>2</sup>, DR. JULIO EFFIO<sup>2</sup>, DR. JULIO SANDOVAL<sup>2</sup>, DRA. NATALIA PAREDES<sup>1</sup><sup>1</sup>CHDRAAM, PANAMÁ, PANAMÁ, <sup>2</sup>THE PANAMA CLINIC, PANAMÁ, PANAMÁ

Presentación E-Póster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Antecedentes:** Masculino de 64 años sin antecedentes patológicos personales previos **Presentación del caso:** Se trata de paciente que acude al servicio de emergencias con dolor abdominal para lo cual se inician estudios. Al momento de ingreso con PA 120/70 mmHg, Fc 88 lpm, Fr 18 lpm. Al realizar ultrasonido abdominal se observa efusión pericárdica por lo que se solicita evaluación por cardiología. El examen físico sin hallazgos clínicos compatibles con taponamiento cardíaco o datos de shock. Se realiza ecocardiograma transtóraco que revela efusión pericárdica de 2.0 cm con compromiso de cavidades derechas. De manera inmediata el mismo es llevado a salón de operaciones para pericardiocentesis, realización de biopsia de pericardio y análisis de líquido pericárdico el cual se evidencia con características hemorrágicas. En su seguimiento posterior es trasladado a Unidad de Cuidados intensivos, se realiza ecocardiograma transtóraco con FEVI de 60% y ausencia de efusión pericárdica. En su abordaje al ingreso se realizó tomografía de abdomen y tórax con evidencia de lesión nodular de aspecto espiculado en el segmento anterior del lóbulo superior izquierdo. Se obtiene resultado de biopsia de pericardio con hallazgos compatibles con infiltración por adenocarcinoma y presencia de abundantes émbolos neoplásicos. Considerando como primera posibilidad la posible presencia de adenocarcinoma metastásico, Se realiza tomografía cerebral con evidencia de lesiones nodulares en lóbulo frontal y otra en la cápsula externa del hemisferio cerebral derecho. **Discusión:** La presencia de derrame pericárdico hemodinámicamente significativo que conduce a taponamiento cardíaco generalmente se presentan con signos y síntomas clínicos relacionados. En algunas ocasiones los derrames pericárdicos son diagnosticados de manera incidental a la evaluación de otras enfermedades cardiopulmonares. Se conoce que, entre aquellos sin antecedente de malignidad conocida, y que debutan con derrames pericárdicos pequeños la probabilidad de presentar efusión pericárdica de etiología maligna es entre 4% y 7%. Como lo es en nuestro caso a presentar En una serie de casos en Estados Unidos se evaluaron 96 casos de derrames pericárdicos hemorrágicos complicados con taponamiento, identificándose en un 26% cáncer de pulmón primario. La afectación maligna del pericardio se observa en 1% a 20% de las autopsias en pacientes con cáncer. El tumor metastásico más frecuente que afecta al pericardio es el cáncer de pulmón. Afirmamos así, la importancia de la ecocardiografía como herramienta indispensable y de primera elección en el diagnóstico y seguimiento de las patologías pericárdicas.

184

**TRIPLE INFECCIÓN COMO CAUSA DE SHOCK: COVID 19 + DENGUE + ENDOCARDITIS**DR. ABDIEL DEMERA<sup>1</sup>, DR. JULIO EFFIO<sup>2</sup>, DR. JULIO SANDOVAL<sup>2</sup>, DR. HUMBERTO JUAREZ<sup>2</sup><sup>1</sup>CHDRAAM, PANAMÁ, PANAMÁ, <sup>2</sup>THE PANAMA CLINIC, PANAMÁ, PANAMÁ

Presentación E-Póster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Antecedentes:** Con el advenimiento de la pandemia por el virus de SarsCov-2, se añade un nuevo agente etiológico de infecciones severas como lo es el virus del COVID-19. Conocemos desde el punto de vista epidemiológico las posibilidades de la población nacional o extranjera de estar expuesta al virus del dengue, sobre todo tomando en cuenta el numero de casos en ascenso. **Presentación del caso:** Se reporta a paciente masculino de 25 años sin antecedentes personales patológicos el cual es ingresado vía cuarto de emergencias con diagnóstico de dengue con signos de alarma. Inicialmente con: PA 90/50 mmHg, FC 77 lpm, Fr 18 lpm. Se ausculta soplo sistólico en foco pulmonar de intensidad VI/VI, extremidades con edemas +2. Se realiza ecocardiograma transtóraco que revela posible aneurisma de seno de valsalva roto a TSVD, trombo adherido a pared libre de TSVD. FE 68%. PSVD compatible con hipertensión pulmonar severa. Además, se realiza ecocardiograma transefágico que descarta aneurisma de seno de valsalva y trombo adherido, confirmado comunicación interventricular más endocarditis en válvula pulmonar. Al momento de espera para subir a Unidad de Cuidados intensivos (UCI), por protocolo de bioseguridad se realiza prueba de antígeno de COVID 19 resultando positiva. Es manejado en unidad de cuidados intensivos, de donde luego es alta. Se realiza corrección de CIV además de plastia de la válvula pulmonar la cual contenía vegetación compatible con endocarditis aguda. **Discusión:** Este caso es relevante para la medicina cardiovascular porque es el primer caso reportado de triple infección por dengue, COVID 19 y endocarditis bacteriana con resolución favorable para el paciente, de lo cual no existe literatura descrita al respecto.

185

**DISNEA DE CAUSA POCO FRECUENTE: COR TRIARIATUM DEXTER**

DR. ABDIEL DEMERA<sup>1</sup>, DR. JULIO EFFIO<sup>2</sup>, DR. BOLIVAR LOPEZ<sup>2</sup>, DRA. NATALIA PAREDES<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHDRAAM, PANAMÁ, PANAMÁ, <sup>2</sup>THE PANAMA CLINIC, PANAMÁ, PANAMÁ

Presentación E-Poster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Antecedentes:** El Cor Triatriatum es una cardiopatía congénita poco frecuente. Representa el 0.1% al 0.4% de todos los defectos congénitos cardiacos. Éste se debe a una absorción incompleta de la vena pulmonar, conectando así la aurícula afectada con las venas pulmonares. La presentación clínica puede variar desde un paciente asintomático hasta presentar manifestaciones cardiovasculares secundarias a hipertensión pulmonar y falla cardiaca de cavidades derechas. El diagnóstico se realiza durante los primeros años de vida, sin embargo, algunos casos son diagnosticados en la adultez debido a que permanecen asintomáticos. **Presentación del Caso:** Masculino de 52 años sin antecedentes personales patológicos quien se presenta con cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado inicialmente por disnea de moderados esfuerzos con posterior empeoramiento a mínimos esfuerzos. Destaca al examen físico soplo sistólico II-III/VI en foco pulmonar, con desdoblamiento fijo del segundo ruido, soplo diastólico III/VI en foco tricúspideo y reflejo hepatoyugular presente. En la radiografía de tórax no se observan hallazgos relevantes. En el electrocardiograma eje desviado a la derecha y signos de crecimiento auricular y ventricular derecho. Se le realiza ecocardiograma que demuestra aurícula derecha moderadamente dilatada con cámara extra posterior con CIA además de ventrículo derecho severamente dilatado con movilidad reducida (TAPSE 0.9cm), fracción de eyección del ventrículo izquierdo 24%, insuficiencia tricúspidea severa y mitral moderada con PSAP 48mmHg. **Discusión:** El Cor Triatriatum es una entidad poco frecuente. Se describe una asociación importante con CIA, el cual se encontraba presente en el caso descrito. A pesar de que sus manifestaciones clínicas son variables, el mayor número de casos son detectados en la infancia o adultez temprana, a diferencia del caso presentado el cual fue diagnosticado en edad avanzada. La piedra angular para el diagnóstico lo constituyen los estudios de imágenes donde se demuestra la presencia de una aurícula derecha dividida en dos cámaras, separadas por una membrana, siendo esta la forma en como realizamos el diagnóstico. En el caso particular de aquellos que se encuentran sintomáticos, el tratamiento de elección es la corrección quirúrgica del defecto mientras que en los que se encuentran asintomáticos el seguimiento y tratamiento oportuno de sus complicaciones parece ser la alternativa más viable.

186

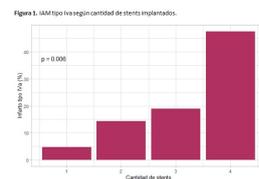
**FACTORES ASOCIADOS AL INFARTO TIPO IVA EN PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA DEL TRONCO CORONARIO IZQUIERDO SIN PROTECCIÓN**

DRA. GUILLERMINA ESPERON<sup>1</sup>, DR. DIEGO COSTA<sup>1</sup>, DRA. BELEN BARBOSA<sup>1</sup>, DRA. YANINA CROISANT<sup>1</sup>, DRA. KAREN TAPIA<sup>1</sup>, DR. ENZO CATENA<sup>1</sup>, DR. CARLOS GONZALEZ<sup>1</sup>, DRA. VANESA GREGORIETTI<sup>1</sup>, DR. MAXIMILIANO MUZZIO<sup>1</sup>, DR. ROBERTO CORONEL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SAGRADO CORAZÓN, CABA BUENOS AIRES, ARGENTINA

Presentación E-Poster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** Se reporta enfermedad significativa desprotegida del tronco coronario izquierdo (TCMI) en casi el 6 % de los pacientes sometidos a angiografía coronaria. La intervención coronaria percutánea (PCI) es una opción valiosa para los pacientes que presentan TCMI con superioridad en comparación con la terapia médica sola y resultados a corto plazo similares en comparación con la cirugía de derivación. El infarto de miocardio (IM) tipo IVa es una complicación frecuente después de la angioplastia del TCI. Este estudio pretende valorar la relevancia de los principales factores de riesgo cardiovascular asociados a este evento, así como las características clínicas y del procedimiento. **Materiales y métodos:** estudio observacional, retrospectivo, incluyó a todos los pacientes sometidos a angioplastia de TCI sin protección durante 24 meses, en un centro de atención terciaria de alto volumen. Sus características se obtuvieron de sus historias clínicas electrónicas. **Resultados:** Durante el periodo de estudio se realizaron un total de 110 angioplastias, en 104 se obtuvieron datos completos sobre la ocurrencia de IM tipo IVa. Sus características según la presencia de IM tipo IVa se pueden ver en la Tabla 1. Solo la edad se asoció significativamente con una mayor incidencia de IM tipo IVa. La presencia de IM tipo IVa según el número de stents implantados, se encontró una incidencia progresivamente mayor, con una p = 0,006 **Conclusión:** La enfermedad de la arteria coronaria principal izquierda (LMCAD) presagia peores resultados como resultado del gran territorio miocárdico en riesgo. Las guías de práctica clínica recomiendan la revascularización para todos los pacientes con estenosis ≥50% de la arteria coronaria principal izquierda. La extensión anatómica y la complejidad de la arteriopatía coronaria son factores importantes a la hora de decidir el mejor tratamiento, la revascularización quirúrgica para LMCAD (clase IA) con PCI se considera una alternativa razonable (clase II) en pacientes con anatomía menos compleja y características clínicas que predicen un mayor riesgo de resultados quirúrgicos adversos. Los avances muestran que la PCI para LMCAD es una opción segura con tasas de supervivencia a largo plazo similares a la cirugía, particularmente en aquellos con riesgo anatómico bajo e intermedio. Encontramos que la edad se asoció con una mayor ocurrencia de IM tipo IVa. También se encontró asociación con el número de stents implantados. Esto podría indicar que una anatomía y un procedimiento más complejos se asocian con un mayor riesgo de infarto de miocardio tipo IVa en estos pacientes.



187

**LA IMPORTANCIA DE LA ALTA SOSPECHA DIAGNÓSTICA EN EL PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO**

DR. CARLOS GUAMÁN VALDIVIESO<sup>1</sup>, DR. ALEJANDRO SENESE<sup>1</sup>, DRA. NATALIA LLUBERAS<sup>1</sup>, DRA. JULIA ARAMBURU<sup>1</sup>, DR. GABRIEL PARMA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CARDIOCENTRO - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA, MONTEVIDEO, URUGUAY

Presentación E-Poster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes:** El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente en cardiología. Los objetivos de la evaluación del paciente son: identificar etiologías que amenacen la vida, determinar la estabilidad clínica y definir una estrategia terapéutica. Los síntomas no son patognomónicos y muchas veces no es sencillo alcanzar el diagnóstico. Se presenta un caso que resalta la importancia de la alta sospecha diagnóstica más allá de la enfermedad coronaria. **Descripción del caso:** SM, 69 años. Obeso, HTA, DM2. Antecedente de cáncer de lengua en tratamiento con quimioterapia. IAM inferior en 2018, angioplastia en ACD. Consulta en emergencia por dolor torácico en esfuerzo. Se realiza ECG, destaca: QS en DIII y aVF, elevación del punto J de 0,5mm, rectificación del ST en DI y aVL, pobre crecimiento de onda R en precordiales. Curva de troponinas: 1ra. 40pg/ml, 2da. 206pg/ml. Es derivado a hemodinámica, angiografía coronaria evidencia: lesión severa en 1/3 medio ADA, lesión moderada en sector distal ACx, lesión moderada en 1/3 medio ADP de ACx y oclusión en 1/3 proximal ACD no dominante, de fino calibre. Se realiza angioplastia de ADA. Inicialmente permanece estable en la unidad, luego de 6 horas presenta malestar general e hipotensión (60/40mmHg), niega ángor o disnea. Sin respuesta a Trendelenburg ni a carga de suero fisiológico. Agrega taquicardia sinusal a 115cpm, frialdad periférica e hiperperfusión distal. ECG sin cambios. Se solicita ETT: D-shape sistólico, cavidades derechas dilatadas con disfunción sistólica del VD y masa en aurícula derecha compatible con trombo móvil (Figura 1). Se optimiza soporte hemodinámico y de vía aérea. Se inician fibrinolíticos. Lamentablemente paciente fallece a pesar del tratamiento instaurado. **Discusión:** En el abordaje del dolor torácico deben descartarse las causas con alta mortalidad a corto plazo como el síndrome coronario agudo, el síndrome aórtico agudo y la tromboembolia pulmonar. La tromboembolia pulmonar tiene una mortalidad intrahospitalaria del 14% y una mortalidad a los 90 días del 20%. Sus síntomas no son específicos, por lo que representa un reto clínico, diferentes series han encontrado que menos del 10% de pacientes con este padecimiento son diagnosticados. Se destaca la importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial mediante ecocardiografía transtorácica en el paciente con dolor torácico y shock. La técnica permitió iniciar el tratamiento con fibrinolíticos luego de visualizar el trombo en las cavidades derechas, lo cual es observado en menos del 4% de los pacientes según las series internacionales.

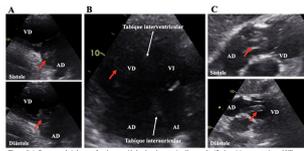


Figura 1. A. Presencia de un trombo móvil en cavidad derecha, se visualiza trombo (línea roja) que ocluye al VD anterior izquierdo. B. Masas de coágulo dentro de la aurícula derecha en tórax en el VD. C. Dirección de la cavidad derecha. C: trombo intracavitario. ADA: aurícula derecha; ACx: cavidad izquierda; ADA: aurícula derecha; VY: vena cava inferior.

188

**CARDIO NEURO ABLACIÓN DERECHA COMO TRATAMIENTO DEL SÍNCOPE CARDIO INHIBIDOR EN ADULTO MAYOR DE 40 AÑOS**

DR. RENE VICUÑA MARIÑO<sup>1</sup>, DRA. JOHANNA VICUÑA<sup>2</sup>, DR. JUAN MOSCOSO<sup>1</sup>, DR. ELIAS VÁSQUEZ<sup>1</sup>, DR. MARLON AGUIRRE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL METROPOLITANO, QUITO, ECUADOR, <sup>2</sup>HOSPITAL SAN PAU, BARCELONA, ESPAÑA

Presentación Casos Clínicos para PREMIO, Hub Innovación, junio 7, 2023, 11:15 - 13:00

**Antecedentes:** En los pacientes mayores de 40 años y portadores de síncope reflejo (SR) de tipo cardio inhibitor sea por bradicardia o pausas sinusales; el implante de marcapaso tiene indicación de tipo IB. en las guías europeas, y IIb. en las guías americanas. La cardio neuro ablación (CNA), ha demostrado ser una técnica eficaz estando más indicada en pacientes jóvenes. La CNA realizada en cavidades derechas es una técnica nueva, menos extensa, aún poco descrita en pacientes adultos menores de 40 años y menos aún en mayores. **Descripción del caso:** Paciente de 47 años masculino, deportista, quien presentó varios episodios de lipotimia y un SR con caída de su propia altura con trauma craneal leve. El electrocardiograma mostró una bradicardia sinusal importante, el Holter inicial mostró signos de disfunción sinusal con bradicardia severa y vagotonia objetivada por los parámetros PNN50 de 56, RMSSD de 72 y SDNN de 184. El Tilt Test fue positivo al estado basal al quinto minuto con presencia de SR cardio inhibitor y paro sinusal de 6 segundos. El paciente fue sometido a ablación selectiva de los ganglios A y B por vía exclusivamente endocárdica. La reconstrucción electro anatómica se realizó con ayuda de un navegador Velocity de ABOOTT® (figura 1). Se evidenció un incremento sostenido de la FC la cual pasó de 50 a 75 latidos por minuto. La telemetría post procedimiento mostró una denervación evidente objetivada por un PNN50 de 0, RMSSD de 8 y SDNN de 24. (tabla 1).El TRSCP pasó de 1800ms a 550 ms post ablación. El control un mes más tarde, persiste la denervación objetivada por una PNN50 de 4, RMSSD de 12 y una SDNN de 30. **Discusión:** La CNA ha sido propuesta para el tratamiento del síncope recurrente pero aún no están incluidas en las guías de manejo de SR. La CNA estrictamente derecha es un procedimiento eficaz que ya ha sido replicada por nosotros en 3 pacientes menores de 40 años. Pocos reportes existen en mayores de 40 años en los cuales el implante de un marcapaso no es altamente eficaz por la posible recidiva de episodios sincopales. Los hallazgos del caso presentado y sobre todo los parámetros de variabilidad nocturna muestran una clara denervación persistente y ausencia de síncope. Los resultados son alentadores e incita a seguir utilizándola en pacientes estrictamente seleccionados.

	PREMIO	ANISO	SOBAN 24	TRSC	EC
Pre A	56	72	184	1800	50
Post A	4	14	30	550	24
%	-100%	-80%	-83.6%	-69.4%	-100%
1 mes	20%	68.6%	75%	70	70

189

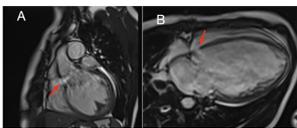
SÍNDROME DE LAUBRY-PEZZI EN UN PACIENTE ADULTO

DR. DANILO WEIR RESTREPO<sup>1</sup>, DR. DAVID ARISTIZABAL COLORADO<sup>2</sup>, DRA. MARIA ANTONIA TAMAYO OROZCO<sup>3</sup>, DRA. MARIA ISABEL CARVAJAL VELEZ<sup>4</sup>

<sup>1</sup>DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, UNIVERSIDAD CES, MEDELLÍN, COLOMBIA, <sup>2</sup>DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, UNIVERSIDAD LIBRE, CALI, COLOMBIA, <sup>3</sup>SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN, CLÍNICA SOMER, RIONEGRO, COLOMBIA, <sup>4</sup>SERVICIO DE IMAGEN CARDÍACA, SURA, MEDELLÍN, COLOMBIA

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes:** Paciente de 26 años, etnia indígena, con antecedente de falla cardíaca (FC) de etiología valvular por insuficiencia aórtica grave, con FeVI del 26%, sin otros antecedentes médicos. **Descripción del caso:** Ingresó a la institución con disnea en reposo y deterioro marcado de clase funcional, remitido con indicación de recambio valvular aórtico, se realizaron estudios para establecer etiología de FC, descartando Enfermedad de Chagas, arritmias, entre otros. Fue valorado por el grupo de FC, quienes indicaron nuevos estudios para establecer abordaje. Se realizó ecocardiograma transtorácico que mostró VI severamente dilatado con hipertrofia excéntrica severa, FeVI 25%, sin trastornos de contractilidad, sin presencia de trombos intracavitarios, disfunción diastólica tipo patrón pseudonormalizado; comunicación interventricular de tipo infundibular; test de vasoreactividad pulmonar con reversibilidad normal. La RNM Cardíaca mostró VI dilatado, trabeculación excesiva en la pared lateral e inferior en la región medioventricular, jet de regurgitación por insuficiencia valvular aórtica; fenómeno de aliasing por flujo turbulento, artefacto de turbulencia en la porción membranosa del septum interventricular por comunicación interventricular. En staff de Cardiología se definió realización de cierre de comunicación interventricular con reemplazo valvular, se realizó procedimiento y transcurrió sin complicaciones, egresó de la clínica a los 7 días en buena condiciones. **Discusión:** El síndrome de Laubry-Pezzi es una patología congénita, caracterizada por prolapso de un velo de la válvula aórtica en una comunicación interventricular debido al efecto Venturi, provocando insuficiencia aórtica. Los pacientes típicamente presentan síntomas de insuficiencia valvular aórtica progresiva y el pico de la regurgitación aórtica está descrito entre los 5 y 10 años de edad; generalmente su diagnóstico en adultos es tardío. En adultos con defectos septales está descrita menor supervivencia cuando se asocian a cardiomegalia, así como a presiones de arteria pulmonar que sobrepasan los 50mmHg. El tratamiento está basado en el cierre del defecto septal, indicado en regurgitación aórtica progresiva y evitando la misma. En adultos con regurgitación aórtica moderada a severa, con defectos septales y prolapso de las cúspides, pueden requerir la intervención de la válvula durante el cierre del defecto interventricular. Está descrito el cierre transcatereter del defecto septal, en casos de compromiso valvular aórtico leve y moderado.



190

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA EN ADOLESCENTE DURANTE CONTROL CARDIOVASCULAR

DRA. MARIANA ANDREA CANDIA<sup>1</sup>, DR CARLOS PARQUET

<sup>1</sup>ICEM (INSTITUTO DE CARDIOLOGIA Y ESPECIALIDADES MEDICAS), RECONQUISTA, ARGENTINA

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Introducción:** La miocardiopatía hipertrofica (MCH) se define como el aumento del espesor de la pared del ventrículo izquierdo (VI) y más raramente del ventrículo derecho (VD), que no se puede explicar únicamente por condiciones de carga anormales. Es la cardiopatía genética más frecuente, heredada en un patrón autosómico dominante. **Caso clínico:** Paciente de 15 años, sin antecedentes patológicos ni familiares que consulta en plan de control pre escolar. En el electrocardiograma se evidencia Ritmo sinusal, FC 68 lpm. Eje cardíaco -90, signos de sobrecarga ventricular izquierda (signo de Sokolow - Lyon, signo de Cornell y Romhilt- Estes de 5 puntos= Hipertrofia ventricular definida). Se realiza ecocardiograma Doppler Color que evidencia VIDD 47 VIDS 26 S 32 PP17 AI 43 Ao 25 con marcada refringencia anteroseptal. FEVI 67% SLG -23% con alta sospecha de MCH. Se solicita RNM con gadolinio que evidencia Miocardiopatía hipertrofica asimétrica obstructiva, con máximo espesor a nivel anteroseptal basal:46.2mm (Z+6) y medial:43.6mm. Movimiento sistólico anterior de la válvula mitral con aceleración y turbulencia del flujo a nivel del tracto de salida del VI. Válvula mitral:Insuficiencia mitral leve. Elongación del velo anterior.Presencia de realce tardío de tipo mesocárdico y multifocal, afectando a las zonas de mayor hipertrofia. Porcentaje de fibrosis:17% Dilatación de Aurícula izquierda. Se realiza derivación a centro de mayor complejidad para evaluación para implante de CDI(cardiodesfibrilador), decidiéndose implante del mismo ya que posee como criterio de indicación un espesor máximo de la pared ventricular mayor izquierda, superior a 30 mm; en este caso de 46 mm. **Discusión:** Sabemos que la MCH es una de las principales causas de muerte súbita en jóvenes y que para evitarlo se debe implantar un CDI lo que requiere evaluación y cálculo de riesgo de muerte súbita. Pero cabe recordar que la estratificación de riesgo con la calculadora de MCH se recomienda para evaluar el riesgo a 5 años en pacientes de 16 años en adelante, por lo que estrictamente no sería aplicable a nuestro paciente. La limitada información basada en evidencia para el tratamiento de este tipo de patologías en niños y adolescente es un problema de la práctica habitual. En este caso a pesar de la falta de síntomas, de la ausencia de antecedentes familiares de muerte súbita y la ausencia de arritmias ventriculares, dado que el espesor ventricular es de 46 mm se decide, junto a un equipo de electrofisiología, el implante de un CDI.



191

HISTORIA DEL TRASPLANTE DE CORAZÓN EN AMÉRICA LATINA

DR. FRANCISCO LUIS URIBE BURITICA<sup>1</sup>, DR. JUAN ESTEBAN GOMEZ MESA<sup>1</sup>, DR. JUAN PABLO CIMBARO<sup>2</sup>, DR. JOSÉ LUIS BARIASANI<sup>3</sup>, DR. PEDRO SCHWARZMANN<sup>4</sup>, DR. FERNANDO BACAL<sup>5</sup>, DR. VÍCTOR ALEJANDRO ROSSEL MARIANGEL<sup>6</sup>, DR. WALTER ALARCO<sup>7</sup>, DR. EDUARDO MORALES BRICEÑO<sup>8</sup>, DR. ÁLVARO QUINTERO<sup>9</sup>

<sup>1</sup>FUNDACION VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA, <sup>2</sup>INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA J. F. CABRAL, BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>3</sup>HOSPITAL PRESIDENTE PERÓN; INSTITUTO CARDIOVASCULAR ADVENTISTA, BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>4</sup>HOSPITAL UNIMED, SAO PABLO, BRASIL, <sup>5</sup>INSTITUTO DO CORAÇÃO (INCOR); HOSPITAL DAS CLÍNICAS; FACULDADE DE MEDICINA DA USP; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, SAO PABLO, BRASIL, <sup>6</sup>INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX, SANTIAGO DE CHILE, CHILE, <sup>7</sup>INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR INCOR, LIMA, PERÚ, <sup>8</sup>HOSPITAL PRIVADO CENTRO MEDICO DE CARACAS; UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, CARACAS, VENEZUELA, <sup>9</sup>CLÍNICA CARDIOVID, MEDELLÍN, COLOMBIA.

Presentación E-Póster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Introducción:** Christian Barnard realizó el primer trasplante de corazón en adultos (TxCx) exitoso en el mundo el 3 de diciembre de 1967 en el Hospital Grootte Schuur en Sudáfrica. El primer TxCx en Latinoamérica (LATAM) se realizó casi cinco meses después. **Objetivo:** Describir la historia del inicio del TxCx en LATAM. **Materiales y métodos:** Desde el Consejo Interamericano de Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión Pulmonar (CIFACAH) de la Sociedad Interamericana de Cardiología (SIAC) se realizó una extensa investigación para obtener información sobre el inicio del TxCx en 20 países de LATAM. Se recopiló información en una base de datos electrónica y se consultó a cardiólogos de los países a través de una encuesta. **Resultados:** El primer TxCx en LATAM se realizó en Brasil (26 de mayo de 1968), liderado por el doctor Euryclides de Jesus Zerbin en el Hospital das Clínicas da Universidade de Sao Paulo. Argentina realizó su primer TxCx el 31 de mayo de 1968, liderado por el doctor Miguel Bellizzi en la Clínica Modelo de Lanús. Le siguió Chile (28 de junio de 1968), liderado por el doctor Jorge Kaplán en el Hospital Naval Almirante Nef. Durante la década de 1970, dos países de LATAM comenzaron TxCx, Perú el 12 de marzo de 1972 y Venezuela el 17 de septiembre de 1978. Durante la década de 1980, tres países más comenzaron a realizar este procedimiento, Colombia (01 de diciembre de 1985), Cuba (9 de diciembre de 1985) y México (21 de julio de 1988). La década de 1990 siguió con Costa Rica (8 de marzo de 1991), Ecuador (17 de mayo de 1994), Paraguay (9 de julio de 1996), Uruguay (11 de noviembre de 1996), Bolivia (11 de febrero de 1998) y Puerto Rico (27 de junio de 1999). Finalmente, en la década del 2010, dos países realizaron el primer TxCx, República Dominicana (19 de julio de 2012) y Panamá (11 de marzo de 2016). No encontramos ningún informe de TxCx realizado en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua hasta la actualidad (Tabla #1). **Conclusión:** El TxCx es una opción de tratamiento importante para pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada. A pesar de las evidentes dificultades económicas y sociales que se pueden encontrar en LATAM, este procedimiento se realiza en múltiples países de la región desde hace varias décadas. A partir de este análisis, tenemos previsto implementar un registro regional para obtener información detallada sobre la actividad de TxCx.

Tabla 1. Primer trasplante cardíaco por país en Latinoamérica (por año de realización)

País	Año	Centro	Equipo
Brasil	1968	Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo	Euryclides de Jesus Zerbin
Argentina	1968	Hospital Naval Almirante Nef	Jorge Kaplán
Chile	1968	Clínica Modelo de Lanús	Miguel Bellizzi
Venezuela	1978	Hospital Privado Centro Médico de Caracas	Álvaro Quintero
Perú	1972	Hospital Grootte Schuur	Christian Barnard
Colombia	1985	Hospital Grootte Schuur	Christian Barnard
Cuba	1985	Hospital Grootte Schuur	Christian Barnard
México	1988	Hospital Grootte Schuur	Christian Barnard
Costa Rica	1991	Hospital Grootte Schuur	Christian Barnard
Ecuador	1994	Hospital Grootte Schuur	Christian Barnard
Paraguay	1996	Hospital Grootte Schuur	Christian Barnard
Uruguay	1996	Hospital Grootte Schuur	Christian Barnard
Bolivia	1998	Hospital Grootte Schuur	Christian Barnard
Puerto Rico	1999	Hospital Grootte Schuur	Christian Barnard
República Dominicana	2012	Hospital Grootte Schuur	Christian Barnard
Panamá	2016	Hospital Grootte Schuur	Christian Barnard

192

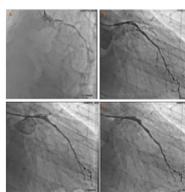
MANEJO DE PERFORACIÓN ARTERIAL CORONARIA Y POSTERIOR ANGIOPLASTIA DE LESIÓN BIFURCADA MEDIANTE TÉCNICA DE CULOTTE-INVERTIDO Y ANGIOPLASTIA DE ESTENOSIS OSTIAL SEVERA DE ARTERIA CORONARIA DERECHA MEDIANTE TÉCNICA DE GUÍA FLOTANTE

DR. KEVIN ANDY VELARDE ACOSTA<sup>1</sup>, DR. RAUL DELGADO ARANA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, LIMA, PERÚ

Presentación E-Póster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** Presentamos el caso de un varón de 71 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica (estadio III), dislipemia y falla cardíaca fracción de eyección reducida (FEVI 20%), de etiología isquémica, con terapia médica óptima. Clase funcional NYHA II, CCS III. Acudió a urgencias en contexto de IC aguda. **Presentación clínica:** Tras la compensación de la falla cardíaca, el paciente ingresó al laboratorio de cateterismo donde se identificó enfermedad multiarterial severa, con compromiso del tronco coronario izquierdo (TCI), oclusión proximal total de arteria descendente anterior (DA), arteria circunfleja (CX) (tras el origen de la MG), estenosis ostial suboclusiva de la rama marginal (MG) y estenosis severa de la arteria coronaria derecha (CD) a nivel ostial, segmentos medio y distal incluyendo su bifurcación (Medina 1-1-1). Puntuación de syntax de 48. El paciente rechazó la revascularización quirúrgica. Se decidió realizar una angioplastia de CX-MG. Durante el procedimiento, se realizó predilatación con balón no complaciente (NC) del segmento proximal de la 1ª MG, implantándose a continuación un stent liberador de fármaco (SLF) en este segmento. Tras el control angiográfico, se observó subexpansión del stent, por lo que se decidió posdilatar con balón Acrostak. Tras un nuevo control angiográfico, se evidenció perforación de la 1ª MG (3er grado de Ellis), por lo que se realizó inflado con balón y posterior implantación de un stent Bentley BeGraft de 3,5x24mm, insuflando hasta 11 atm durante 5 minutos. El resultado final fue óptimo sin extravasación de contraste. En un segundo procedimiento, se decidió realizar angioplastia de la CD. Inicialmente, se realizó angioplastia de la bifurcación de la CD (Medina 1-1-1) utilizando la técnica de bifurcación de Culotte invertida. Por último, la angioplastia del ostium de la CD se realizó mediante la técnica de "guía flotante". El control angiográfico mostró un flujo TIMI III, sin estenosis residual significativa. También se observó circulación heterocoronaria RENTROP III en la LAD. Actualmente el paciente refiere mejoría significativa de la calidad de vida, sin reingreso por el servicio de urgencias. **Discusión:** Es fundamental el rápido reconocimiento de una perforación coronaria y su manejo apropiado para disminuir la morbimortalidad. Así mismo, el conocimiento de las diferentes técnicas para la corrección de las lesiones complejas permite un resultado óptimo tras la angioplastia.

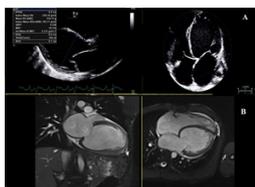


193

**CARDIOMIOPATÍA DILATADA EN PACIENTE JOVEN ASOCIADA AL GEN FLNC. PRESENTACIÓN DE UN CASO**DR. ALEX DAVID SOTOMAYOR JULIO<sup>1</sup>, DRA. ANDREA FACIO LINCE GARCIA<sup>1</sup>, DR. WIKLER BERNAL TORRES<sup>1</sup>, DR. JUAN DAVID LÓPEZ PONCE DE LEÓN<sup>1</sup><sup>1</sup>FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA

Presentación E-Poster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** Las cardiomiopatías constituyen un conjunto extraordinariamente heterogéneo de procesos que sólo tienen en común que afectan al músculo cardíaco y que causan un amplio espectro de manifestaciones. Con respecto a la miocardiopatía dilatada (CMD) representa un final común al que se llega a través de múltiples mecanismos citotóxicos, metabólicos, inmunológicos, infecciosos, siendo el genético el menos común. **Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente masculino de 28 años, sin antecedentes cardiovasculares previos quien presentó accidente cerebrovascular isquémico que requirió manejo trombolítico sistémico, durante la secuencia estudios de paciente con lctus isquémico se descartan causas infecciosas hematológicas y reumatológicas encontrando en ecocardiograma transefágico hiperrefringencia en paredes del ventrículo izquierdo con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 20%, hasta antes del evento el paciente refiere haber sido asintomático; dado los hallazgos se inicia manejo de falla cardíaca y anticoagulación plena. Se realiza resonancia magnética cardíaca que reporta una miocardiopatía dilatada, disfunción sistólica grave del ventrículo izquierdo, con importante dilatación y abalanzamiento ventricular izquierdo, FEVI 15%; crecimiento biauricular. Dilatación significativa del ventrículo derecho con disfunción sistólica. Sin evidencia de edema, fibrosis o proceso inflamatorio o infiltrativo a nivel miocárdico. En consulta paciente presenta clase funcional New York Heart Association: II, en manejo con beta bloqueador, inhibidor del cotransportador sodio-glucosa, inhibidor de enzima convertidora de angiotensina, ivabradina, furosemida. Dada la ausencia de factores riesgo se realizaron estudios genéticos para cardiopatías dilatadas y enfermedad de Fabry. Se obtiene panel de miocardiopatía con evidencia de variante probablemente patogénica en heterocigosis en el gen la Filamina C (FLNC) descrita como NM\_001458.5 (FLNC): c.1156G>T;p.(Glu386\*). **Discusión:** En este paciente se encontró la presencia de una CMD de origen genético, específicamente una variante patogénica del gen para la FLNC, que codifica una proteína integrina estructural del sarcómero. Las variantes de FLNC patológicas se asocian con un espectro de fenotipos cardíacos y musculares; la MCD asociada con FLNC es más maligna y se caracteriza por arritmias ventriculares, fibrosis miocárdica y un alto riesgo de muerte cardíaca súbita. La prevalencia de variantes para FLNC asociado a CMD se ha reportado entre 1% al 8%. El manejo en este paciente requiere terapia médica óptima de acuerdo con las guías médicas, la prevención primaria de muerte cardíaca súbita, así como la determinación de trasplante cardíaco en un tiempo oportuno, así como la tamización a familiares en primer grado de consanguinidad y consejería genética.



195

**ACUTE PERICARDITIS AND CARDIAC CONDUCTION SYSTEM DISORDERS IN COVID-19 INFECTION PATIENT**DR T DÍAZ<sup>1</sup>, DR A MARCHENA<sup>1</sup>, DR T CORONADO<sup>1</sup><sup>1</sup>HOSPITAL PUNTA PACÍFICA, PANAMÁ, PANAMA

Presentación E-Poster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Background** The first description of cardiac complications in patients hospitalized with COVID-19 was published by Linschoten, in the European Heart Journal in 2020 in among 3011 patients with COVID-19 258 patients presented with arrhythmia/conduction disorder (8.6%). **Case Description** A white male 38 years Basketball players, Trekker and Bicyclist has a medical background history of active smoker 30 cigarettes per week. He had a negative nasal swab for COVID-19 24 hours before getting a COVID-19 vaccine. Afterward, he received a second Pfizer Vaccine Shot for COVID-19 experiencing COVID-19 Symptoms such as fever, sore throat, coughing, generalized malaise and severe bradycardia at 32 bpm. A RT-PCR test for COVID-19 was positive 24 hours after the symptoms onset. He was hospitalized during 5 days with partial recovery and EKG sinus rhythm at 43 bpm with First Degree AV Block. His transthoracic echocardiogram showed pericardial thickening along with birefringent imaging without pericardial effusion and normal left and right ventricular ejection fraction. He was rushed to the emergency room with severe bradycardia along with Second Degree AV Block Mobitz type 1 associated with arterial hypotension (80/40) and chest pain one week after being discharged from hospital. Consequently, he was transferred to the cath lab performing a selective left catheterization which were normal except for non-occlusive myocardial bridge and transitory pacemaker was implanted and setting the heart rate at 60 bpm and transferred to the ICU (intensive care unit) with colchicine and NSAIDs (Non-steroidal anti-inflammatory drugs). We made a suspicious diagnosis of acute pericarditis related to COVID-19 infection complicated with conduction abnormalities. After 7 days of medication in ICU his heart rate returned to sinus rhythm at 65 bpm and cardiac magnetic resonance imaging turned out to be without any myocardial injury. Procalcitonin, LDH, high ultrasensible PCR, D-Dimer, Ferritin, interleukin-6 test were normal at discharge from hospital. After almost 1 year and 8 months of regular cardiologic follow-up he is asymptomatic. **Discussion** There has been elucidated several potential mechanisms of myocardial injury in COVID-19 such as direct viral cardiomyocyte toxicity, oxygen supply/demand mismatch, microvascular dysfunction and hyperinflammatory state and vasculitis. In our particular case we deemed that the patient who developed acute pericarditis causing a direct conduction disorder in which the clinical picture ameliorated with plausibility effect of both drugs colchicine and NSAIDs counterbalancing the hyperinflammatory state in patients with COVID-19 complicated with cardiac electrical disorders was the paramount importance.



196

**SCORE MVP ELECTROCARDIOGRÁFICO EN LA PREDICCIÓN DEL DESARROLLO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS**DRA. ROCÍO DEL PILAR FALCÓN FLEYTAS<sup>1</sup>, DR. V. D. GIMÉNEZ ORTIGOZA<sup>1</sup>, DR. C.O. CHÁVEZ ALFONZO<sup>1</sup>, DR E.J. GALEANO FIGUEREDO<sup>1</sup>, DR O. A. CENTURIÓN ALCARÁZ<sup>1</sup><sup>1</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS, SAN LORENZO, PARAGUAY

Presentación E-Poster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** La fibrilación auricular (FA) constituye la arritmia sostenida más frecuentemente detectada, su prevalencia varía a nivel global, se estima que afecta a 1,5-2% de la población general, este porcentaje aumenta con la edad llegando incluso a 17% en los mayores de 80 años. Actualmente hay tendencia a hacer hincapié en la prevención y diagnóstico precoz de enfermedades con gran impacto en los pacientes y que generan grandes costos a la salud pública; teniendo en cuenta esto se observó que, determinadas variables de la onda P permiten identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar FA, estratificarlos y realizar un seguimiento más estricto, adecuado a su riesgo. **Objetivos:** Determinar la incidencia de fibrilación auricular en pacientes hipertensos utilizando en score electrocardiográfico MVP **Materiales y Método:** Observacional, descriptivo, retrospectivo de corte longitudinal. El score MVP (morphology-voltage-P wave duration) se trata de una escala que utiliza variables electrocardiográficas relacionadas a la onda P, para la predicción de eventos de FA, según su riesgo calculado. **Resultados:** Fueron incluidos 104 pacientes, de los cuales 12 fallecieron durante el seguimiento y 17 no acudieron a controles posteriores por lo cual fueron excluidos, quedando 75; de los cuales se detectó FA en 23 pacientes (31%) en diversas circunstancias clínicas, llamando la atención que el 24% fue durante infección aguda por SARS COV2; todos los pacientes con FA presentaron un score intermedio o alto: 15 pacientes, riesgo intermedio. OR 75 (IC 95% 4,2-1332,9) y 8 pacientes riesgo alto. OR 1275 (IC 95% 23,5-68920), en ambos casos con una p<0,001. El 52% fue de sexo masculino de 64 años en promedio; en cuanto a las características de la onda P, el promedio de duración fue de 120±26ms, el voltaje en promedio fue 0,1±0,5mV. La mayoría se anticoaguló con dicumarínicos. **Conclusión:** Utilizando el score MVP en aquellos pacientes hipertensos se puede predecir de manera certera la aparición de FA y prevenir de esta manera las complicaciones derivadas de esta arritmia.

197

**IMPACTO SOBRE LOS RESULTADOS DE LAS DEMORAS EN EL TRATAMIENTO DEL INFARTO EN LA REPUBLICA ARGENTINA. DATOS DEL REGISTRO ARGEN-IAM-ST.**

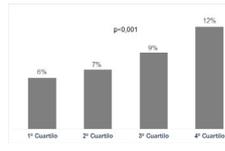
DR GERARDO ZAPATA, DR. FERNANDO BAGNERA, DR. ALEJANDRO MEIRIÑO, DR. DANIEL MAURO

<sup>1</sup>INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO, ROSARIO, ARGENTINA, <sup>2</sup>FEDERACIÓN ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA, CABA, ARGENTINA

Presentación E-Poster VIII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** La angioplastia primaria (ATCp) es la estrategia de reperusión más recomendada en el tratamiento del infarto agudo de miocardio con supradesnivel persistente del segmento ST (IAMCEST). La evidencia muchas veces proviene de ensayos clínicos o de países desarrollados, mientras que en aquellos de bajos y medianos ingresos su implementación en tiempo y forma muchas veces no se cumple. La confección de registros locales nos permite conocer nuestra realidad para poder llevar adelante iniciativas que resulten en un incremento de la calidad de atención. La FAC y la SAC comprometidos con esta idea, llevan adelante desde hace 7 años un registro continuo que nos permite conocer datos del infarto en la República Argentina. **Objetivo:** Evaluar en todos los pacientes incluidos en el registro ARGEN-IAM-ST tratados con ATCp, los tiempos de ventana a la reperusión y sus resultados intrahospitalarios. **Materiales y métodos:** Se analizaron los pacientes incluidos en forma prospectiva en el registro en su etapa continua durante los últimos 7 años, evaluándose los tratamientos de reperusión implementados, el tiempo de ventana a la misma (en valores absolutos y en cuartiles) y su pronóstico intrahospitalario. **Resultados:** La muestra se conformó por 5708 individuos, de los cuales el 79.1% (n=4517) fue de sexo masculino, y la mediana de su edad fue de 60,8 años (53-68,5). El 88,3% (5040) de los pacientes recibió alguna estrategia de reperusión, dentro de los cuales en el 83,8% (n=4225) se realizó angioplastia primaria (ATCp) del vaso culpable. En el grupo de ATCp el tiempo total de isquemia superior a los 120 minutos se observó en el 90% de los casos. La mortalidad intrahospitalaria fue del 8,6% (n=492). Los pacientes fallecidos tuvieron mayores tiempos a la reperusión (mediana en minutos: 370 [203-707] vs 300 [184-584], p<0,001). A su vez, la mortalidad fue superior en aquellos pacientes que se ubicaron en los cuartiles de mayores tiempos (6%, 7%, 9%, 11,6% respectivamente; p<0,001). **Conclusión:** En este registro nacional observamos tasas elevadas de reperusión en el IAMCEST, principalmente a expensas de la ATCp.

A pesar de esto, en un bajo porcentaje se cumplen los tiempos recomendados por las guías. La mortalidad fue significativamente superior en el grupo de mayor tiempo a la reperusión. Destacamos la importancia de realizar una gestión clínica mediante políticas de salud con el objetivo de disminuir tiempos, incentivando estrategias fármaco-invasivas y sistemas de redes de derivación y atención en el IAMCEST





## 202

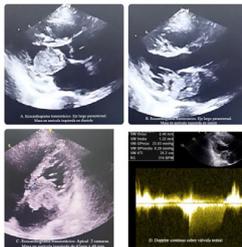
## PACIENTE CON CUADRO INFECCIOSO RESPIRATORIO Y HALLAZGO INSOSPECHADO

DRA. MARIA JOSE CEDEÑO ZAMBRANO<sup>1</sup>, DR. FREDDY POW CHON LONG<sup>1</sup>, DR. ALEJANDRO SANDOVAL LEMA<sup>1</sup>, DR. EDUARDO MACÍAS PRADO<sup>1</sup>, DR. NICOLAS ANZULES CUSCO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL LUIS VERNAZA, GUAYAQUIL, ECUADOR

Presentación E-Póster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes:** Los tumores primarios del corazón tienen una prevalencia muy baja, la mayoría son benignos y de estos el mixoma es el más frecuente, se localizan principalmente en aurícula izquierda, comúnmente afectan a mujeres, cuya sintomatología varía entre asintomáticos hasta insuficiencia cardíaca. **Descripción:** Masculino de 50 años sin antecedentes clínicos previos que presenta disnea clase funcional II de la NYHA de 1 mes de evolución, que progresa 3 días previos a su ingreso a clase funcional IV acompañado de fiebre y tos, admitido en hospital de segundo nivel de atención con requerimiento de intubación orotraqueal y manejo con drogas vasopresoras donde realizan ecocardiograma transtorácico evidenciando presencia de masa en aurícula izquierda por lo que derivan a hospital de tercer nivel, en donde ingresó en asistencia ventilatoria mecánica, hemodinámicamente inestable, al examen físico hipotenso, febril con 38.9 C, taquicardio con soplo diastólico en foco mitral intensidad III/VI, y bases pulmonares hipoventiladas. Electrocardiograma taquicardia sinusal, en analítica inicial tenía leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactivos de fase aguda. TAC de tórax presenta consolidados bilaterales con broncograma aéreo. Ecocardiograma transtorácico evidenció ventrículo izquierdo con función sistólica conservada, aurícula izquierda dilatada con presencia de masa redonda móvil de 42mm de largo por 40mm de ancho adherida al septum interauricular que protruye a través de válvula mitral produciendo obstrucción al llenado ventricular simulando una pseudoestenosis mitral con gradiente medio de 8mmHg, velocidad Pico 2.4 m/s, Tiempo de hemipresión 8m/s y regurgitación leve. Paciente es manejado con antibióticos en contexto de cuadro neumónico con adecuada evolución clínica, se decide resolución quirúrgica de masa intracardiaca, exámenes prequirúrgicos dentro de la normalidad. Se procedió a la resección quirúrgica por esternotomía media, se realizó atriotomía izquierda con resección de masa de aproximadamente 40 mm de diámetro de aspecto heterogéneo que se confirma por patología el diagnóstico de mixoma, no se presentaron complicaciones durante el procedimiento, y con evolución postquirúrgica favorable se dio egreso hospitalario 5 días después de su intervención quirúrgica. **Discusión:** En nuestro caso paciente masculino que debuta con sintomatología respiratoria no asociado a congestión pulmonar que se exacerba por cuadro infeccioso, cuya valoración física simulaba una estenosis mitral, el diagnóstico se realiza por ecocardiograma con presencia de masa grande que obstruía parcialmente el flujo sanguíneo de la aurícula izquierda, se descartó presencia de vegetación o de masa infectada, sin indicación de resolución quirúrgica urgente, la misma que se diferió hasta haber superado su cuadro infeccioso respiratorio.



## 203

## ECG CHANGES AND GENDER-AFFIRMING HORMONE THERAPY: PILOT &amp; FEASIBILITY STUDY

DRA. RACHEL WAMBOLDT<sup>1</sup>, SRA. KIERA LIBLIK<sup>1</sup>, DRA. ASHLEY WADDINGTON<sup>1</sup>, DR. ADRIAN BARANCHUK<sup>1</sup>

<sup>1</sup>QUEEN'S UNIVERSITY, KINGSTON, CANADA

Presentación E-Póster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Introduction:** Gender-affirming care is increasingly recognized as a critical component of patient care. Accordingly, gender-affirming hormone therapy is used to alter secondary sex characteristics so that they align with an individual's gender identity. Animal studies and literature focused on menstruation, menopause, and testosterone replacement therapy have suggested that sex hormones can alter the QTc interval. Although, the current literature is unclear regarding the impact of gender-affirming hormone use on QTc interval. This knowledge is critical, as QTc prolongation can increase the risk of developing potentially fatal rhythm abnormalities such as torsades de pointes. **Objectives:** This study aims to determine whether gender-affirming hormone therapy impacts QTc interval duration. **Material and Methods:** This is an observational study of adults on gender-affirming hormone therapy, for a minimum of three months duration, with no history of cardiac arrhythmias. At recruitment, all participants received an electrocardiogram (ECG) measuring the heart rate, QRS duration (Bazett's formula), and repolarization parameters (QTc interval). Follow-up with the Arrhythmia clinic was made if necessary. **Results:** In total, 24 participants (mean age 30) were included in the pilot study, of which 14 were transgender male-to-female (M2F) and ten female-to-male (F2M). The average QTc interval in the M2F group was 405±21 as compared to the normal <430 msec for males of and normal <450 msec for females. Conversely, the average QTc in the F2M group was 395±28 compared to the normal for <450 msec females and the normal <430 msec for males. Further, the average heart rate of M2F participants was 71±10, and in F2M participants was 73±10. Five total patients were on QTc-prolonging medications, three in the M2F group and two in the F2M group. **Conclusions:** In the present pilot study, transgender and non-binary patients on hormone therapy and medications known to prolong QTc interval did not show significant differences in QTc interval as compared to their biological or identifying sex. The continued collection of data on QTc interval duration in M2F and F2M changes will allow for both the development of appropriate reference ranges and an understanding of the cardiovascular implications of gender-affirming hormone therapy.

## 204

## IMPACTO DE LAS INTERACCIONES ENTRE FÁRMACOS CARDIOVASCULARES Y FÁRMACOS OPIOIDES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

DR. JEAN PIERRE CARRION ARCELA<sup>1</sup>, DR. LEANDRO POZZER<sup>2</sup>, DRA. SOL SONG<sup>3</sup>, DRA. MARÍA MONTESINOS SEGURA<sup>4</sup>, DR. LUCAS CAMPANA<sup>5</sup>, DR. CARLOS GARCÍA MARTINEZ<sup>6</sup>, DR. EZEQUIEL ZAIDEL<sup>7</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHAUSTEGUI, CHICLAYO, PERÚ, <sup>2</sup>INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE CORRIENTES JUANA FRANCISCA CABRAL, CORRIENTES, ARGENTINA, <sup>3</sup>CENTRO MÉDICO INTEGRAL BUENOS AIRES - CEMIBA, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>4</sup>INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR "CARLOS ALBERTO PESCHIERA CARRILLO" - INCOR, LIMA, PERÚ, <sup>5</sup>HOSPITAL NAVAL, BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>6</sup>CENTRO CARDIOLÓGICO AMERICANO, MONTEVIDEO, URUGUAY, <sup>7</sup>SANATORIO GÜEMES, BUENOS AIRES, ARGENTINA, BUENOS AIRES, ARGENTINA

Presentación trabajos libres para premio, Hub Innovación, junio 7, 2023, 9:00 - 11:00

**Objetivo:** Determinar a través de una revisión sistemática el impacto clínico de las interacciones farmacológicas entre los fármacos cardiovasculares y fármacos opioides en pacientes mayores de 18 años con enfermedades cardiovasculares. **Antecedentes:** El empleo de los fármacos opioides se ha extendido no sólo en el manejo de la patología cardiovascular como el síndrome coronario y la falla cardíaca sino también en el alivio sintomático del dolor post-procedimiento o postoperatorio, aun cuando estos fármacos por sí solos incrementan la incidencia de complicaciones cardiovasculares agudas y crónicas. **Métodos:** Se revisaron las bases de datos farmacológicas más importantes (Micromedex 2.0, UptoDate y ClinicalKey) para identificar la consistencia de las interacciones farmacológicas cardiovasculares - opioides clínicamente relevantes. Una vez identificadas estas interacciones se plantearon búsquedas bibliográficas de estas interacciones en MEDLINE, EMBASE y ClinicalTrial.gov. **Resultados:** Se seleccionaron 149 fármacos (132 fármacos cardiovasculares y 17 fármacos opioides) obteniendo 1238 interacciones medicamentosas destacando la interacción entre inhibidores P2Y12 - Opioides en pacientes con síndrome coronario agudo, donde para el análisis se incluyeron 19 estudios: 12 ensayos clínicos aleatorizados, 02 Estudios Post-HOC y 05 estudios observacionales: mostrando que la gastroparensia producida por opioides como morfina y fentanilo, conllevaba a una absorción lenta de los inhibidores de P2Y12 reduciendo la inhibición de la agregación plaquetaria generando una mayor reactividad plaquetaria residual, que se ve reflejada en un incremento de eventos isquémicos en el corto plazo; sin embargo, este efecto en el largo plazo aún es incierto. Una segunda interacción relevante se presenta con los fármacos antiarrítmicos que prolongan el intervalo QT presentando sinergia con opioides como metadona y buprenorfina por lo que su. También se encontraron interacciones moderadas con fármacos diuréticos debido a la liberación de hormona antidiurética inducida por opioides y con inhibidores de Glicoproteína-P o CYP3A4 que incrementan la exposición a opioides. **Conclusión:** Las bases de datos farmacológicas muestran consistencia en las interacciones mayores entre fármacos opioides y los inhibidores P2Y12 y fármacos antiarrítmicos. Los resultados de este estudio permiten al cardiólogo tener una herramienta para poder asesorar con la mejor calidad de evidencia a los pacientes que requieren fármacos opioides y fármacos cardiovasculares en forma concomitante Número de Registro PROSPERO: CRD42022333501

## 206

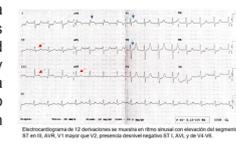
## PATRÓN ELECTROCARDIOGRÁFICO DE MUY ALTO RIESGO SUGESTIVO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO INFERIOR: PATRÓN DE ASLANGER

DR. CARLOS DANIEL ALVAREZ MARTÍNEZ<sup>1</sup>, DR. ERICK SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, DR. JAIR PÁNUCO-QUINTERO<sup>1</sup>, DR. ARTURO YIMARAES HERNÁNDEZ-FONSECA<sup>1</sup>, DR. MANUEL DE JESÚS CÓRDOVA-LARA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DE CARDIOLOGÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO

Presentación E-Póster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** El patrón electrocardiográfico de Aslanger se considera un signo confiable de infarto agudo de miocardio (IAM) inferior que indica oclusión de la arteria coronaria derecha o de la arteria circunfleja izquierda con al menos una estenosis estable pero crítica de una arteria no relacionada con el infarto. **Descripción del caso:** Masculino de 71 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica, diabetes tipo 2, enfermedad renal crónica. Acude al servicio de urgencias secundario angina, intenso y diaforesis, tensión arterial de 90/55 mmHg y frecuencia cardíaca de 91 lpm. Al examen físico, los ruidos cardíacos eran normales a la auscultación. Electrocardiograma con elevación segmento ST en derivaciones DIII y AVR, así como desnivel negativo del segmento ST derivaciones DI, AVL y de V4 a V6. Ecocardiograma con hipocinesia en la pared inferior y anterior con fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 35 %. Troponinas de alta sensibilidad 841.8 ng/ml. Los hallazgos de la angiografía coronaria demostraron enfermedad coronaria de múltiples vasos con involucro tronco coronario izquierdo, coronaria derecha lesión proximal del 80 % por lo que se decide no intervención coronaria y sugieren realizar sesión médico-quirúrgica. **Discusión del caso:** Electrocardiográficamente en ocasiones en la presentación de un infarto del miocardio inferior el vector del ST se desplaza un poco más hacia la derecha de lo normal, en ángulo recto hacia aVF, por lo que lo que el dipolo negativo se proyecta hacia DII y el dipolo positivo hacia DIII y se puede representar con desnivel negativo en DII y DI. Aunque estos pacientes se clasificaban como un IAM sin elevación del segmento ST, presentaban un evento aterotrombótico agudo relacionado a un IM inferior, siendo más frecuente la oclusión de la arteria circunfleja que la arteria coronaria derecha, acompañada de lesiones coronarias angiográficamente significativas concluyendo en enfermedad de múltiples vasos. La frecuencia del patrón de Aslanger en IAM inferior es del 13.3%. Los pacientes tienden a tener enfermedad de múltiples vasos, con mayor mortalidad a corto y largo plazo. Este caso enfatiza la importancia la falta de conocimiento de este patrón conlleva a un retraso en la terapia de revascularización concluyendo en desenlaces fatales.



207

**SEGUIMIENTO DE DIECINUEVE AÑOS DE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS CREENCIAS SOBRE EL RIESGO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LAS MUJERES COLOMBIANAS**

DRA. KAREN ALEXANDRA DUEÑAS CRIADO<sup>1,2</sup>, DRA. ANA GISELA MUNERA ECHEVERRI<sup>2</sup>, DRA. CLAUDIA ANCHIQUE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL- INTITUTO DE CARDIOLOGÍA, BOGOTÁ, COLOMBIA, <sup>2</sup>SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR, BOGOTÁ, COLOMBIA

Presentación E-Poster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** La enfermedad cardiovascular (EC) es la principal causa de morbi-mortalidad en la mujer en el mundo. La conciencia del riesgo de EC se ha relacionado con la adopción de medidas preventivas. A pesar de esta realidad, la mujer colombiana no reconoce la EC como su principal causa de morbi-mortalidad y son pocas las acciones en salud pública. **Objetivo:** Identificar conocimientos y creencias de las mujeres colombianas sobre la EC y sus factores de riesgo, evaluando las tendencias en el tiempo entre las encuestas realizadas en el 2008 y en el 2017. **Métodos:** Realizamos una encuesta sobre las percepciones de la enfermedad cardiovascular en la mujer colombiana, los datos se compararon con una encuesta similar realizada en el 2008. Muestreo aleatorio simple al azar de 1000 mujeres, de 21-64 años, 14 ciudades, áreas urbanas; margen de error 3.1-1.0 95%. Se realizaron 50 preguntas de selección múltiple por llamada telefónica. **Resultados:** Para el 2017 en 1000 mujeres, el 10% percibe la EC como su primera causa de mortalidad y el 3% la reconoce como la causa principal de morbilidad, sin diferencias por grupo de edad, cifras que no presentan cambios en los últimos 19 años. El 67% manifestó no haber visto, ni escuchado información y solo el 2% se siente bien informada. En el 2017 se observa un incremento en la comprensión de síntomas: el 58% percibe el dolor torácico y el 39% el dolor en cuello como el síntoma de un infarto. En percepción de factores de riesgo y estrategias de prevención: El 67% se ha controlado la presión arterial en el último año y el 53% el nivel de glicemia y de colesterol. El 44% identifica como la causa principal para sufrir de un infarto a la falta de ejercicio, el 34% la mala alimentación y el 29% al sobrepeso. El 31% se encontraba en sobrepeso y un 13% en obesidad. El 34% realiza ejercicio 5 a 7 veces/semana. **Conclusión:** La gran mayoría de nuestras mujeres no perciben la EC como un problema de salud importante y afirman que no están bien informadas sobre su riesgo. La percepción de la EC en Colombia es muy baja comparada con otros países de Latinoamérica y en Estados Unidos en donde puede llegar hacer del 40%, y no presentó cambios en los últimos 19 años. Estos datos nos generan grandes retos para reducir la carga de EC entre las mujeres.



208

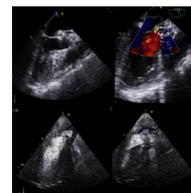
**COMPLICACION RARA DE ABSCESO Y PSEUDOANEURISMA EN LA CONTINUIDAD MITROAORTICA RELACIONADO A IMPLANTE VALVULAR AORTICO TRANSCATETER**

DR. ANDRÉS AGUILAR SILVA<sup>1</sup>, DRA. YOLOXÓCHITL GARCÍA JIMÉNEZ<sup>1</sup>, DRA. MARIANA HERNANDEZ BRAVO<sup>1</sup>, DR. ALFONSO SANCHEZ CARDEL<sup>1</sup>, DR GUSTAVO MORENO CASTILLO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, VERACRUZ, MÉXICO

Presentación E-Poster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Introducción:** TAVI (implantación de válvula aórtica transcáteter) se está convirtiendo en un procedimiento de rutina para tratar la estenosis aórtica sintomática grave. Se asocia con complicaciones observadas en el reemplazo de la válvula aórtica convencional, como alteraciones de la conducción, fuga paravalvular, accidente cerebrovascular, eventos vasculares, perforación ventricular y obstrucción coronaria. El pseudoaneurisma de la continuidad mitroaórtica es una complicación rara de la endocarditis de la válvula aórtica. La diseminación infecciosa al anillo valvular o al miocardio puede causar complicaciones sépticas que se manifiestan como engrosamiento de la pared, y el drenaje espontáneo del absceso conduce a la formación de un pseudoaneurisma. Reporte de caso: Paciente femenino de 82 años, antecedente de hipertensión arterial de 40 años de diagnóstico, dislipidemia, obesidad, alérgica a asa, doble lesión aórtica con predominio de estenosis crítica con avao de 0.8 cm2 e indexado 0.5 cm2/m2 sc con alto riesgo quirúrgico por lo que se aceptó para TAVI Corevalve Evolut #23, amerito implante de marcapasos definitivo por Bloqueo AV posterior a cirugía. En seguimiento perioperatorio presento fiebre a los 30 días iniciando protocolo de estudio realizando ecocardiograma sin documentar vegetaciones, trombos ni complicaciones, en hemocultivos posteriores se desarrollo pseudomona aeruginosa completo 7 días de vancomicina y 7 días de quinolona, sin embargo persistiendo con fiebre, se realizó ecocardiograma transesofágico documentando documentando en la región mitroaórtica intervalvular abombamiento sistólico compatible con pseudoaneurisma roto y absceso, realizando inyección de ecorrealizador evidenciando paso hacia la zona del pseudoaneurisma. Una pulsabilidad marcada fue detectada, con la lesion cavitaria expandiendo en sistole y colapsando en diástole. Con medidas de 1.2 x 0.6 cms, se abrió la cavidad a la TSVI a través de una dehiscencia fistulosa en la continuidad mitroaórtica. Con mala evolución, presentando falla orgánica múltiple y muerte. **Conclusion:** La endocarditis infecciosa relacionada con TAVI es un desafío diagnóstico; por lo tanto, se necesita un alto nivel de sospecha en pacientes con síntomas inusuales después de TAVI.



A. ABOMBAMIENTO SISTÓLICO EN SISTOLE EN EL TRONCO DE LA AORTA. B. FUGA DE FLUJO DE FISTULA ENTRE EL PSEUDOANEURISMA Y EL TRONCO DE LA AORTA. C. CÁMERA PSEUDOANEURISMÁTICA RECONSTRUIDA POR CONTRASTE CON FLUJO RESOLTO.

209

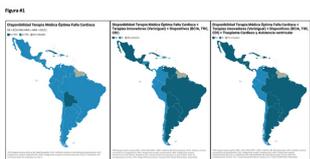
**OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA FALLA CARDIACA DISPONIBLES EN LATINOAMERICA Y EL CARIBE**

DR. FRANCISCO LUIS URIBE BURITICA<sup>1</sup>, DR. JUAN ESTEBAN GOMEZ-MESA<sup>1</sup>, DR VICTOR ROSSEL<sup>2</sup>, DR. FREDDY POW CHONG<sup>3</sup>, DR. JAIME VENTURA<sup>4</sup>, DR. EMILIO SAMAEI PERALTA<sup>5</sup>, DR. ALEXANDER ROMERO<sup>6</sup>, DR. WALTER ALARCO<sup>7</sup>, DRA. YOLANDA FIGUEROA<sup>8</sup>, DR. MARIO SPERANZA<sup>9</sup>

<sup>1</sup>FUNDACION VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA, <sup>2</sup>HOSPITAL DEL SALVADOR, SANTIAGO, CHILE, <sup>3</sup>HOSPITAL LUIS VERNAZA, GUAYAQUIL, ECUADOR, <sup>4</sup>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, SAN SALVADOR, EL SALVADOR, <sup>5</sup>HOSPITAL NACIONAL CARDIOPULMONAR, TEGUCIGALPA, HONDURAS, <sup>6</sup>HOSPITAL SANTO TOMAS, CIUDAD DE PANAMA, PANAMA, <sup>7</sup>INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR INCOR - ESSALUD, LIMA, PERÚ, <sup>8</sup>LEGACY MEDICAL CENTER, HUMACAO, PUERTO RICO, <sup>9</sup>HOSPITAL CLINICA BIBLICA, CIUDAD DE COSTA RICA, COSTA RICA

Presentación E-Poster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Introducción:** El manejo de la falla cardíaca (FC) comprende estrategias farmacológicas e intervenciones para controlar síntomas y aumentar la supervivida. Las guías de manejo actuales proporcionan recomendaciones acerca de estas estrategias, sin embargo, su disponibilidad puede estar limitada en diferentes regiones de Latinoamérica y el Caribe (LAmC). **Objetivo:** Evaluar la disponibilidad actual de las opciones para el manejo integral de la FC en LAmC. **Metodología:** El Consejo de Falla Cardíaca e Hipertensión Pulmonar (CIFACAH) de la Sociedad Interamericana de Cardiología (SAC) realizó una encuesta de acceso a las opciones de tratamiento para FC por países. Se encuestaron delegados de 21 países de LAmC que hacen parte de la SIAC, evaluando la disponibilidad de intervenciones farmacológicas, dispositivos y opciones quirúrgicas para el año 2023. **Resultados:** En cuanto a la terapia médica óptima (TMO), en el 100% de los países se encuentra al menos un beta bloqueador (bisoprolol), un inhibidor de enzima convertidora de angiotensina (enalapril), un antagonista de receptor de angiotensina (losartan) y un antagonista de receptor mineralocorticoide (espironolactona). Sin embargo, el inhibidor de neprilisina/receptor de antagonista (Sacubitril/Valsartan) y dos inhibidores del cotransportador de Sodio-Glucosa (SGLT2) (Dapagliflozina y Empagliflozina) se encuentran disponibles en el 90% de los países. La disponibilidad de ivabradina es del (100%), digoxina (100%) y vericiguat (52%), dobutamina (100%), milrinone (90%), levosimendan (62%) y nesiritide (14%) (Tabla #1). En cuanto a dispositivos, la disponibilidad de cardiosesforilador implantable (CDI) es del (100%), resincronizador cardíaco (TRC) (95%) y balón de contrapulsación intraaórtico (BCPIA) (81%), y de intervenciones quirúrgicas, terapia de circulación extracorpórea tipo ECMO (81%), asistencia ventricular como terapia puente a recuperación (diferente a ECMO) (38%), asistencia ventricular como terapia destino (14%) y trasplante cardíaco (62%) (Tabla #1). La disponibilidad de la TMO se encuentra disponible en el 90% de los países evaluados, mientras que la disponibilidad de TMO más terapias innovadoras (vericiguat) y dispositivos cardíacos (CDI, TRC y BCIA) es del 43%, y la disponibilidad de TMO, Vericiguat, dispositivos e intervenciones quirúrgicas (ECMO, asistencia ventricular y trasplante cardíaco) en el 19% de los países evaluados (Figura #1). **Conclusión:** En la mayoría de los países de LAmC se encuentra disponible la TMO con al menos 1 medicamento de cada grupo farmacológico. El acceso al tratamiento integral de FC (TMO, Vericiguat, dispositivos e intervenciones quirúrgicas) es menor. Las diferencias de acceso a las diferentes terapias de FC se deben a múltiples factores como limitaciones sociales, económicas y geográficas.



210

**CHANGES IN LEFT VENTRICULAR FUNCTION IN PATIENTS WITH AUTOIMMUNE INFLAMMATORY DISEASES**

DR. JOSÉ RAMÓN AZPIRI LÓPEZ<sup>1</sup>, DRA. IRIS JAZMÍN COLUNGA PEDRAZA<sup>1</sup>, DR. DIONICIO ÁNGEL GALARZA DELGADO<sup>1</sup>, DR. ANGEL GERARDO ARIAS PERALTA<sup>1</sup>, DR. VICTOR MANUEL BELTRÁN AGUILAR<sup>1</sup>, DRA. VALERIA GÓNZALEZ GÓNZALEZ<sup>1</sup>, DR. JESÚS ALBERTO CARDENAS DE LA GARZA<sup>1</sup>, DRA. ROSA ISELIA ARVIZU RIVERA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ E. GÓNZALEZ", MONTERREY, MÉXICO

Presentación E-Poster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Background:** Rheumatological diseases such as rheumatoid arthritis (RA), systemic lupus erythematosus (SLE), and psoriatic arthritis (PsA) increases the cardiovascular risk by the development of carotid plaque and a pro-inflammatory state that can affect the ventricular and atrial function of the heart. (1) **Objective:** To compare left ventricular systolic and diastolic function in patients with autoimmune inflammatory diseases as compared with healthy controls. **Methods:** Cross-sectional, observational, and comparative study. Patients included in the cohort were between 30–75 years old, fulfilling the 2006 Classification Criteria for PsA; patients between 40-75 years old who fulfilled 2010 ACR/EULAR criteria for RA; Patients older than 18 years old who fulfilled 2019 ACR/EULAR Criteria for SLE, and Controls. A transthoracic echocardiogram was performed by a certified cardiologist blinded to clinical data. Normality was assessed by the Kolmogorov-Smirnov test and the Kruskal-Wallis test for the comparison between groups. P value <0.05 was considered significant. **Results:** 186 patients were included in the study, of which 75 were RA patients, 48 were SLE patients, 23 were PsA patients, and 40 were healthy controls. Most of the patients were women (146); the most common comorbidities were hypertension (36%, 20.8%, and 17.5% in the RA, SLE, and Control groups, respectively); and dyslipidemia (73.9%) in the PsA group. Echocardiographic findings are shown in Table 1. **Conclusion:** Left ventricular systolic and diastolic function changes in the rheumatic population, especially RA, SLE, and PsA, are higher in comparison with healthy people and affect the prognosis in these patients, those changes can be detected by echocardiogram, which is a feasible and safe tool that may prevent complications and improve the prognosis with an early detection and management of this cardiac involvement.

References:

1. Mahtta D, Gupta A, Ramsey DJ, Rifai MA, Mehta A, Krittanawong C, et al. Autoimmune Rheumatic Diseases and Premature Atherosclerotic Cardiovascular Disease: An Analysis From the VITAL Registry. The American Journal of Medicine. 2020 Dec;133(12):1424-1432.e1.

Variable	RA	SLE	PsA	Controls
Edad (años)	54.2 ± 12.1	52.8 ± 11.5	51.5 ± 10.8	53.1 ± 11.2
Sexo (Femenino)	146 (75%)	138 (72%)	125 (65%)	140 (73%)
HTA	36 (20.8%)	28 (14.6%)	31 (16.3%)	25 (13.2%)
DLP	73.9%	73.9%	73.9%	73.9%



215

**IDENTIFICATION OF TRIGGERS IN PATIENTS WITH INAPPROPRIATE SINUS TACHYCARDIA**

DR. MARCIO STURMER<sup>1</sup>, DR ALEXIOS HADJIS<sup>1</sup>, DR MAXIME CERANTOLA<sup>1</sup>, DR GIULIANO BECKER<sup>1</sup>, DR LEILA LAROUSSE<sup>1</sup>, DR TERESA KUS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MONTREAL UNIVERSITY; SACRE-COEUR HOSPITAL, MONTREAL, CANADA

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15  
**Introducción:** Inappropriate sinus tachycardia (IST) is an often unrecognized condition that is characterized by a heart rate at rest higher than 100 bpm and an average of more than a 90 bpm on a 24h holter, with no evident reason. Auto-antibodies have been recently identified in up to 60% of patients with IST. They can either change the autonomic balance or directly stimulate the sinus node. **Objective:** Our objective in the present study was to evaluate IST patients for events that triggered the beginning of symptoms and increase in heart rates, when previous data was available. **Materials and Methods:** We studied 21 consecutive patients (19 women, 33.8±8.6 years old) referred to our clinic for evaluation and treatment of IST. Their histories and previous ECGs were analyzed. **Results:** The presenting ECG showed a heart rate of 114±12 bpm and the average 24h rate was 99.6±10.7 bpm. Antibody related triggers were identified in 14 patients (67%). Infections were the most frequent type of event (8 cases, including 3 post-COVID). Other interesting triggers were pregnancies (in 2 patients) and systemic inflammatory conditions (2 patients). Although a causality cannot be confirmed, there was a clear temporal association between the triggers and the increase in heart rates and beginning of symptoms. **Discussion:** The identification of triggers responsible for IST can help us to better evaluate its causes and mediators. This is a first step that can lead to the development of more specific and physiologic treatments for this challenging condition.

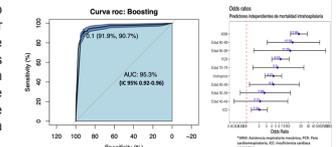
216

**MODELO BASADO EN APRENDIZAJE AUTOMÁTICO PARA LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST (SCACEST)**

DR. JOAQUIN PEREA<sup>1</sup>, DRA. SOFIA MARIA CORZO<sup>1</sup>, DRA. EVELIN ANABELLA FIORI<sup>1</sup>, DR. JUAN PABLO MANSILLA<sup>1</sup>, DRA. CANDELARIA RAMOS<sup>1</sup>, DRA. ELENA VARGAS PARRAGA<sup>1</sup>, DR. HERALDO D'IMPERIO<sup>2</sup>, DRA. YANINA CASTILLO COSTA<sup>3</sup>, DRA. ORNELLA PACCE<sup>1</sup>, DR. RICARDO ALFREDO VILLARREAL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO GUEMES, BS AS, ARGENTINA, <sup>2</sup>HOSPITAL EL CRUCE, ARGENTINA, <sup>3</sup>CLINICA SANTA ISABEL, BS AS, ARGENTINA

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15  
**Introducción:** La mortalidad intrahospitalaria del SCACEST está influida por la edad avanzada, la clase Killip y diversos factores de riesgo asociados. **Objetivo:** El objetivo del presente trabajo es analizar y confeccionar un modelo de predicción de mortalidad intrahospitalaria. **Metodología:** Estudio retrospectivo de la base de datos del Registro continuo de Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del ST de la República Argentina (ARGEN IAM). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de SCACEST. Se analizaron las características clínicas y los eventos intrahospitalarios. Se utilizó la estadística habitual descriptiva. Se utilizaron diversos algoritmos de Machine Learning para generar modelos de clasificación, cuyo desempeño fue comparado a través de curvas ROC. Se utilizó el software Rstudio y se consideró significativo un valor de p <0.05. **Resultados:** De los 6122 sujetos iniciales, se descartaron 624 quedando para el análisis final 5498 sujetos. El 38% eran de sexo femenino, con un promedio de edad de 61 años. La mortalidad intrahospitalaria fue del 8,7% (n=476). Los pacientes con el outcome eran más añosos, presentaban mayor frecuencia de sexo femenino, diabetes, hipertensión arterial. La estrategia de revascularización en la gran mayoría de los pacientes (92%) fue la angioplastia primaria. En cuanto al Killip Kimball de ingreso observamos una mayor presentación de Killip B, C y D a favor de los que presentaban el evento de mortalidad (p < 0.001). Mayor prevalencia de paro cardiorrespiratorio (3.5% vs 50.8%, p <0.001), asistencia respiratoria mecánica (3.7% vs 74%, p <0.001) y complicaciones mecánicas (0.6% vs 10.7%, p <0.001) en el grupo del outcome principal. Luego del proceso de selección de variables, las que se comportaron como predictores independientes fueron: Edad, inotrópicos, icc, paro cardiorrespiratorio y asistencia respiratoria mecánica. Las mismas fueron incluidas en 4 algoritmos de Machine Learning (Bagging, Regresión Logística, Random Forest y Boosting) y comparados a través de curvas ROC. El modelo generado a través de Boosting presentó el mejor desempeño con un área bajo la curva ROC de 95,3% (IC 95% 0.92-0.96), sensibilidad y especificidad del 75 y 97%. Con el objetivo de minimizar el error de clasificación, se buscó el mejor punto de corte en la curva ROC para maximizar la sensibilidad y especificidad, la cual fue de 90 y 91%. **Conclusiones:** Entre los pacientes con SCACEST se generó un modelo multivariable de clasificación que presenta un excelente desempeño. Este modelo debería ser validado en una nueva cohorte de pacientes.



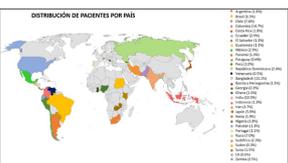
217

**ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y COVID 19: RESULTADOS DE LOS REGISTROS CARDIO COVID 19-20 Y WORLD HEART FEDERATION COVID-19**

DR. JUAN ESTEBAN GOMEZ MESA<sup>1,2,3</sup>, DRA. MANUELA ESCALANTE FORERO<sup>1,2</sup>, DR. FRANCISCO URIBE BURITICA<sup>1</sup>, DR. JUAN MANUEL MONTERO<sup>1,2</sup>, DRA. PAULA ANDREA CARDENAS MARIN<sup>1,3</sup>, DR. MARIO SPERANZA<sup>4</sup>, DR. ALEXANDER ROMERO<sup>5</sup>, DR. PABLO PEREL<sup>6</sup>, DRA. DORAIRAJ PRABHAKARAN<sup>7</sup>, DRA. KAREN SLIWA<sup>8</sup>

<sup>1</sup>FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA, <sup>2</sup>CENTRO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA, <sup>3</sup>UNIVERSIDAD ICESI, CALI, COLOMBIA, <sup>4</sup>HOSPITAL CLÍNICA BÍBLICA, COSTA RICA, <sup>5</sup>HOSPITAL SANTO TOMÁS, PANAMÁ, <sup>6</sup>DEPARTMENT OF NON-COMMUNICABLE DISEASE EPIDEMIOLOGY LONDON SCHOOL OF HYGIENE & TROPICAL MEDICINE, WORLD HEART FEDERATION, SUÍZA, <sup>7</sup>PUBLIC HEALTH FOUNDATION INDIA, CENTRE FOR CHRONIC DISEASE CONTROL, WORLD HEART FEDERATION, LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE, REINO UNIDO, <sup>8</sup>CAPE HEART INSTITUTE, DEPARTMENT OF MEDICINE AND CARDIOLOGY, GROOTE SCHUUR HOSPITAL, FACULTY OF HEALTH SCIENCES, SUDÁFRICA

Presentación trabajos libres para premio, Hub Innovación, junio 7, 2023, 9:00 - 11:00  
**Introducción:** La infección por SARS-CoV2 se ha convertido en un reto a nivel mundial desde el punto de vista social, económico y científico. La principal manifestación es el compromiso respiratorio, sin embargo, puede asociarse con complicaciones cardíacas en un 8-12% de los pacientes. **Metodología:** Estudio donde se integraron dos registros de pacientes con infección por SARS-CoV2: CARDIOCOVID 19-20 en Latinoamérica (LATAM) y World Heart Federation (WHF) COVID-19 en todo el mundo. Ambos estudios son observacionales, descriptivos, multicéntricos, prospectivos, e incluyeron pacientes mayores de 18 años, que requirieron manejo intrahospitalario por COVID-19. CARDIOCOVID 19-20 reclutó 3.260 pacientes de 44 instituciones de 14 países de LATAM, mientras que WHF COVID-19 reclutó 5.313 pacientes de 40 instituciones de 23 países a nivel mundial. De los 5 países de LATAM que participaron en ambos registros (Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México), se incluyó la información del registro que tenía mayor cantidad de pacientes reclutados para cada uno de estos países. **Resultados:** De los 8.573 pacientes incluidos en ambos registros, quedaron para el análisis 8.045 pacientes de 32 países, de los cuales 43% eran de América, 33.8% de Asia, 11.4% de África y 11.7% de Europa (Figura 1). De la población analizada, la mediana de edad era 59 años y 60.9% eran de género masculino. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (48.7%) y diabetes mellitus (30.1%). Dentro de las complicaciones cardiovasculares se encontró principalmente arritmias cardíacas (5.6%), falla cardíaca descompensada (5.5%) y tromboembolismo pulmonar (2.8%). El 39.3% requirió manejo en cuidado intensivo y 16.9% ventilación mecánica invasiva. La mortalidad intrahospitalaria fue del 17.7%, y la mortalidad a los 30 días después del alta hospitalaria fue del 2.8%, siendo la muerte de causa cardiovascular se presentó en el 54.4% de los casos (Tabla 1). **Conclusión:** La integración de dos registros poblacionales (LATAM y resto del mundo) de pacientes hospitalizados con COVID-19 nos permite más información del compromiso cardiovascular asociado a esta patología a nivel global. Las arritmias cardíacas y la falla cardíaca son las complicaciones más frecuentes de esta pandemia a nivel mundial. Mas de una tercera parte de los pacientes llegaron a requerir manejo en cuidado intensivo y una quinta parte de la población afectada falleció dentro del hospital o al mes después del egreso hospitalario, principalmente por causas cardiovasculares. Análisis posteriores buscarán identificar factores relacionados con esta elevada mortalidad, al tener en consideración datos demográficos, comorbilidades, desenlaces y zonas geográficas.



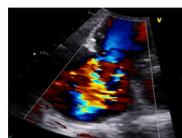
218

**ROTURA MÚSCULO PAPILAR CON INSUFICIENCIA MASIVA VÁLVULA TRICÚSPIDE SECUNDARIA A TRAUMATISMO TORÁCICO CERRADO**

DR. DANIEL MONTERO FARIAS<sup>1</sup>, DR. EDUARDO MACÍAS PRADO<sup>1</sup>, DR. OMAR MEDINA CAMPUZANO<sup>1</sup>, DR. JOEL MORENO HONAIDE<sup>1</sup>, DRA. SARA PERALTA MERELO<sup>1</sup>, DRA. MARIA JOSÉ CEDEÑO ZAMBRANO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL LUIS VERNAZA, GUAYAQUIL, ECUADOR

Presentación E-Póster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00  
**Antecedentes** El trauma cardíaco (TC) relacionado con accidentes de tránsito y agresiones, constituye una de las primeras causas de mortalidad en los países desarrollados y en vía de desarrollo, pudiendo conducir a lesiones valvulares severas siendo muy infrecuente la insuficiencia tricúspide (IT) con alrededor del 1%. **Caso Clínico** Paciente de 50 años de edad sin antecedentes cardíacos, sufre accidente de tránsito, al estar conduciendo una motocicleta, impactado por automóvil, presentando trauma cerrado de tórax, insuficiencia respiratoria con necesidad de manejo de vía aérea, presenta fractura segunda a novena costilla de lado izquierdo y quinto al séptimo arco costal anterior derecho, hemotórax izquierdo, contusiones pulmonares además signos de contusión cardíaca, troponinas (1800 ng/l), con un péptido natriurético (4114 pg/ml). En unidad coronaria por persistencia de bajo gasto cardíaco, se realiza nuevo ecocardiograma en donde se detecta insuficiencia tricúspide masiva por prolapso y flail de velo anterior secundario a rotura del músculo papilar, inversión de flujo sistólico en vena suprahepática, función ventricular derecha dentro del límite de a normalidad. Se decide manejo clínico inicial, pasado 1 mes se realiza nuevo control ecocardiográfico en donde muestra alteración en los valores de función de ventrículo derecho (Diámetros: 6.2/5.6/7.0 cm (basal/medio/long, onda S : 10 m/s; TAPSE: 1.3). A los 15 días paciente presenta deterioro de su clase funcional y se decide reparación quirúrgica. Se interviene mediante toracotomía, se realiza anuloplastia mas reparación valvular, reemplante de cabeza de papilar, con adecuada recuperación posquirúrgica, ecocardiograma de control reportó IT leve, inicialmente manteniendo patrones de función ventricular derecha similares a las prequirúrgicas, con mejoría significativa en los siguientes controles. **Discusión** Tradicionalmente la IT es considerada una condición benigna e infradiagnosticada ya que los síntomas se presentan tardíamente (dilatación VD, hipertensión pulmonar), por lo mismo el tratamiento suele ser tardío, existe discordancia para decidir en que momento se realiza la cirugía, a esta demora se le ha atribuido una elevación en las tasas de mortalidad llegando de un 10 a 15%. Las estrategias pueden ir desde reparación mas anuloplastia o reemplazo valvular siendo de elección en IT primaria prótesis biológicas disminuyendo el riesgo de trombos, con una tasa de éxito en más de 72%. Por lo tanto pensamos que es prioritario definir criterios claros y precoces para la intervención quirúrgica, con el fin de evitar disfunción VD y por ende aumento de la morbimortalidad.



219

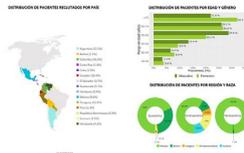
**REGISTRO AMERICANO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA AMBULATORIA O AGUDAMENTE DESCOMPENSADA (AMERICCAASS): PRIMEROS 1.000 PACIENTES**

DR. JUAN ESTEBAN GÓMEZ MESA<sup>1,2,3</sup>, DRA. JULIANA MARÍA GUTIÉRREZ POSSO<sup>1,2</sup>, DRA. PAULA ANDREA CÁRDENAS MARÍN<sup>1,3</sup>, DR. BRAYAN DANIEL CÓRDOBA MELO<sup>1,2</sup>, DRA. MANUELA ESCALANTE FORERO<sup>1,2</sup>, DR. ALEXANDER ROMERO GUERRA<sup>4</sup>, DRA. AMADA ÁLVAREZ SANGABRIEL<sup>5</sup>, DR. EDUARDO PERNA<sup>6</sup>, DR. DANIEL QUESADA CHÁVEZ<sup>7</sup>, DR. MARIO SPERANZA<sup>8</sup>

<sup>1</sup>DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA, <sup>2</sup>CENTRO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS, FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA, <sup>3</sup>UNIVERSIDAD ICESI, CALI, COLOMBIA, <sup>4</sup>HOSPITAL SANTO TOMÁS, CIUDAD DE PANAMÁ, PANAMÁ, <sup>5</sup>INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO, <sup>6</sup>INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE CORRIENTES J. F. CABRAL, CORRIENTES, ARGENTINA, <sup>7</sup>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, HEREDIA, COSTA RICA, <sup>8</sup>HOSPITAL CLÍNICA BÍBLICA, SAN JOSÉ, COSTA RICA

Presentación E-Póster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca (IC) constituye un problema de salud pública mundial. Se estima para el 2030 una prevalencia de más de 8 millones de personas. Alrededor del 80% de las enfermedades cardiovasculares ocurren en países de bajos ingresos y en vía de desarrollo y la mayoría de los estudios clínicos y registros multicéntricos se realizan en países desarrollados. Por las condiciones de la mayoría de los países en Latinoamérica, no siempre es posible extrapolar dicha información. **Objetivo:** Describir las características sociodemográficas, comorbilidades, características de IC, presentación clínica y manejo farmacológico de los primeros 1.000 pacientes incluidos en el Registro AMERICCAASS. **Métodos:** Registro descriptivo, observacional, prospectivo y multicéntrico, en el que se incluyen pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de IC en contexto hospitalario o ambulatorio. La información recopilada es almacenada en la plataforma electrónica REDCap. Se realizó un análisis univariado, donde las variables cualitativas se expresan en frecuencia y porcentaje. Se determinó la normalidad de las variables cuantitativas mediante la prueba de Shapiro Wilk y de acuerdo a esto se expresaron en mediana y rango intercuartílico. **Resultados:** Se incluyeron los primeros 1.000 pacientes reclutados, representando 43 instituciones de 15 países del continente americano. La mediana de edad fue 66 años (RIC 56.7-75.4), 63.5% eran hombres y 68.8% eran mestizos. La principal comorbilidad fue hipertensión arterial (65.3%) y la principal etiología fue isquémica (37.1%). Más de la mitad de los pacientes (62.7%) tenían fracción de eyección reducida (FEVI <40% o levemente reducida (FEVI 40%-50%). La primera causa de descompensación fue progresión de IC (64.4%) y el perfil hemodinámico predominante al momento de hospitalización fue caliente - húmedo (68.3%). El uso de medicamentos incluidos en los 4 pilares farmacológicos incluía BB (70.7%), IECA/ARA II/ARNI (77.4%), ARM (56.8%) e ISGLT2 (30.7%). **Conclusiones:** AMERICCAASS es el primer registro continental que incluye pacientes con IC hospitalizados o ambulatorios. Los datos de los primeros 1000 pacientes reclutados muestran que la principal comorbilidad y etiología son similares a las reportadas en registros de otras partes del mundo. En cuanto a la terapia médica óptima (TMO), aproximadamente una cuarta parte de los pacientes no reciben BB y/o IECA/ARA/ARNI, menos de la mitad no reciben ARM y más de dos tercios no reciben ISGLT2. Análisis posteriores permitirán identificar características de los pacientes de Latinoamérica, incluyendo datos clínicos, imagenológicos y relacionados con la TMO recomendada en las guías internacionales de diagnóstico y manejo de IC.



220

**LA IMPORTANCIA DE LA ALTA SOSPECHA DIAGNÓSTICA EN EL PACIENTE CON SÍNCOPE**

DR. CARLOS GUAMÁN VALDIVIESO<sup>1</sup>, DR. GUSTAVO TORTAJADA<sup>1</sup>, DR. OSCAR PEDEMONTE<sup>1</sup>, DR. GABRIEL PARMA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, SANATORIO HOSPITAL EVANGÉLICO, MONTEVIDEO, URUGUAY

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes** El síncope se define como la pérdida transitoria del conocimiento de aparición brusca, corta duración y resolución espontánea, debida a hipoperfusión cerebral temporal. Sus causas pueden ser neuro mediadas, hipotensión ortostática, o de origen cardiovascular. **Descripción del caso** SM, 78 años. Exfumador. Dislipémico. Antecedente de cáncer de vejiga hace 17 años, recibió quimioterapia y resección quirúrgica, con remisión total. Consulta en emergencia por pérdida transitoria del conocimiento mientras se encontraba en reposo, sin pródromos, con recuperación ad integrum. Niega disnea o dolor torácico. Se realiza ECG sin alteraciones (Figura 1, A). Durante evaluación presenta nuevo síncope con recuperación ad integrum. Se realiza nuevo ECG que evidencia taicardia sinusal + bloque completo de rama derecha (BCRD) + patrón S1Q3T3 + elevación del segmento ST en aVR, V1 y V2 (Figura 1, B). Se re interroga, niega nuevos síntomas. Se realiza ETT: D-shape sistólico, cavidades derechas dilatadas con función sistólica del VD conservada. Con planteo de tromboembolia pulmonar (TEP) se solicita angiografía, confirmando el diagnóstico (Figura 2). Se inicia anticoagulación. La evolución posterior es favorable. **Discusión** El TEP está dentro de los diagnósticos diferenciales de síncope. Según diversas series en la práctica es raramente considerada como una causa posible. El síncope en el contexto de TEP usualmente ocurre por la obstrucción súbita de la región proximal de la arteria pulmonar, llevando a la disminución transitoria del gasto cardíaco, como posiblemente ocurrió en el paciente presentado dado el hallazgo de trombo en silla de montar. En 15%-25% de los pacientes se puede encontrar un ECG completamente normal. Los hallazgos más frecuentes en el ECG son: taicardia sinusal, patrón S1Q3T3, BCRD y elevación del segmento ST en aVR y en V1 acompañado de infradesnivel en DI y en V4-V6, elementos que orientan a sobrecarga de presión del VD y que se han asociado con mayor riesgo de deterioro clínico y mortalidad a los 30 días. No es frecuente captar la variación electrocardiográfica asociada a la clínica como en el paciente presentado, en quien los cambios en el ECG permitieron orientar el diagnóstico y el correcto tratamiento posterior. El síncope se presenta en 5%-6% de los casos de TEP, por lo que se destaca la importancia de mantener la alta sospecha diagnóstica y la utilidad del ECG seriado.



Figura 2. Angiografía evidenció imágenes hipodensas a nivel de la bifurcación de la arteria pulmonar dentro de la cual se evidenció un trombo en silla de montar y segmentario. Trombo en silla de montar con posible de artefacto pulmonar a la punta coronal (cabeza de flecha).

221

**INSUFICIENCIA MITRAL PRIMARIA. EL ROL DE LA EVALUACIÓN TRIDIMENSIONAL**

DR. CARLOS GUAMÁN VALDIVIESO<sup>1</sup>, DRA. NATALIA LLUBERAS<sup>1</sup>, DRA. JULIA ARAMBURU<sup>1</sup>, DR. GABRIEL PARMA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CARDIOCENTRO - ASOCIACIÓN ESPAÑOLA, MONTEVIDEO, URUGUAY

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes** La válvula mitral es parte de un complejo formado por: anillo, valvas, cuerdas tendinosas y músculos papilares. Para su correcto funcionamiento se requiere la participación armónica de todos los componentes. La lesión en uno de sus integrantes es el determinante de la aparición de una valvulopatía, siendo la enfermedad degenerativa la principal causa de insuficiencia mitral. La correcta determinación del mecanismo causal tiene un rol primordial para definir la conducta terapéutica. **Presentación de caso** SM, 84 años. Autoválido. Buen medio de relación. Antecedente: FA permanente anticoagulada con apixabán y control de frecuencia cardíaca con bisoprolol. Consulta por historia de 1 semana de evolución de disnea de esfuerzo CF-NYHA II, acompañada de ortopnea, niega disnea paroxística nocturna. Se realiza ETT que evidencia FEVI 53%, ventrículo izquierdo dilatado con hipertrofia excéntrica, válvula mitral engrosada con insuficiencia de grado severo con jet excéntrico. Para definir el mecanismo de insuficiencia se realiza ETE 3D, mediante el cual se visualiza: prolapso de la comisura anterolateral (Figura 1). Se realiza tratamiento fisiopatológico de insuficiencia cardíaca. En conjunto con el paciente se decide resolución quirúrgica de la valvulopatía. Angiografía coronaria preoperatoria sin lesiones significativas. Se realiza plastia de la válvula mitral. Evolución clínicamente favorable hasta la actualidad. **Discusión** El prolapso comisural es una forma infrecuente de prolapso de la válvula mitral. Cuando se presenta usualmente afecta la comisura posteromedial. Su diagnóstico es difícil con el uso de la ecocardiografía 2D, siendo alcanzado solo en 30-40% de los casos, dado que puede simular la perforación de una valva. La definición del mecanismo mediante ecocardiografía 3D, con una evaluación minuciosa de las valvas, las cuerdas tendinosas y los músculos papilares juega un rol primordial en la evaluación preoperatoria para definir la técnica quirúrgica. En el paciente presentado se encontró una presentación infrecuente de un mecanismo poco frecuente de insuficiencia mitral, la cual pudo ser resuelta mediante plastia valvular, método que ha demostrado menor mortalidad quirúrgica y buenos resultados a largo plazo.

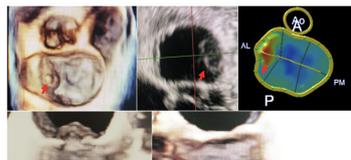


Figura 1. Mediante ecocardiografía tridimensional es posible visualizar y localizar el prolapso en la comisura anterolateral (flecha roja en imágenes superiores). En las imágenes inferiores se evidencia la "válvula mitral desde la comisura anterolateral (a la izquierda) y desde la comisura posteromedial (a la derecha).

222

**VAGAL ATRIAL FIBRILLATION ORIGINATING FROM THE SUPERIOR VENA CAVA: A CASE REPORT**

DRA. MARIANNE TÉTREAU LANGLOIS<sup>1</sup>, DR ALEXIOS EVANGELOS HADJIS<sup>2</sup>, DR MAXIME CERANTOLA<sup>2</sup>, DR GIULIANO BECKER<sup>2</sup>, DR MARCIO STURMER<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL, MONTREAL, CANADA, <sup>2</sup>MONTREAL SACRED HEART HOSPITAL, MONTREAL, CANADA

Presentación E-Póster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Background** Atrial fibrillation (AF) is the most common sustained arrhythmia with an estimated prevalence of 1-2%. It is most prevalent in older people, but younger adults (< 45 years old) may also be affected. The autonomic system has been shown to play a role in initiating and maintaining AF and enhanced parasympathetic tone may be responsible for cases of paroxysmal AF, also referred to as "vagal AF". This phenomenon occurs more often in younger, male patients (30-50 years old) with structurally normal hearts. Pulmonary vein isolation (PVI) by catheter ablation is a well-established treatment for symptomatic AF. However, patients with vagal AF may not respond as well to PVI and other foci of ectopy have been proposed and studied as complementary ablation targets. Here we discuss the case of a young patient with vagal atrial fibrillation that originated in the superior vena cava (SVC). **Case description** A 43-year-old male with symptomatic paroxysmal AF had undergone PVI in 2013. In 2015, he had symptomatic recurrence and was referred to a repeat ablation. Mapping showed reconnection of the right inferior pulmonary vein, which was re-isolated at this time. In 2020, he began presenting symptoms again, reportedly every time he had hot yoga sessions. He was brought back to our lab in February 2021 for mapping and ablation. Mapping confirmed isolation of pulmonary veins. High dose isoproterenol infusion and electrical stimulation both failed to induce AF at that moment. Given the history of worsening symptoms during hot yoga sessions, we reproduced vagal stimulus with a neostigmine bolus. Administration of neostigmine successfully triggered AF, with an origin located in the superior region of the right atrium. SVC was electrically isolated after sinus node mapping with careful avoidance of the prencic nerve. The patient has not had symptomatic recurrence since the procedure, despite frequently practicing hot yoga. **Discussion** This case highlights the importance of gathering precise patient history in relation to AF triggers to reproduce those extra-pulmonary triggers during EP study. Here, inducing a vagal stimulus allowed us to find the origin of the arrhythmia. This also demonstrates that SVC can be an origin of AF, especially vagal paroxysmal AF, and catheter ablation of this site may lead to symptom relief and better rhythm control.

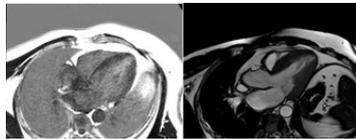
223

**UTILIDAD DIAGNOSTICA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA EN PACIENTES CON CHAGAS CRÓNICO EN ETAPA TEMPRANA. REPORTE DE UN CASO**

DR. ARGENIS GAMBOA<sup>1</sup>, DRA SOFIA BICAIS, DR LUIS MUTTI, TEC ARNALDO MARTINEZ, TEC MERCEDEZ GARCIA LOCHOCKI

<sup>1</sup>HOSPITAL DR ALBERTO DUHAU, CABA, ARGENTINA

Presentación E-Poster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00  
 Paciente masculino de 47 años. En control médico se solicita rutina con serología para Chagas por epidemiología positiva. Serología por Elisa: IFI y HAI positivos. Electrocardiograma (ECG): Ritmo Sinusal, conducción AV conservada. PQ 170 mseg. Hemibloqueo anterior izquierdo (HBAI). Ecocardiograma doppler: Hipoquinisia leve apical. Fey estimada 60%. RMN cardiaca. Ventrículo izquierdo (VI) de morfología y tamaño conservado. Adelgazamiento apical. VI con disquinisia apical (Aneurisma). Hipoquinisia leve inferolateral. Función sistólica global 59%. VI con captación tardía de gadolinio subendocárdico e intramiocárdico apical y subepicárdico inferolateral basal. Realce (+). VD con función global conservada, realce (-). El aneurisma cardiaco apical (AP) en la enfermedad de Chagas es una anomalía observada en el VI de pacientes chagásicos crónicos. El AP puede estar presente en 8,5% de individuos en etapas tempranas hasta el 55% en pacientes en fase avanzada resultando más del 80% detectadas en VI. Es detectable en todas las fases de la enfermedad y pareciera ser independiente de muchas variables incluyendo la función ventricular cardiaca global. El ECG es útil en la estadificación y predicción pronóstica. Los cambios en el ECG preceden a disfunción sistólica. El bloqueo de rama derecha y HBAI son signos distintivos junto a las alteraciones de la conducción AV. La ecocardiografía doppler ha permitido la identificación de AP en VI en individuos con infección inaparente por T. cruzi con una sensibilidad cercana al 80% pero disminuye cuando se trata de AP pequeños. El resultado del ecocardiograma puede variar desde ser "normal" a un compromiso global en etapas avanzadas. Las alteraciones segmentarias de la contractilidad están presentes en la mayoría de los estadios de la cardiomiopatía chagásica como un signo de compromiso del ápex del VI y de los segmentos basales de las paredes inferolateral y lateral. El deterioro aislado de la función sistólica del VD es raro y normalmente la disfunción sistólica del VI precede la disfunción derecha. La RMN es importante por su capacidad para detectar edema y fibrosis. El realce epicárdico, es más común en el segmento basal de la pared inferolateral y es una marca de la enfermedad. La fibrosis endomiocárdica puede ser encontrada hasta en un 8% de pacientes con serología positiva con ECG y ecocardiograma normal sugiriendo que la RMN podría ser el estándar de oro para reconocer el inicio de la enfermedad.



224

**ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y COVID 19: DIFERENCIAS ENTRE LATINOAMÉRICA Y EL RESTO DEL MUNDO**

DR. DAVID PANTOJA<sup>1,2</sup>, DR. J.E. GOMEZ MESA<sup>1,2,3</sup>, DRA. P.A. CÁRDENAS MARÍN<sup>3</sup>, DRA. M. ESCALANTE<sup>1,2</sup>, DR. P. PABLO<sup>4</sup>, DR. P. DORAIRAJ<sup>5</sup>, DRA. S. KAREN<sup>6</sup>, DR. W. ALARCO<sup>7</sup>, DR. V. ROSSEL<sup>1</sup>, DR. E. PERNA<sup>9</sup>

<sup>1</sup>DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA, <sup>2</sup>CENTRO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS, FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA, <sup>3</sup>UNIVERSIDAD ICESI, CALI, COLOMBIA, <sup>4</sup>DEPARTMENT OF NON-COMMUNICABLE DISEASE EPIDEMIOLOGY, LONDON SCHOOL OF HYGIENE & TROPICAL MEDICINE, WORLD HEART FEDERATION, GINEBRA, SUIZA, <sup>5</sup>PUBLIC HEALTH FOUNDATION INDIA, CENTRE FOR CHRONIC DISEASE CONTROL, WORLD HEART FEDERATION, LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE, LONDRES, REINO UNIDO, <sup>6</sup>CAPE HEART INSTITUTE, DEPARTMENT OF MEDICINE AND RADIOLOGY, GROOTE SCHUIJR HOSPITAL, FACULTY OF HEALTH SCIENCES, CAPE TOWN, SUDÁFRICA, <sup>7</sup>INSTITUTO NACIONAL CARDIOVASCULAR INCOR – ESSALUD, LIMA, PERÚ, <sup>8</sup>HOSPITAL DEL SANTIAGO, SANTIAGO, CHILE, SANTIAGO, CHILE, <sup>9</sup>INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA J.F. CABRAL, CORRIENTES, ARGENTINA, CORRIENTES, ARGENTINA

Presentación E-Poster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15  
**Introducción:** La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) se asocia con una alta mortalidad en pacientes hospitalizados alrededor del mundo. Existe poca información acerca de las características de estos pacientes en Latinoamérica (LATAM) comparado con otros países. **Objetivo:** Describir y comparar los factores de riesgo cardiovascular, comorbilidades, manifestaciones y desenlaces clínicos en pacientes hospitalizados con COVID-19 entre los pacientes de LATAM y del resto del mundo. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, multicéntrico donde se integraron dos registros de pacientes con infección por SARS-CoV-2: CARDIO COVID 19-20 en Latinoamérica (LATAM) y World Heart Federation (WHF) COVID-19 en todo el mundo. Ambos estudios son observacionales, descriptivos, multicéntricos, prospectivos, que incluyeron pacientes mayores de 18 años, con una prueba serológica positiva para COVID-19 y que requirieron manejo intrahospitalario. CARDIO COVID 19-20 reclutó 3,260 pacientes de 44 instituciones de 14 países de LATAM entre el 01 de mayo del 2020 y el 30 de junio del 2021, mientras que WHF COVID-19 reclutó 5,313 pacientes de 40 instituciones de 23 países a nivel mundial entre el 06 de junio del 2020 y el 15 de setiembre del 2021. **Resultados:** Se incluyeron 8,045 pacientes de 84 hospitales en 32 países, de los cuales 3,414 (42.2%) representaban 14 países de LATAM y 4361 (57.6%) representaban a 16 países del resto del mundo (Figura 1) (Tabla 1). Al ingreso, la presentación clínica para ambos grupos fue similar, pero en LATAM hubo significativamente mayor prevalencia de disnea (74.8% vs 61.0%, p < 0.001) y desaturación (91% vs 95%, p < 0.001). La población de LATAM presentó un porcentaje mayor de comorbilidades y una mayor alteración de biomarcadores, los cuales se asocian a severidad, inflamación e injuria miocárdica. Como consecuencia de esto, muy seguramente, presentaron un mayor número de complicaciones cardiovasculares, y una mayor mortalidad hospitalaria, en comparación con la población del resto del mundo (Tabla 2). De los 5 países de LATAM, se incluyó solo la información del registro que tiene mayor cantidad de pacientes reclutados para cada uno de estos países. **Conclusiones:** La población de LATAM con COVID-19 que requiere manejo hospitalario tiene más comorbilidades que la población de otras regiones del mundo. Esta población presenta también mayor alteración de biomarcadores y más complicaciones cardiovasculares, resultando en una mayor mortalidad hospitalaria. A partir de estos hallazgos, debemos evaluar si estas grandes diferencias entre LATAM y el resto del mundo se mantienen al comparar entre continentes (Europa, Asia y África).

Tabla 1. Características demográficas y comorbilidades

	LATAM	Resto del mundo
Características demográficas		
Número de pacientes (N)	3414 (42.2%)	4631 (57.6%)
Mediana edad (años)	61.0% (IQR)	59.0% (IQR)
Sexo masculino	65.2%	53.0%
Etnicidad		
Latinoamericana	99.2%	0.0%
Europea	0.0%	99.2%
Asiática	0.0%	0.0%
Océánica	0.0%	0.0%
África	0.0%	0.0%
Indígena	0.0%	0.0%
Comorbilidades		
HTA	73.0%	65.0%
Diabetes mellitus	23.0%	19.0%
Dislipidemia	4.0%	0.0%
Enfermedad renal crónica	0.0%	0.0%

225

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA A HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

DR. JOHN SALTO GONZÁLEZ<sup>1,2</sup>, DR. VLADIMIR ULLAURI SOLÓRZANO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL METROPOLITANO, QUITO, ECUADOR, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR, QUITO, ECUADOR

Presentación E-Poster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00  
**Antecedentes** La hipertensión arterial sistémica es uno de los factores de riesgo más destacados de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, representa el 45% de las muertes por enfermedad cardiaca y el 51% por accidente cerebrovascular. **Caso clínico** Mujer de 45 años con antecedentes de hipertensión arterial resistente por 5 años en tratamiento con olmesartán/hidroclorotiazida 40mg/12.5mg, nebivolol 5mg, espironolactona 25mg, doxazosina 4mg; Diabetes mellitus 2 (metformina 850mg/ empagliflozina 12.5mg); Hipotiroidismo (levotiroxina 50mcg); Síndrome metabólico; Dislipidemia (fenofibrato 135mg/ rosuvastatina 20mg), sin antecedentes familiares ni perniciosos cardiovasculares. Acude a valoración por cefalea persistente con tensión arterial en consultorio de 160/90 mmHg, 80 latidos, IMC 30.5 kg/m<sup>2</sup>, sin otro hallazgo en la exploración física. Registro MAPA 24 horas: 145/95 mmHg. Parámetros de evidencia hipopotasemia leve. Se complementa estudios, ver tabla 1. Ecocardiograma transtorácico se evidencia remodelamiento concéntrico del ventrículo izquierdo. Ecografía Doppler renal sin signos de hipertensión reno vascular. Tomografía de abdomen, glándula suprarrenal izquierda se identifica imagen nodular de 16 mm, compatible con adenoma. Figura 1. **Discusión** La hipertensión secundaria abarca alrededor del 10% de las personas diagnosticadas con hipertensión arterial sistémica, con una amplia variedad de etiologías, siendo el hiperaldosteronismo primario, el principal trastorno endocrino que conduce a hipertensión secundaria, encontrándose hasta en el 5% de los pacientes con hipertensión. Presentamos el caso de una paciente femenina con diagnóstico de hipertensión arterial de difícil control acompañado de hipopotasemia, sin afectación renal, con remodelamiento concéntrico del ventrículo izquierdo. Se investiga causas secundarias, la relación aldosterona: actividad de renina plasmática (ARR) es la prueba de detección recomendada para aldosteronismo primario en personas hipertensas con o sin hipopotasemia. Una ARR de 35 tiene una sensibilidad 100%, especificidad 92.3%. En nuestro caso posterior a la suspensión de los antihipertensivos por 2 semanas, se evidencia una actividad de renina plasmática suprimida, con un valor ARR 170. En la tomografía abdominal se identifica un adenoma suprarrenal izquierdo, se descartó la producción de cortisol, catecolaminas y andrógenos. El hiperaldosteronismo primario unilateral se trata con adrenalectomía quirúrgica. Si el paciente no es candidato quirúrgico o si tiene una enfermedad suprarrenal bilateral se recomienda el tratamiento con un antagonista del receptor de mineralocorticoides. En nuestro caso la paciente será sometida a una adrenalectomía izquierda robótica. La importancia del tratamiento radica en la corrección oportuna de los niveles de aldosterona, para poder prevenir o revertir daños en los órganos diana: corazón (hipertrofia) y riñón (proteinuria).



Figura 1. Adenoma suprarenal izquierdo.

Fuente: Servicio de radiología, Hospital Metropolitano de Quito.

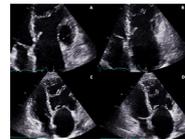
228

**INSUFICIENCIA TRICÚSPIDEA SEVERA SECUNDARIA A SÍNDROME CARCINOIDE, LA IMPORTANCIA ECOCARDIOGRÁFICA**

DR. WIKLER BERNAL TORRES<sup>1</sup>, DRA VALERIA ZÚÑIGA RESTREPO, DR ÁLVARO ÁLVARO OSORIO FRANCO, DR JUAN ESTEBAN GOMEZ MESA, DR CARLOS VESGA

<sup>1</sup>FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA

Presentación E-Poster VIII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 11:00 - 12:00  
 Mujer de 43 años con antecedente de hipertensión arterial e hipotiroidismo. Presenta cuadro clínico de dos años de evolución de pérdida de peso, astenia, adinamia; con disminución de clase funcional (NYHA II-III) y edema de extremidades inferiores en los últimos 6 meses. Al examen físico presenta ingurgitación yugular y soplo holosistólico en foco tricúspideo, en su registro clínico extrahospitalario tenía diagnóstico por ecocardiograma transtorácico de anomalía de Ebstein e insuficiencia tricúspidea severa. En el enfoque inicial de tratamiento se dio manejo para falla cardiaca y se realiza nuevo ecocardiograma dado disminución de clase funcional y la clínica actual que presentaba. En los hallazgos ecocardiográficos evidenciamos alteraciones sugestivas de cardiopatía carcinóide (Figura 1 y Figura 2); por lo cual, se realiza pesquisa de nuevo sobre síntomas evidenciando que la paciente presentaba aumento progresivo de las deposiciones en los últimos 6 meses, además, sensación de calor que se catalogó como "flushing". La tomografía computarizada de abdomen documentó hepatomegalia con múltiples lesiones en ambos lóbulos, de mayor tamaño en el segmento VII y VIII de 12,4 x 10,7 cm, con realce periférico heterogéneo en la fase arterial del contraste con centro hipodenso. Se realizó octreoscan con expresión anormal de receptores de somatostatina y extenso compromiso hepático. A nivel intestinal se reveló leve expresión de receptores de somatostatina. Dado no confirmación primaria del tumor en estudios de extensión, se realizó biopsia de la lesión hepática de mayor tamaño, confirmando el diagnóstico de tumor neuroendocrino grado 2 de la OMS (bien diferenciado con un índice Ki67 10%). **Discusión** Dado que el compromiso cardiaco puede ser la primera manifestación de una enfermedad oncológica, requiere alto índice de sospecha y la experiencia del ecocardiografista se hace relevante a la hora de distinguir signos que la diferencian de la anomalía de Ebstein. Si bien, la anomalía de Ebstein, es una malformación congénita relativamente rara que se caracteriza por un desplazamiento anterocaudal del anillo ventricular y la atrialización del ventrículo derecho que conduce a insuficiencia cardiaca e insuficiencia tricúspidea. Nuestra paciente tenía una ligera implantación apical de una valva, pero se encontraron otros hallazgos compatibles con cardiopatía carcinóide como la rigidez de las valvas, la no coaptación de las mismas y presentaba además síntomas que sugerían una enfermedad sistémica. El diagnóstico oportuno es de vital importancia para un adecuado manejo médico y quirúrgico dado el mal pronóstico en los pacientes con tumores neuroendocrinos.



229

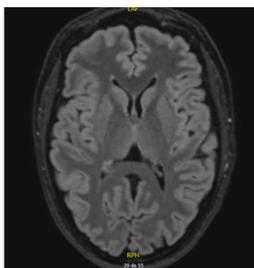
**HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA COMO CAUSA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA: REPORTE DE CASO**

DRA. PAULA ANDREA CÁRDENAS MARÍN<sup>1,2</sup>, DR. JULIO CESAR MANTILLA PARDO<sup>1,2</sup>, DR. CARLOS ENRIQUE VESGA REYES<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD ICESI, CALI, COLOMBIA

Presentación E-Poster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** La hipertensión arterial secundaria representa el 5-20% de los pacientes hipertensos, siendo más frecuente en pacientes jóvenes menores de 40 años. **Caso clínico:** Paciente de 39 años con antecedente de hipertensión arterial (HTA) desde hace 2 años en manejo con telmisartan-amlodipino. A la revisión de síntomas por sistemas no fogajes, palpitaciones, sudoración, palidez, poliuria, polidipsia, mialgias ni calambres musculares. Cuestionarios de Epworth y STOP-BANG negativos. Negó crecimiento de estructuras óseas y exposición crónica a esteroides. Se resalta la presencia de tinnitus pulsátil descrito como un soplo, que desaparecía al presionar el cuello. En el examen físico había sobrepeso, sin características de síndrome de Cushing, sin soplo ni masa abdominal, no manchas café con leche en piel. Pulsos distales simétricos. Doppler de arterias renales y ecocardiograma normales. Estudios de secundarismo (previo switch a verapamilo), aldosterona elevada, con índice RAR 8.8 ng/dl/ng/ml/h. Test de supresión de aldosterona negativo. AngioRM cerebral y de vasos de cuello sin aneurismas, ni lesión intracraneal. Por persistencia del tinnitus consultó con neurocirugía donde realizó panangiografía encontrando estenosis de seno transverso derecho e hipoplasia del transverso izquierdo, que condicionaba hipertensión intracraneal. Se implantó stent en seno transverso derecho, con mejoría de cefalea, HTA y retiró total de antihipertensivos. **Discusión:** La hipertensión intracraneal idiopática (IIH) es el aumento de presión intracraneal sin evidencia radiográfica de masa, dilatación ventricular y LCR normal. Más frecuente en mujeres en edad fértil, obesas. Cursa con alteraciones visuales, papiledema, cefalea, tinnitus pulsátil, sin focalización neurológica. La mayoría tienen alteración del sistema venoso. Se recomienda realizar imagen cerebral con fase venosa o venografía. La estenosis de seno transverso se reporta en el 80%. El aumento de la presión intracraneal conduce a mecanismos compensatorios para regular la perfusión cerebral. A nivel cardiovascular, los centros vasomotores desencadenan HTA hasta en el 15% de pacientes. El tinnitus pulsátil puede ser la primera manifestación de una condición médica seria secundaria a causa no vascular (enfermedades que aumenten el gasto cardíaco, alteraciones del oído y de musculatura asociada), y causa vascular: arterial (aterosclerosis de arteria carótida, malformación o fistula arteriovenosa, arteria carótida aberrante), y venoso (estenosis de senos transversos). **Conclusión:** La hipertensión arterial secundaria es frecuente. Se debe sospechar en adultos jóvenes y realizar una búsqueda sistemática de causas secundarias. La hipertensión intracraneal idiopática es una enfermedad frecuente, más en mujeres jóvenes, obesas, que puede condicionar hipertensión arterial, y su adecuado abordaje puede prevenir complicaciones neurológicas y cardiovasculares.



231

**REACHING NEW HEIGHTS : PHYSIOLOGIC AND ELECTROCARDIOGRAPHIC CHANGES WITH TEMPORARY HIGH ALTITUDE ASCENT**

DRA. RASHI RAMCHANDANI<sup>1</sup>, SRA. ZIER ZHOU<sup>2</sup>, DRA. JOSEFINA PARODI<sup>3</sup>, DR. JUAN FARINA<sup>4</sup>, DRA. KIERA LIBLIK<sup>5</sup>, DR. JORGE SOTOMAYOR<sup>6</sup>, DR. CENGIZ BURAK<sup>7</sup>, DR. ROBERT HERMAN<sup>8</sup>, DR. ADRIAN BARANCHUK<sup>9</sup>

<sup>1</sup>DEPARTMENT OF MEDICINE, UNIVERSITY OF OTTAWA, OTTAWA, CANADA, <sup>2</sup>ATHEROSCLEROSIS, GENOMICS AND VASCULAR BIOLOGY DIVISION, UNIVERSITY OF OTTAWA HEART INSTITUTE, OTTAWA, ONTARIO, CANADA, OTTAWA, CANADA, <sup>3</sup>CARDIOLOGY DIVISION, CEMIC, CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>4</sup>CARDIOVASCULAR AND THORACIC SURGERY DEPARTMENT, MAYO CLINIC, PHOENIX, AZ, UNITED STATES, PHOENIX, UNITED STATES OF AMERICA, <sup>5</sup>DEPARTMENT OF MEDICINE, KINGSTON HEALTH SCIENCES CENTER, QUEEN'S UNIVERSITY, KINGSTON, CANADA, <sup>6</sup>HOSPITAL DE JULIACA, ESSALUD, JULIACA, PUNO, PERU, JULIACA, PERU, <sup>7</sup>POWERFUL MEDICAL, BRATISLAVA, SLOVAK REPUBLIC, BRATISLAVA, SLOVAK REPUBLIC

Presentación E-Poster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Introduction:** High altitudes can cause hypobaric hypoxia, altering human physiology and the corresponding electrocardiogram (ECG). As part of the Altitude Non-differentiated ECG Study (ANDES), this paper reviews ECG changes in subjects ascending to high altitudes. **Objectives:** This study seeks to analyze trends in ECGs captured during ascent, at high altitude, and upon return to baseline of SLRs who are acutely ascending. The paper informs healthcare practitioners about typical physiological and ECG changes in native SLRs traveling to high altitudes and discusses their relative clinical significance. **Methods:** This review was conducted following PRISMA guidelines. PubMed, EMBASE, OVID Medline, and Web of Science were searched. **Results:** 19 studies were ultimately included. Notable ECG changes at high altitudes include T wave inversion in the precordial leads and rightward QRS axis deviation in leads I, II and aVF. Limited studies have quantitatively compared absolute and relative changes in the QRS axis between high altitude environments and sea level. Of those conducted, the QRS axis demonstrated a rightward deviation ranging from 5-30 degrees relative to measurements taken at sea level. To our knowledge, solely one study in the existing literature has evaluated the longitudinal effects of repetitive ascents to high altitudes. In this study, right axis deviation was observed upon re-exposure to high-altitude, but to a diminished extent. Less common ECG findings noted were increases in P wave amplitude, QRS amplitude, and QTc interval. Few (n=3) premature atrial and ventricular contractions were observed in certain studies; however, their clinical significance remains unclear. All of the aforementioned ECG deviations typically self-resolved within 2-6 weeks following return to sea level. On a physiologic front, neurohumoral factors leading to pulmonary vasoconstriction and tachycardia, that are secondary to a decreased FIO2 in high altitude environments are speculated to underpin the observed ECG changes. **Conclusion:** Consideration must be taken when interpreting ECG changes in individuals during ascent to, at, or upon return from high altitudes. Further large-scale studies are needed to elucidate temporal, age-related, and altitude-dependent ECG patterns. Doing so can assist in the establishment of standard reference values for clinicians attending to patients temporarily ascending to high altitudes.



232

**ANÁLISIS DE COMORBILIDADES EN PACIENTES DE UNIDAD DE FALLA CARDIACA DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA NACIONAL**

DR. JAVIER ARTURO CHUMBE MONTORO<sup>1</sup>, DRA. PAOLA OLIVER RENGIFO<sup>1</sup>, DRA. MARIA CECILIA GARCIA SANDOVAL<sup>1</sup>, LIC CECILIA BRAVO ARTEAGA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, LIMA, PERÚ

Presentación E-Poster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

La falla cardiaca crónica está asociada a comorbilidades cardiovasculares y no cardiovasculares que se distribuyen de diferente manera de acuerdo con la clasificación basada en la fracción de eyección y que influyen en el pronóstico y sobrevida de la enfermedad (1-3) **Objetivo:** Conocer las comorbilidades más frecuentes, su distribución e impacto en la sobrevida de la falla cardiaca crónica en pacientes de la unidad de falla cardiaca de nuestro hospital. **Métodos:** Se registraron las comorbilidades de los pacientes ingresantes a la unidad de falla cardiaca, se evaluó su prevalencia y distribución de acuerdo con el rango de fracción de eyección (FE). Se realizó un análisis de supervivencia y un modelo de regresión de Cox para evaluar el impacto de las comorbilidades en la sobrevida. **Resultados:** Se registraron un total de 367 pacientes en la unidad de falla cardiaca entre Setiembre del 2017 y diciembre de 2022. Se determino la frecuencia de presentación de las comorbilidades siendo las cinco más prevalentes (tabla 1); Hipertensión Arterial (54,6%), Enfermedad Renal crónica (44.5 %), Anemia (39,3%), Fibrilación Auricular (38,9%) y Enfermedad Coronaria (29,6%). Respecto a la distribución de las comorbilidades según la fracción de eyección (Tabla 1) sólo se encontraron diferencias significativas en la fibrilación auricular, enfermedad coronaria y obesidad. Con respecto a la sobrevida de acuerdo con cada comorbilidad (tabla 2), en el modelo de regresión de Cox, se encontró que las comorbilidades asociadas con incremento significativo de la mortalidad fueron Enfermedad Renal crónica (HR: 1.8351, p 0.001, IC:1.297- 2.595) y Anemia (HR: 1.8362, p<0.0001, IC:1.281- 2.631).

**Conclusiones:** La comorbilidad más frecuente es la hipertensión arterial. La fibrilación auricular es más prevalente en el grupo de FE preservada, la enfermedad coronaria es menos prevalente en el grupo de FE preservada y la Obesidad es más prevalente en el grupo de FE levemente reducida. Respecto a la sobrevida se determinó que la enfermedad renal crónica y la anemia tienen un riesgo incrementado de mortalidad en el grupo de pacientes estudiados

Tabla 1. Comorbilidades según Fracción de Eyección

Comorbilidad	Total	FE reducida		FE preservada		p
		n	%	n	%	
Hipertensión Arterial	199	148	74.1	51	74.1	0.938
Diabetes Mellitus	89	25	28.1	64	74.1	0.071
Fibrilación auricular	137	103	75.2	34	46.9	0.005
Enfermedad coronaria	103	29	28.2	74	74.1	0.005
ERC	150	44	29.3	106	74.1	0.0001
Anemia	131	39	29.8	92	74.1	0.004
Obesidad	81	25	30.9	56	74.1	0.005
ENFC/ENFC	16	4	25.0	12	74.1	0.033
Tabaquismo	29	8	27.5	21	74.1	0.033

233

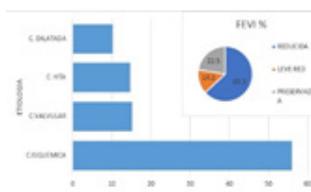
**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MORTALIDAD Y EMPEORAMIENTO DE FALLA CARDIACA EN UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO DE REFERENCIA NACIONAL**

DRA. MARÍA CECILIA GARCÍA SANDOVAL<sup>1</sup>, DR. JAVIER CHUMBE MONTORO<sup>1</sup>, DRA. PAOLA OLIVER RENGIFO<sup>1</sup>, LIC. CECILIA BRAVO ARTEAGA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, LIMA, PERÚ

Presentación E-Poster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

Las unidades de Falla Cardiaca (UFC) son programas multidisciplinarios de intervenciones de soporte médico, educativo, social y emocional que han demostrado disminuir el riesgo de hospitalizaciones y muerte así como mejorar la calidad de vida de los pacientes por lo cual tienen indicación clase IA en el manejo de esta patología. **Objetivo:** Describir las características clínicas de los pacientes que ingresan a la Unidad de Falla Cardiaca y su seguimiento (mortalidad y hospitalizaciones) a 6 meses. **Métodos:** Se hizo un estudio prospectivo, descriptivo de los pacientes que ingresaron a la Unidad de Falla Cardiaca desde el 2017 al 2022. Se describen parámetros clínicos de mortalidad y Empeoramiento de Falla cardiaca (WHF, worsening heart failure, por sus siglas en inglés) al ingreso y a los 6 meses de seguimiento. Se define WHF como la suma de una hospitalización por FC y/o la administración de diuréticos IV en forma ambulatoria en la Unidad. **Resultados:** Se analizaron 367 pacientes ingresados a la UFC desde junio 2017 a diciembre 2022. El 56% fueron varones, la edad promedio fue 66.3 ± 14.0 años. Respecto a etiología principal: 34.6% fue de origen isquémico, 15.2% de causa valvular, 14.7% HTA y 10.3% cardiopatía dilatada. La FEVI inicial fue en promedio 38.8 ± 14.4 %, 63.2% tuvieron FEVI reducida. 54.2% pacientes tuvieron NYHA II y 41.2% tuvieron NYHA III en la evaluación inicial. En cuanto a la medicación inicial: el 66.7% recibió betabloqueadores, 57.7% antagonistas de los mineralocorticoides, 52.0% recibió IECA, 14.7% ARA II, 26.7% diuréticos orales, 7.0% digoxina, 3.5% inhibidores de SGLT2 y 1.4% ARNIs. De 367 pacientes ingresados a la UFC, 31 pacientes fallecieron en 6 meses de seguimiento (mortalidad 8.4%), 21 (5.7%) pacientes fueron rehospitalizados por FC y 34 (9.2%) recibieron terapia de diuréticos IV ambulatoria en la UFC. **Conclusiones:** La causa principal de FC en nuestra UFC es la cardiopatía isquémica. La mortalidad a 6 meses de esta cohorte fue 8.4%, además 14.9% pacientes cumplieron criterios de empeoramiento de falla cardiaca en el mismo periodo de seguimiento. La prescripción de Terapia Médica Óptima (TMO) esta implementada en nuestra UFC sin embargo esto debe ser evaluado considerando que el petitorio de nuestra institución no incluía las nuevas terapias en el periodo analizado.



234

**STATEMENTS AND GUIDELINES FOR ATHLETES TRAINING AT ALTITUDE: A REVIEW FOR THE ANDES III B STUDY (ALTITUDE NON-SPECIFIC DISTRIBUTED ECG SCREENING)**

DR. EMAAD MOHAMMAD<sup>1</sup>, SHYLA GUPTA<sup>2</sup>, KIERA LIBLIK<sup>1</sup>, REEM ALRAWI<sup>1</sup>, RASHI RAMCHANDANI<sup>1</sup>, DR. TEREZA FLORICA<sup>1</sup>, ZIER ZHOU<sup>3</sup>, DR. ADRIAN BARANCHUK<sup>1</sup>

<sup>1</sup>DEPARTMENT OF MEDICINE, QUEEN'S UNIVERSITY AND KINGSTON HEALTH SCIENCES CENTRE, KINGSTON, CANADA, <sup>2</sup>FACULTY OF MEDICINE, UNIVERSITY OF OTTAWA, OTTAWA, CANADA, <sup>3</sup>DEPARTMENT OF BIOCHEMISTRY, UNIVERSITY OF OTTAWA, OTTAWA, CANADA

Presentación E-Póster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Introduction:** Training at high altitudes is a strategy for athletes aiming to improve their cardiovascular capacity. Several statements and guidelines have been published to guide the development of high-altitude training programs. The aim of our study was to summarize and compare existing recommendations for athletes training at high altitudes. **Methods:** Three databases (Pubmed, EMBASE and MEDLINE) were used to search for consensus statements, position statements, and guidelines for athletic training at high altitudes in English language. Eligibility criteria included manuscripts in English. Two reviewers (EM and RA) independently conducted title and abstract as well as full-text screening. Extracted studies were analyzed according to four themes: 1) acclimatization to altitude, 2) preparation for altitude training, 3) recommendations for training at altitude, and 4) adverse effects of high-altitude training. **Results:** Six articles were included in the study published by a total of six organizations. All reference documents recommended an acclimatization period for athletes using a controlled ascent approach and a period of residing at altitude before beginning training. The duration of this period ranged from two to three weeks for full adaptation. In terms of preparation for altitude training, three papers suggested collecting a baseline iron level to assess for iron deficiency anemia to replete any deficiencies with iron supplementation. This was advised as symptoms of iron deficiency anemia may be exacerbated in hypoxic environments. Two papers also suggested obtaining pre-ascent evaluations of athletes' injuries and illnesses to ensure adequate health prior to beginning training at altitude. With regards to recommendations for training at altitude, reduced training volumes were advised by four papers, with no consensus on a quantifiable reduction in training. Altitude side effects most commonly included acute mountain sickness, high-altitude cerebral edema, and high-altitude pulmonary edema. **Conclusion:** Overall, there are several recommendations for athletes training at high altitudes. This study summarizes and compares existing statements and guidelines across four themes (acclimation to altitude, preparation for altitude training, training recommendations at altitude, and adverse side effects of high-altitude training). Of the six papers analyzed, it was found that athletes should consider a controlled and gradual ascent to altitude, performing pre-ascent evaluations, and reducing training volumes. These recommendations can help to better prepare athletes for altitude and maximize training improvement while minimizing adverse side effects.

236

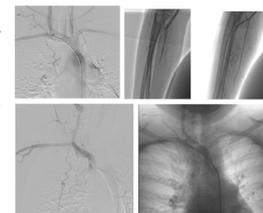
**ISQUEMIA AGUDA DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO POR TROMBOSIS DE LA ARTERIA SUBCLAVIA Y BRAQUIAL DERECHA, CON RELACIÓN A HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR**

DR. CESAR EDUARDO JIMENEZ JIMENEZ<sup>1</sup>, DR. DIEGO ARMANDO BELTRAN<sup>1</sup>, DR. JUAN DAVID SAAVEDRA<sup>1</sup>, DR. JHEINNER EDUARDO SARMIENTO HERNANDEZ<sup>1</sup>, DR. VALERIA DELGADO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CLINICA AVIDANTI - GRUPO DE INVESTIGACIÓN CLINICO DE HEMODINAMIA-INTERVENCIONISTA, IBAGUE, COLOMBIA

Presentación E-Póster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

La isquemia aguda es una emergencia médica, se presenta al haber una interrupción abrupta del flujo sanguíneo arterial, siendo una de las complicaciones más graves de la enfermedad arterial periférica, ya que esta puede llevar a lesiones irreversibles de la extremidad comprometida e incluso generar desenlaces fatales. Describimos el caso de paciente femenina de 34 años, con antecedente de Hipotiroidismo y dislipidemia, quien presentó una isquemia aguda del miembro superior derecho, a quien fue necesario llevar de manera urgente a arteriografía más trombectomía, para prevenir la pérdida de la extremidad. Durante procedimiento quirúrgico se evidencia a nivel de la primera porción de la arteria subclavia presencia de lesión trombótica oclusiva del 70% con alto riesgo embolígeno, por lo que se procede a realizar trombectomía, esta persiste con estenosis residual de más del 30% por un coágulo crónico por lo que se decide fijar con un stent, igualmente a nivel distal de la arteria braquial se evidencia oclusión del 90% con ausencia de flujo a arteria cubital, radial e interóseas, por lo que se realiza trombectomía más paso de balón de angioplastia de 3A a largo de la arteria radial logrando recanalización completa. Se sometió a estudios avanzados a determinar etiología del evento documentado, se practicaron imágenes diagnósticas, perfil infectocontagiosos, estudios para trombofilias, perfil autoinmune y exámenes para descartar síndrome antifosfolípido, los cuales en su totalidad se encontraban en parámetros de normalidad. En el caso de nuestra paciente, se documenta hiperlipidemia la cual, por criterios de la red de lípidos de Holanda, se clasificó como probable la hiperlipidemia familiar heterocigota. Cabe anotar que la enfermedad arterial periférica es uno de los principales factores de riesgo para la isquemia aguda y esta a su vez se ha documentado en adultos jóvenes, siendo la hipercolesterolemia, el tabaquismo, la hipertensión arterial y la diabetes factores predisponentes para el desarrollo de esta enfermedad. **Conclusión:** La isquemia aguda de una extremidad es una emergencia médica, a la cual se debe dar un manejo oportuno según el grado de severidad, las condiciones clínicas del paciente y las consideraciones del mismo, una vez superado el episodio emergente es indispensable establecer la causa etiológica y más en paciente jóvenes ya que esto permitirá establecer un manejo enfocado y dirigido a evitar nuevos episodios de isquemia; en el caso de nuestra paciente se establecieron dos factores importantes a tratar, la hipercolesterolemia (probablemente familiar heterocigota) e hipotiroidismo no manejado.



238

**VALOR PRONÓSTICO DEL GATED-SPECT E INCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES Y SU RELACIÓN CON EL SEXO**

DRA. LUCERO VELÁZQUEZ LÓPEZ<sup>1</sup>, DRA. AC PUENTE BARRAGAN<sup>1</sup>, DRA. MC MARTÍNEZ ESCOBAR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD DE CARDIOLOGÍA NUCLEAR CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO

Presentación E-Póster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** El estudio de perfusión miocárdica (gated-SPECT), evalúa simultáneamente la perfusión y función ventricular, aporta información diagnóstica y pronóstica en pacientes con sospecha y/o diagnóstico de enfermedad arterial coronaria. Establece la probabilidad post-test de eventos cardiovasculares mayores a un año, particularmente en el grupo de mujeres donde el riesgo se incrementa de acuerdo a la anomalía del gated-SPECT, siendo menor de 1%, hasta más de 4.2%, en presencia de un estudio normal a severamente anormal, respectivamente. **Objetivos:** Evaluar el desarrollo de eventos cardiovasculares mayores, mortalidad cardiovascular y/o por todas las causas, durante el seguimiento a 36 meses en una población femenina, evaluado mediante estudio gated-SPECT. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo. Se revisaron los expedientes de 24 mujeres a quienes se les hizo estudio isotópico de perfusión miocárdica con estimulación farmacológica (gated-SPECT), dando un seguimiento por 36 meses, con registro de eventos cardiovasculares mayores, mortalidad cardiovascular y/o por todas las causas. Se realizó análisis estadístico presentados en frecuencias, porcentajes, riesgo relativo e incidencia con el uso de software SPSS. **Resultados:** En 2015 se realizaron 186 estudios, de los cuales sólo 24 mujeres permanecieron en seguimiento en el centro médico nacional 20 de Noviembre; describiendo las características de la población en la TABLA 1. Se realizó gated-SPECT como inductor de isquemia, encontrándose 50% de pruebas normales, bajo riesgo 20% y riesgo intermedio-alto 30%, todos con tratamiento médico, 12% requirieron cardiografía e intervencionismo con stents medicados. A tres años de seguimiento se documentó un evento adverso cardiovascular (choque cardiogénico) en 4% de los estudiadas; 4% de muerte no cardíaca (único sujeto) y 96% de sobrevida, así como la revascularización percutánea en 1 paciente (4%). En este grupo de mujeres, el riesgo de mortalidad por todas las causas a 3 años con gated-SPECT normal o riesgo bajo fue de 0.14. El riesgo de presentar eventos cardiovasculares a 3 años con gated-SPECT riesgo alto fue de 0.14. El riesgo de presentar muerte o eventos cardiovasculares a 3 años con gated-SPECT negativo o riesgo bajo fue de 0. **Conclusiones:** La incidencia de Cardiopatía isquémica en nuestra población de mujeres fue de 0.5%, concordante con la bibliografía internacional. Concluimos que un gated-SPECT negativo y riesgo bajo se correlaciona con una menor incidencia de eventos adversos y muerte cardiovascular o por todas las causas en un seguimiento de 36 meses.

2015	TOTAL	PREVALENCIA	22 años	3 años
Factores de riesgo	DMG	11	45%	
	DMG	17	70%	
	DMG	21	84%	
	DMG	23	92%	
Mortalidad	Cardiaca	1	4%	
	Cardiaca	2	8%	
	Cardiaca	3	12%	
	Cardiaca	4	16%	
Clínica	Normal	11	45%	
	Riesgo	11	45%	
	Riesgo	12	50%	
	Riesgo	13	54%	
Medicaciones	Tratamiento	5	20%	
	Tratamiento	6	24%	
	Tratamiento	7	28%	
	Tratamiento	8	32%	
Coronariografía	Normal	3	12%	
	Normal	3	100%	
	Normal	6	24%	
	Normal	24	100%	
2023	DMG	24	100%	
	DMG	24	100%	
	DMG	24	100%	
	DMG	24	100%	
Clínica	Normal	1	4%	
	Riesgo	2	8%	
	Riesgo	2	8%	
	Riesgo	2	8%	
Tratamiento	Tratamiento	1	4%	
	Tratamiento	1	4%	
	Tratamiento	2	8%	
	Tratamiento	24	100%	
Mortalidad	Cardiaca	1	4%	
	Cardiaca	2	8%	
	Cardiaca	24	100%	
	Cardiaca	24	100%	

240

**PULMONARY ULTRASONOGRAPHY: A FURTHER STEP IN THE EARLY DETECTION OF CONGESTION IN PATIENTS WITH HEART FAILURE AND FRAILTY**

Dra. Lidia López García<sup>1,2</sup>, Dr Manuel Méndez Bailón, Dr Luis Fernández Carmena, Dr Jose Luis García Klepzig, Dra Rosario Iguarán Bermúdez, Dr Isidre Vilacosta

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain, <sup>2</sup>Universidad Alfonso X el Sabio, Madrid, Spain

Presentación trabajos libres para premio, Hub Innovación, junio 7, 2023, 9:00 - 11:00

**Background and Aims:** Patients with heart failure (HF) often have multiple pathologies and coexistent frailty. These patients have atypical manifestations of congestion, which delays the diagnosis of HF and may worsen its prognosis. **Methods:** Observational and prospective study carried out in the cardiology and internal medicine units of eighteen hospitals in Spain in patients diagnosed with HF as the main diagnosis, and NT-ProBNP <300pg on admission. Frailty was assessed in the first 48 hours after admission with the Short Physical Performance Battery (SPPB) scale using SPPB<5 as the cut-off point for the diagnosis of frailty. Patient congestion was assessed using the EVEREST scale, ultrasound, and lung X-rays. Data were collected in reference to the diuretic treatment received. For all calculations, significant differences in  $\alpha$  values of 5% ( $p<0.05$ ) and a statistical power of 80% were assumed. **Results:** 482 patients were evaluated. In the EVEREST scale differences are observed between the patient with SPPB<5 and SPPB>5 ( $p<0.05$ ). Jugular venous distention, crackles (41.3%) and severe edema (12%) were increased in patients with SPPB<5 vs SPPB>5 ( $p=0.00$ ). In the assessment of congestion by ultrasound (lines b), it was found that 69.9% of patients with SPPB<5 presented congestion compared to 34.0% described in patients with SPPB>5, these differences being significant ( $p=0.01$ ). Likewise, a greater presence of pleural effusion is observed in the patient with SPPB<5 (56.4%) than in the patient with SPPB>5 (44.4%) ( $p=0.04$ ). In the evaluation by chest X-ray, it is observed, as in the ultrasound evaluation, greater congestion in the patient with SPPB<5 (50.7%) ( $p=0.00$ ). There were no differences in the diuretic treatment received. If significant differences are found between groups in the administration of hypertonic serum, in which its use has only been described in this study on patients with SPPB<5 (2.33%) ( $p=0.00$ ). **Conclusions:** The results obtained indicate a higher degree of congestion in the frail patient (SPPB<5) assessed by the Everest scale ( $p=0.00$ ), lung ultrasound ( $p=0.01$ ) and lung radiography ( $p=0.00$ ), finding no differences in treatment, received diuretic. The symptoms shown by frail patients are different and the most common symptoms of HF such as dyspnea may be absent or present with non-specific characteristics such as asthenia, fatigue, or insomnia. In these patients, lung ultrasound is a tool that allows early detection of congestion and could improve the clinical prognosis of these patients.

## 242

**DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS QUE PUEDAN ESTAR RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES Y AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO**DR. SANTIAGO SIERRA CASTILLO<sup>1</sup>, DRA. MARIA ALEJANDRA HENAO RINCÓN<sup>2</sup>, DR. RICARDO ANDRÉS OROZCO QUINTERO<sup>3</sup>, DR. JUAN CARLOS HOYOS FIGUEROA<sup>4</sup><sup>1</sup>FUNDACIÓN CLÍNICA DEL NORTE, MEDELLÍN, COLOMBIA, <sup>2</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE, CARTAGENA, COLOMBIA, <sup>3</sup>CLÍNICA LAS AMÉRICAS AUNA, MEDELLÍN, COLOMBIA, <sup>4</sup>CLÍNICA EL ROSARIO, MEDELLÍN, COLOMBIA

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** los pacientes con antecedente de un IAM presentan alto riesgo de presentar otros eventos cardiovasculares mayores, como muerte súbita, o IAM recurrente, que usualmente presenta peor pronóstico que el primer evento. Para el 2017 en Colombia, por la enfermedad cardíaca han ocurrido aproximadamente 78.66 muertes por cada 100000 habitantes. Es fundamental entender el peso específico de cada uno de los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, así como su efecto sobre complicaciones (eventos cardiovasculares, mortalidad y calidad de vida) de los pacientes. **Objetivo:** Determinar los factores sociodemográficos y clínicos relacionados con la presencia de complicaciones cardiovasculares y afectación de la calidad de vida en pacientes con infarto agudo de miocardio en el servicio de hemodinamia. Diseño del estudio: cohorte de tipo prospectiva de pacientes atendidos en un centro cardiovascular de la ciudad de Medellín desde diciembre de 2020 y hasta marzo de 2021 para caracterizar sociodemográfica y clínicamente la población, así como establecer las posibles complicaciones cardiovasculares. Se realizó análisis descriptivo, bivariado a través de la prueba de Chi<sup>2</sup> y multivariado a través de una regresión logística binomial. **Resultados:** Se incluyeron 49 sujetos, con una media de edad de 66,8 años y una desviación estándar de 12,7 años. El 47% de los sujetos incluidos presentaron infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST y el 26,5% presentaron infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST y angina inestable respectivamente. Al mes 3 de seguimiento se registraron 3 muertes (6.1%), dos de ellas causadas por un nuevo evento cardiovascular. Al final de los 6 meses de seguimiento se presentaron complicaciones en el 72.7% de los sujetos. El mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares al mes 6 de seguimiento se dio entre los pacientes con clase funcional NYHA II (RR 1.34 IC 95% 1.28-1.65) y el no hacer actividad física con un RR de (1.44), con un IC95 de (1.37-1.81), estos dos fueron los factores que mejor explicaron la presencia de complicaciones cardiovasculares. **Conclusiones:** Este estudio revela la alta prevalencia de factores de riesgo modificables como sobrepeso, tabaquismo y sedentarismo, y que estos factores persisten a lo largo del seguimiento. La no realización de actividad física y la clase funcional NYHA fueron identificadas como factores importantes para la ocurrencia de complicaciones cardiovasculares. Se destaca la importancia de la adherencia a guías clínicas y del manejo no farmacológico de los factores de riesgo modificables.

## 243

**FACTORES ASOCIADOS A INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN EYECCIÓN MEJORADA Y SU IMPACTO EN LA SOBREVIVENCIA EN UNA UNIDAD DE FALLA CARDIACA**DRA. PAOLA OLIVER RENGIFO<sup>1</sup>, DR. JAVIER CHUMBE MONTORO<sup>1</sup>, DRA MARIA CECILIA GARCÍA SANDOVAL<sup>1</sup>, LIC. CECILIA BRAVO ARTEAGA<sup>1</sup><sup>1</sup>HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA, LIMA, PERÚ

Presentación E-Póster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Introducción:** La insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección mejorada (FEm) es referida a aquellos pacientes con una FE reducida (FEr), quienes en el seguimiento presentan una FE>40% y un incremento >10% respecto a la FEVI basal. Existe alguna evidencia del mejor pronóstico de estos pacientes respecto a los pacientes con FE persistentemente reducida. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la mejora de la FE y su impacto en la supervivencia. **Material y métodos:** Describir las características clínicas, demográficas, bioquímicas y de tratamiento de los pacientes con IC FEm desde setiembre 2017 a julio 2022. Se realizó un análisis bivariado para identificar las variables asociadas a mejora de la FE, las variables significativas fueron analizadas por regresión logística. Posteriormente se realizó un análisis de la supervivencia de los pacientes con IC FEm, respecto a los pacientes con FE persistentemente reducida. **Resultados:** 105 pacientes con IC FEm fueron registrados, la edad promedio fue 67.1±13.2 años, 64 (61%) fueron varones y la FE promedio fue de 26±4.7%. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (52.4%), anemia (43.8%), enfermedad coronaria (41.9%), enfermedad renal crónica (41%) y diabetes (21%). Las etiologías más frecuentes fueron: coronaria (47.6%), cardiopatía dilatada no isquémica (14.3%) hipertensión (12.4%) y taquicardiomiopatía (10.5%). En el control de ecocardiograma a los 6 meses, 47 pacientes (44.8%) presentaron mejoría en la FE. La edad, la FE basal, la comorbilidad diabetes, y las etiologías de taquicardiomiopatía y cardiopatía dilatada no isquémica fueron significativas en el análisis bivariado. Sin embargo sólo la edad (OR 1.045 IC 95%: 1.005-1.087 p<0.026), la FEVI basal (OR 1.149 IC 95%: 1.063-1.241 p<0.0001), antecedente de diabetes (OR 5 IC 95%: 1.49-16.75 p<0.009) y la taquicardiomiopatía (OR 7.95 IC 95%: 1.09-58.02 p<0.041) fueron predictores independientes de mejoría de la FE en el análisis de regresión logística. El análisis de supervivencia mostró que los pacientes con FEm tienen 56% menos riesgo de morir que los pacientes con FE persistente reducida (HR: 0.44, 95% IC: 0.23-0.85, p=0.014) **Conclusiones:** Los factores asociados a FE mejorada en nuestra unidad de IC fueron: la edad, la fracción de eyección basal, el antecedente de diabetes y la taquicardiomiopatía. Además, la FE mejorada está asociada a menor riesgo de mortalidad respecto a los pacientes con FE persistentemente reducida.

Característica	Nº	FE mejorada	FE no mejorada	p-valor
Edad	105	67.1±13.2	67.1±13.2	0.88
Sexo				
Masculino	64	67.1±13.2	67.1±13.2	0.78
Femenino	41	67.1±13.2	67.1±13.2	0.88
FE basal				
<40%	105	26.4±4.7	26.4±4.7	0.026
40-50%	47	44.8±4.7	44.8±4.7	0.026
>50%	58	58.0±4.7	58.0±4.7	0.026
Etiología				
Coronaria	49	47.6±4.7	47.6±4.7	0.026
Cardiopatía dilatada no isquémica	15	14.3±4.7	14.3±4.7	0.026
Hipertensión	13	12.4±4.7	12.4±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Otras	17	17.0±4.7	17.0±4.7	0.026
Comorbilidades				
Hipertensión arterial	55	52.4±4.7	52.4±4.7	0.026
Anemia	45	43.8±4.7	43.8±4.7	0.026
Enfermedad renal crónica	43	41.0±4.7	41.0±4.7	0.026
Diabetes	22	21.0±4.7	21.0±4.7	0.026
Enfermedad coronaria	44	41.9±4.7	41.9±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Cardiopatía dilatada no isquémica	14	14.3±4.7	14.3±4.7	0.026
Hipertensión	13	12.4±4.7	12.4±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Otras	17	17.0±4.7	17.0±4.7	0.026
Diabetes	22	21.0±4.7	21.0±4.7	0.026
Enfermedad renal crónica	43	41.0±4.7	41.0±4.7	0.026
Anemia	45	43.8±4.7	43.8±4.7	0.026
Hipertensión arterial	55	52.4±4.7	52.4±4.7	0.026
Enfermedad coronaria	44	41.9±4.7	41.9±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Cardiopatía dilatada no isquémica	14	14.3±4.7	14.3±4.7	0.026
Hipertensión	13	12.4±4.7	12.4±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Otras	17	17.0±4.7	17.0±4.7	0.026
Diabetes	22	21.0±4.7	21.0±4.7	0.026
Enfermedad renal crónica	43	41.0±4.7	41.0±4.7	0.026
Anemia	45	43.8±4.7	43.8±4.7	0.026
Hipertensión arterial	55	52.4±4.7	52.4±4.7	0.026
Enfermedad coronaria	44	41.9±4.7	41.9±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Cardiopatía dilatada no isquémica	14	14.3±4.7	14.3±4.7	0.026
Hipertensión	13	12.4±4.7	12.4±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Otras	17	17.0±4.7	17.0±4.7	0.026
Diabetes	22	21.0±4.7	21.0±4.7	0.026
Enfermedad renal crónica	43	41.0±4.7	41.0±4.7	0.026
Anemia	45	43.8±4.7	43.8±4.7	0.026
Hipertensión arterial	55	52.4±4.7	52.4±4.7	0.026
Enfermedad coronaria	44	41.9±4.7	41.9±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Cardiopatía dilatada no isquémica	14	14.3±4.7	14.3±4.7	0.026
Hipertensión	13	12.4±4.7	12.4±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Otras	17	17.0±4.7	17.0±4.7	0.026
Diabetes	22	21.0±4.7	21.0±4.7	0.026
Enfermedad renal crónica	43	41.0±4.7	41.0±4.7	0.026
Anemia	45	43.8±4.7	43.8±4.7	0.026
Hipertensión arterial	55	52.4±4.7	52.4±4.7	0.026
Enfermedad coronaria	44	41.9±4.7	41.9±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Cardiopatía dilatada no isquémica	14	14.3±4.7	14.3±4.7	0.026
Hipertensión	13	12.4±4.7	12.4±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Otras	17	17.0±4.7	17.0±4.7	0.026
Diabetes	22	21.0±4.7	21.0±4.7	0.026
Enfermedad renal crónica	43	41.0±4.7	41.0±4.7	0.026
Anemia	45	43.8±4.7	43.8±4.7	0.026
Hipertensión arterial	55	52.4±4.7	52.4±4.7	0.026
Enfermedad coronaria	44	41.9±4.7	41.9±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Cardiopatía dilatada no isquémica	14	14.3±4.7	14.3±4.7	0.026
Hipertensión	13	12.4±4.7	12.4±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Otras	17	17.0±4.7	17.0±4.7	0.026
Diabetes	22	21.0±4.7	21.0±4.7	0.026
Enfermedad renal crónica	43	41.0±4.7	41.0±4.7	0.026
Anemia	45	43.8±4.7	43.8±4.7	0.026
Hipertensión arterial	55	52.4±4.7	52.4±4.7	0.026
Enfermedad coronaria	44	41.9±4.7	41.9±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Cardiopatía dilatada no isquémica	14	14.3±4.7	14.3±4.7	0.026
Hipertensión	13	12.4±4.7	12.4±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Otras	17	17.0±4.7	17.0±4.7	0.026
Diabetes	22	21.0±4.7	21.0±4.7	0.026
Enfermedad renal crónica	43	41.0±4.7	41.0±4.7	0.026
Anemia	45	43.8±4.7	43.8±4.7	0.026
Hipertensión arterial	55	52.4±4.7	52.4±4.7	0.026
Enfermedad coronaria	44	41.9±4.7	41.9±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Cardiopatía dilatada no isquémica	14	14.3±4.7	14.3±4.7	0.026
Hipertensión	13	12.4±4.7	12.4±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Otras	17	17.0±4.7	17.0±4.7	0.026
Diabetes	22	21.0±4.7	21.0±4.7	0.026
Enfermedad renal crónica	43	41.0±4.7	41.0±4.7	0.026
Anemia	45	43.8±4.7	43.8±4.7	0.026
Hipertensión arterial	55	52.4±4.7	52.4±4.7	0.026
Enfermedad coronaria	44	41.9±4.7	41.9±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Cardiopatía dilatada no isquémica	14	14.3±4.7	14.3±4.7	0.026
Hipertensión	13	12.4±4.7	12.4±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Otras	17	17.0±4.7	17.0±4.7	0.026
Diabetes	22	21.0±4.7	21.0±4.7	0.026
Enfermedad renal crónica	43	41.0±4.7	41.0±4.7	0.026
Anemia	45	43.8±4.7	43.8±4.7	0.026
Hipertensión arterial	55	52.4±4.7	52.4±4.7	0.026
Enfermedad coronaria	44	41.9±4.7	41.9±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Cardiopatía dilatada no isquémica	14	14.3±4.7	14.3±4.7	0.026
Hipertensión	13	12.4±4.7	12.4±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Otras	17	17.0±4.7	17.0±4.7	0.026
Diabetes	22	21.0±4.7	21.0±4.7	0.026
Enfermedad renal crónica	43	41.0±4.7	41.0±4.7	0.026
Anemia	45	43.8±4.7	43.8±4.7	0.026
Hipertensión arterial	55	52.4±4.7	52.4±4.7	0.026
Enfermedad coronaria	44	41.9±4.7	41.9±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Cardiopatía dilatada no isquémica	14	14.3±4.7	14.3±4.7	0.026
Hipertensión	13	12.4±4.7	12.4±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Otras	17	17.0±4.7	17.0±4.7	0.026
Diabetes	22	21.0±4.7	21.0±4.7	0.026
Enfermedad renal crónica	43	41.0±4.7	41.0±4.7	0.026
Anemia	45	43.8±4.7	43.8±4.7	0.026
Hipertensión arterial	55	52.4±4.7	52.4±4.7	0.026
Enfermedad coronaria	44	41.9±4.7	41.9±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Cardiopatía dilatada no isquémica	14	14.3±4.7	14.3±4.7	0.026
Hipertensión	13	12.4±4.7	12.4±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Otras	17	17.0±4.7	17.0±4.7	0.026
Diabetes	22	21.0±4.7	21.0±4.7	0.026
Enfermedad renal crónica	43	41.0±4.7	41.0±4.7	0.026
Anemia	45	43.8±4.7	43.8±4.7	0.026
Hipertensión arterial	55	52.4±4.7	52.4±4.7	0.026
Enfermedad coronaria	44	41.9±4.7	41.9±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Cardiopatía dilatada no isquémica	14	14.3±4.7	14.3±4.7	0.026
Hipertensión	13	12.4±4.7	12.4±4.7	0.026
Taquicardiomiopatía	11	10.5±4.7	10.5±4.7	0.026
Otras	17	17.0±4.7	17.0±4.7	0.026
Diabetes	22	21.0±4.7	21.0±4.7	0.026
Enfermedad renal crónica	43	41.0±4.7	41.0±4.7	0.026
Anemia	45	43.8±4.7	43.8±4.7	0.026
Hipertensión arterial	55	52.4±4.7	52.4±4.7	0.026
Enfermedad coronaria	44	41.9±4.7	41.9±4.7	0.026

248

**DIFERENCIAS EN LA FORMA DE PRESENTACIÓN Y EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA EN LA MUJER PREMENOPAUSICA Y POSMENOPAUSICA**

DR. JUAN ERRIEST<sup>1</sup>, DR. MONICA REDOLATTI<sup>1</sup>, DR. CECILIAS BELTRANO<sup>1</sup>, DR. MARCELO STORINO<sup>1</sup>, DR. FEDERICO GIACHELLO<sup>1</sup>, DR. ALEJANDRO VILCHEZ<sup>1</sup>, DR. DIEGO MARTINEZ DEMARIA<sup>1</sup>, DR. ULISES ARROYO<sup>1</sup>, DR. JORGE CAMILLETTI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, LA PLATA, ARGENTINA

Presentación E-Póster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** La morbi-mortalidad de la enfermedad coronaria (EC) continúa en aumento en el sexo femenino. **Objetivos:** Analizar diferencias en la presentación clínica, los factores de riesgo cardiovasculares asociados (FRCV), parámetros de ergometría (PEG) y estudios de perfusión miocárdica (EPM) en la mujer premenopausica (PreM) y postmenopausica (PM) durante la evaluación de la EC sospechada. **METODO:** Se realizó un análisis retrospectivo de las pacientes (p) remitidas a Medicina Nuclear con EC sospechada para realizarse un EPM. Se dividió la población femenina según la etapa hormonal (PreM, menores de 50 años vs PM, 55 años en adelante), se evaluaron perfil clínico, variables de la PEG y EPM. **RESULTADO:** Un total de 4388 mujeres, 556 PreM (10%); 3832 PM (90%) p .0001; la edad fue 44,1± 4.95 vs 68± 8.47 años, p .0001; HTA 236 (42.5%) vs 3602 (93.6%) p .0001, Dislipemia 195 (35.1%) vs 3008 (78.4%), p .0001; Tabaquismo 157 (28.3%) vs 735 (19.1%), p .0001; DBT 91 (16.4%) vs 1158 (30.1%) p .0001; Obesidad 319 (57.4%) vs 3086 (80.2%), p .0001, en PreM vs PM respectivamente. Se encontraban sintomáticas 460 (81.3%) vs 2750 (71.7%), p .0001; Dolor Torácico (DT) inaracterístico 125 (32.4%) vs 752 (35.65%), p NS; DT Atípico 215 (55.7%) vs 1113 (52.7%) p NS, Disnea 87 (18.9%) vs 714 (25.9%) p NS, DT Típico fue en 46 (11.9 %) vs 244 (11.56%) p NS, en PreM vs PM respectivamente. Presentaron, PEG positiva 135 (24.2%) vs 648 (16.9%) p .0001, METS 7.5 ± 2.1 vs 6.2 ± 1.8 p .0001, Doble producto 26277 ± 4332 vs 23664 (±5030) p .0001 en mujeres PreM vs PM respectivamente. El EPM fue anormal en 515 p (11.7%): 52 (9.2%) vs 463 (12 %) p .05; SSS 0.5 ± 2.3 vs 1.94 ± 4.4 p .0001; SRS 0.103 ± 0.9 vs 1.03 ± 3.4 p .0001; SDS 0.37 ± 1.48 vs 0.9 ± 2.4 p .0001; fracción de eyección 66.2 ± 16.9 vs 61.6% ± 7.3 p .0001, en mujeres PreM vs PM respectivamente. **Conclusiones:** En la evaluación de la EC sospechada, las mujeres PreM presentaron mayor frecuencia síntomas y un porcentaje mayor de PEG positivas, que las mujeres PM. Las mujeres PM mostraron una mayor prevalencia de FRCV; mayor frecuencia de EPM positivos y un monto isquémico mayor que las mujeres Pre M. Tanto en las mujeres PreM como PM el sintoma prevalente de la EC sospechada fue el dolor precordial atípico.

249

**EVALUACIÓN DE LA SINCRONÍA VENTRICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON CHAGAS EN ESTADIO CRÓNICO SIN PATOLOGÍA CLÍNICAMENTE DEMOSTRABLE (CHAGAS INDETERMINADO)**

DR. JUAN ERRIEST<sup>1</sup>, DR. MONICA REDOLATTI<sup>1</sup>, DRA. MAGDALEMA DEFEQ<sup>1</sup>, DR. VICTOR ARREGUI<sup>1</sup>, DR. GUSTAVO VIGO<sup>1</sup>, DRA. CARINA ROLDAN<sup>1</sup>, DRA. VANESA NOMBERTO GOMEZ<sup>1</sup>, DR. LUIS CARTASEGNA<sup>1</sup>, DR. JORGE CAMILLETTI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA, LA PLATA, ARGENTINA

Presentación E-Póster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** La enfermedad de Chagas (eCh) en fase crónica sin patología clínicamente demostrable, es de larga duración (10 a 30 años), y se caracteriza por ausencia de evidencia clínica de afectación cardíaca, en sujetos con serología positiva. La cardiopatía chagásica es una miocardiopatía inflamatoria caracterizada por miocarditis fibrosante crónica y deterioro progresivo de la función contractil del miocardio. La sincronía ventricular izquierda (SVI) podría ser una herramienta útil para determinar precozmente signos de miocardiopatía chagásica. **Objetivo:** Comparar la SVI en un grupo de sujetos con enfermedad de Ch sin patología clínica demostrable respecto a un grupo de pacientes control. **Método:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, no aleatorizado, que comparó la SVI obtenida del análisis de fase. Grupo 1 (G1) pacientes con serología positiva para enfermedad de Chagas, sin evidencia de lesión orgánica detectada clínicamente, por ECG o ecocardiografía (FSVI, cavidades izquierdas y derechas de dimensiones normales y función diastólica conservada y EPM sin defectos de perfusión (SSS 0); y Grupo 2 (G2) grupo control, pacientes sin factores de riesgo cardiovascular, menores de 60 años, con ECG, EPM y ecocardiograma normales. La FVI, los volúmenes del VI y la SVI a través del análisis de fase VI (ancho de banda (AB); desvío estándar (DS) y kurtosis (K)) fueron evaluadas mediante SPECT- gatillado utilizando el software Emory tool box. Se utilizó Sestambi-Tc 99m como radiotrazador. Se consideró un valor de significancia de p < 0.05. **Resultados:** Se evaluaron 28 pacientes. G1 n 12 y G2 n 16. Edad media 44 ± 12.1 años vs . 55.4 ± 2.6 años p 0.001 G1 vs G2, respectivamente. No hubo diferencias significativas con respecto a los factores de riesgo CV mayores (sexo, diabetes, tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia). Los parámetros FVI, volumen final sistólico y diastólico del VI, no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Sin embargo, los pacientes G1 presentaron mayor disincronía VI DS: G1: 25.2 ± 11.8; G2 15,2 ± 5,7 p 0.006; AB: G1 74.4 ± 32.5; G2 37.4 ± 13 p 0.0001; K: G1 16.8 ± 9,2; G2 31.2 ± 20.4 p 0.03. **Conclusiones:** En los pacientes con Chagas en estadio crónico sin patología clínicamente demostrable, la disincronía VI podría ser un marcador de afectación miocárdica e identificar precozmente los pacientes que desarrollarán cardiomiopatía chagásica.

250

**CARACTERIZACIÓN DEL GRADO DE DISINCRONÍA VENTRICULAR Y FUNCIÓN VENTRICULAR EN PORTADORES DE MARCAPASOS EN EDAD PEDIÁTRICA**

DRA. NEREIDA GUTIÉRREZ SALDAÑA<sup>1</sup>, DR. R. ROBLEDO NOLASCO<sup>1</sup>, DRA. S. P ANTUNEZ SÁNCHEZ<sup>1</sup>, DR. E. MELÉNDEZ URIBE<sup>1</sup>, DR. R. N DELGADO DELGADO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>C.M.N 20 DE NOVIEMBRE, CHIHUAHUA, MEXICO

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Objetivo:** Caracterizar el grado de disincronía ventricular en portadores de marcapasos en una población pediátrica. **Materiales y métodos:** Es una estudio observaciones, retrospectivo, en donde se incluyeron pacientes con edades de RN a 18 años, que se les había implantado un marcapaso definitivo. Se seleccionaron paciente que tuvieron ecocardiograma transtorácico antes y después del implante. Se determinó fracción de expulsión, fracción de acortamiento, strain, parámetros de sincronía atrioventricular, inter e intraventricular. **Resultados:** Se incluyeron 34 pacientes, la edad promedio fue de 49.9 meses ±53.3, fueron 19 varones (55.9%), 31 (91.1%) tenía cardiopatías congénitas; 6 (18.2%) tenían comunicación interventricular, 3 (9.1%) con transposición de grandes arterias y otras cardiopatías como canal AV y miocardiopatía no compacta e hipertrófica. La indicación de implante de dispositivos fue bloqueo auriculoventricular en 31 pacientes (91.1%), 2 (5.8%) enfermedad del nodo sinusal y 1 (2.9%) síndrome de QT largo. Se implantaron 22 (64.7%) marcapasos bicamerales endocárdicos, 2 (5.8%) bicamerales epicárdicos 9 (26.4%) unicamerales endocárdicos, 1 (2.9%) unicameral epicárdico y un desfibrilador unicameral (2.9%). El seguimiento fue de 78.2 ±50.5 meses. En la tabla siguiente describimos la función ventricular anterior al implante de los dispositivos (tabla de FEVI). En cuanto a los parámetros de sincronía se encontró lo siguiente: De 28 pacientes analizados hubo 4 (14.2%) con sincronía AV, de 18 pacientes hubo asincronía intraventricular por 3D en 9 (50%) y de 23 pacientes hubo asincronía interventricular en 11 (47.8%). **Conclusiones:** Podemos concluir que la función ventricular en general se mantuvo estable en la mayoría de los pacientes y solo en un pequeño porcentaje hubo deterioro. En cuanto a la sincronía se documentó que hubo mas asincronía intraventricular 59% por el método de 3D y el 47.8% presentó asincronía interventricular. Por lo tanto, a pesar de mantener la mayoría una función ventricular adecuada hay un porcentaje importante de pacientes que prestan sincronía por la forma de estimulación.

	PRE IMPLANTE	POST IMPLANTE
FEVI	66 (+)13.1	58.2 (+) 15.9
FA	40.4 (+)8.0	43.1 (+) 9.1
DISFUNCIÓN		
Normal	66.1 (+) 9.92	66.0 (+) 8.2
Leve	47.0 (+) 3.72	49.3 (+) 2.1
Moderado	30.8 (+) 0.0	35.0 (+) 0.0
Severo	0	19.0 (+) 3.6

251

**DESENLACES DEL COVID-19 SEGÚN GÉNERO: DIFERENCIAS ENTRE LATINOAMÉRICA Y EL RESTO DEL MUNDO (CARDIO COVID 19-20 VS WORLD HEART FEDERATION COVID-19)**

DR. IVAN MENDOZA<sup>1,2</sup>, DR. FRANCISCO URIBE-BURITICA<sup>3,4</sup>, DR. JUAN MANUEL MONTERO ECHEVERRÍA<sup>5,6</sup>, DRA. MANUELA ESCALANTE<sup>7,8</sup>, DR. FERNANDO WYSS<sup>9,10</sup>, DR. JOSE LUIS BARISANI<sup>11,12</sup>, DR. PABLO PEREL<sup>13</sup>, DR. DORAIRAJ PRABHAKARAN<sup>14</sup>, DRA. KAREN SLIWA<sup>15,16</sup>, DR. JUAN ESTEBAN GOMEZ-MESA<sup>17,18,19</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, CARACAS, VENEZUELA, <sup>2</sup>MIEMBRO DEL CONSEJO INTERAMERICANO DE FALLA CARDÍACA E HIPERTENSIÓN PULMONAR (CIFACAH) DEL SIAC, <sup>3</sup>MÉXICO, <sup>4</sup>DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA, FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA, <sup>5</sup>CENTRO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS, FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA, <sup>6</sup>SERVICIOS Y TECNOLOGÍA CARDIOVASCULAR DE GUATEMALA S.A., GUATEMALA, <sup>7</sup>SOCIEDAD INTERAMERICANA DE CARDIOLOGÍA (SIAC), <sup>8</sup>MÉXICO, <sup>9</sup>INSTITUTO CARDIOVASCULAR ADVENTISTA, HOSPITAL PRESIDENTE PERÓN, BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>10</sup>DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA EN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, LONDON SCHOOL OF HYGIENE & TROPICAL MEDICINE, <sup>11</sup>GRAN BRETAÑA, <sup>12</sup>PUBLIC HEALTH FOUNDATION, CENTRO DE CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, LONDON SCHOOL OF HYGIENE & TROPICAL MEDICINE, <sup>13</sup>GRAN BRETAÑA, <sup>14</sup>CAPE HEART INSTITUTE, DEPARTAMENTO DE MEDICINA & CARDIOLOGÍA, GROOTE SCHUIJER HOSPITAL, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD DE CAPE TOWN, <sup>15</sup>SUDÁFRICA, <sup>16</sup>WORLD HEART FEDERATION, <sup>17</sup>SUIZA

Presentación E-Póster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** El COVID-19 ha causado gran impacto en el mundo desde su aparición en 2019. Múltiples estudios han demostrado que, si bien la infección afecta por igual a hombres y mujeres, desenlaces como hospitalización, manejo en unidad de cuidado intensivo (UCI) y muerte hospitalaria han sido mayores en hombres. **Objetivo:** Comparar la población de un registro de COVID-19 en Latinoamérica (LATAM) y un registro de COVID-19 a nivel mundial, para determinar diferencias relevantes relacionadas con género, complicaciones cardiovasculares y desenlaces (ingreso a UCI y muerte hospitalaria) según género y zonas geográficas. **Metodología:** Estudio observacional retrospectivo, multicéntrico basado en dos registros de pacientes mayores de 18 años, con infección por SARS-CoV2 diagnosticados mediante PCR y que requirieron manejo hospitalario: CARDIOCOVID 19-20 (Mayo20-Junio21) y World Heart Federation COVID-19 (Junio20-Septiembre21). En total participaron 32 países, 14 de LATAM y 18 del resto del mundo (RM). De los 5 países de LATAM que participaron en ambos registros (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México), se incluyó solo información del registro que tenía mayor cantidad de pacientes reclutados para cada uno de estos países. **Resultados:** De 8,573 pacientes incluidos en ambos registros, quedaron para el análisis 8,045. Mediana de edad de 59 años para hombres y 60 años para mujeres. 4,899 pacientes eran hombres (44.0% de LATAM vs 56.0% del RM) y 3,146 pacientes eran mujeres (40.0% de LATAM vs 60.0% RM) (Tabla 1). En hombres, la arritmia cardíaca fue la complicación más frecuente (LATAM 9.7% vs RM 3.2%; p<0.001), seguida de falla cardíaca (LATAM 5.4% vs RM 3.8%; p<0.001), con resultados similares en mujeres (falla cardíaca LATAM: 6.9% vs RM: 3.6%; p<0.001. Arritmia cardíaca LATAM: 7.2% vs RM: 3.1%; p<0.001) (Figura 1). La mortalidad intrahospitalaria fue mayor en LATAM, tanto en hombres (27.3% vs 12.8%; p<0.001) como en mujeres (22.9% vs 10.5%; p<0.001), datos que se relacionan con mayor ingreso a UCI (Hombres: LATAM 60.0% vs RM 28.5%; p<0.001. Mujeres: LATAM 52.1% vs RM 22.8%; p<0.001) y mayor necesidad de ventilación mecánica invasiva (Hombres: LATAM 36.1% vs RM 5.1%; p<0.001. Mujeres: LATAM 29.0% vs RM 4.0%; p<0.001) en esta zona geográfica (Tabla 2). **Conclusiones:** La integración de dos registros poblacionales internacionales de COVID-19 permite comparaciones geográficas discriminando resultados según género. La población de LATAM, independiente del género, presentó formas más graves de COVID-19, lo cual resulta en mayor mortalidad hospitalaria. Análisis posteriores permitirán identificar posibles relaciones con este mayor compromiso y severidad en LATAM.



## 252

## DESACOPLOAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL POR ECOCARDIOGRAFÍA EN PACIENTES EMBARAZADAS CON HIPOTIROIDISMO: ¿ES UNA HERRAMIENTA ÚTIL?

MD M. AYALA-LEÓN<sup>1</sup>, A. CARCAÑO-ROJAS<sup>2</sup>, CA. FABELA-HARDY<sup>4</sup>, **CC CONDE-GARCÍA<sup>2</sup>**, MD R. TZOMPANTZI-FLORES<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL BENEFICENCIA ESPAÑOLA DE PUEBLA, PUEBLA, MEXICO, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD ANÁHUAC PUEBLA, ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD, PUEBLA, MEXICO, <sup>3</sup>UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA, FACULTAD DE MEDICINA, PUEBLA, MEXICO, <sup>4</sup>FACULTAD MEXICANA DE MEDICINA, UNIVERSIDAD LA SALLE, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO

Presentación E-Póster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

El acoplamiento ventrículo arterial (VAC) hace referencia a la interacción entre el trabajo contráctil del ventrículo izquierdo con la vasculatura periférica. El acoplamiento se puede expresar como la relación entre elastancia ventricular específica (Ees) y elastancia arterial (Ea). La elastancia arterial estima la oposición de la trama vascular periférica a la eyección de volumen por el ventrículo izquierdo que se puede obtener mediante presión arterial diastólica y volumen latido. La elastancia específica (Ees) se relaciona directamente con la capacidad contráctil del ventrículo izquierdo la cual es independiente de volumen. Para este estudio de casos se tomó como muestra a 12 pacientes embarazadas que cursan el segundo trimestre con antecedente de hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo con levotiroxina y a 12 pacientes embarazadas sanas. A todas se les realizó el mismo día una toma de tensión arterial sistémica y ecocardiograma transtorácico bidimensional en el que se calcularon los valores de elastancia arterial, elastancia específica y acoplamiento ventrículo-arterial. En pacientes embarazadas con hipotiroidismo se documentó desacoplamiento ventrículo arterial estadísticamente significativo, con una T de student donde el acoplamiento ventrículo arterial (VAC) promedio es  $1.2167 \pm 0.18990$  con una p de 0.024. En las pacientes embarazadas sanas este valor no mostró una importancia estadística a pesar de los cambios fisiológicos en el embarazo. Esto se explica por la deficiencia de hormonas tiroideas, que son paticipes en la contractilidad, el gasto cardiaco y las resistencias periféricas. Así entonces, el seguimiento ecocardiográfico en mujeres embarazadas con hipotiroidismo nos brinda un mejor entendimiento de su salud cardiovascular y, actualmente en América Latina no existen estudios suficientes en pacientes con factores de riesgo cardiovascular que nos permitan entender la fisiopatología de las enfermedades durante el embarazo.

## 253

## FRAILITY AND DEPENDENCY IN PATIENTS WITH HF: USEFUL IN THE PROGNOSIS OF PATIENTS?

DRA. LIDIA LÓPEZ GARCÍA<sup>1,2</sup>, DR. MANUEL MÉNDEZ BAILÓN, DR. LUIS FERNÁNDEZ CARMENA, DR. JOSE LUIS GARCÍA KLEPZIG, DR. ISIDRE VILACOSTA

<sup>1</sup>HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID, SPAIN, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD ALFONSO X EL SABIO, MADRID, SPAIN

Presentación E-Póster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Background and aims:** Frequently frail patients with HF present a decrease in the ability to perform basic activities of daily living (ABVD). Frailty and dependence are frequently related to a worse clinical prognosis and quality of life. **Methods:** Descriptive, prospective and multicenter study carried out in eighteen hospitals in Spain. A total of 482 patients diagnosed with HF were recruited and their frailty status was measured using the Short Physical Performance Battery (SPPB) scale with a cut-off point of SPPB <5 and the Barthel index. After their hospital discharge, they were followed up for 30 days to determine their mortality, assuming significant differences in  $\alpha$  values of 5% ( $p < 0.05$ ) and a statistical power of 80%. **Results:** 43.6% ( $n=152$ ) of the patients with SPPB <5 had a Barthel index <60, which shows dependence for BADL. The rest of the patients with SPPB <5 (56.4%,  $n=197$ ) with a Barthel index >60 were considered as independent ( $p=0.00$ ). After Spearman's correlation analysis, a positive correlation (0.728) is described between the SPPB variables and the Barthel index ( $p=0.00$ ). Observed 30-day mortality according to SPPB also shows differences in patient cohorts ( $p=0.00$ ). Patients with SPPB <5 died in 14.85% ( $n=54$ ) and 7.9% ( $n=30$ ) due to HF. **Conclusion:** Despite the positive correlation between variables, it should not be assumed that a good score obtained in the Barthel index rules out frailty in the patient. The Barthel index discriminates dependency very well, but it does not do so with frailty. More than half of the patients with SPPB <5 are considered independent [ $n=197$  (56.4%),  $p=0.00$ ] but they continue to be fragile with all that this entails at a prognostic level.

## 254

## ADVANCED HEART FAILURE: A FREQUENT SCENE?

DRA. LIDIA LÓPEZ GARCÍA<sup>1,2</sup>, DR. MANUEL MÉNDEZ, DR. LUIS FERNÁNDEZ CARMENA, DR. JOSE LUIS GARCÍA KLEPZIG, DR. ISIDRE VILACOSTA

<sup>1</sup>HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID, SPAIN, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD ALFONSO X EL SABIO, MADRID, SPAIN

Presentación E-Póster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Background and aims:** Advanced HF in older patients with high comorbidity is a common scenario that entails high mortality and in which the control of refractory symptoms is a challenge. **Methods:** Descriptive, prospective and multicenter study carried out in patients diagnosed with acute HF in which the cardinal symptoms of HF were assessed, the dependence determined by the Barthel index was measured and they were followed up after hospital discharge in which the destination was analyzed, at discharge and 30-day prognosis. **Results:** 482 patients were included in the study. The degree of dependence of the patients was assessed by the Barthel index ( $n=477$ ), obtaining that 34.4% of the patients were dependent for the basic activities of daily living. Of the discharged patients, their most frequent destination was primary care in 41%, followed by monographic review (23.4%), internal medicine (11.5%), cardiology (11.5%) and, to a lesser extent, palliative care and hospitalization at home, both 1.9%. After 30 days after hospital discharge, 22.18% of the patients had a hospital admission, in 6.38% of the cases the reason was heart failure. Mortality at 30 days was 15.40%, with death from HF being reported in 9.07% of cases. **Conclusion:** In this study, the number of patients discharged to palliative care and hospitalization at home is low if we look at final mortality. Care at the end of HF is underdeveloped and palliative care aimed at controlling HF symptoms can be lengthy in some patients and should not start only in the patient's agony phase. We must keep this term in mind in the elderly with HF and very frequent readmissions and exacerbations.

## 255

## ASOCIACIÓN DE ATEROESCLEROSIS SUBCLÍNICA EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDE E HIPOTIROIDISMO

DRA. VALERIA GONZÁLEZ-GONZÁLEZ<sup>1</sup>, DR. MED. JR AZPIRI-LÓPEZ<sup>2</sup>, DR. MED. DA GALARZA-DELGADO<sup>1</sup>, DRA. C. IJ COLUNGA-PEDRAZA<sup>1</sup>, DR. VM BELTRÁN-AGUILAR<sup>1</sup>, DR. AG ARIAS-PERALTA<sup>3</sup>, DR. JA GARDENAS-DE LA GARZA<sup>1</sup>, DRA. G GARCÍA-ARELLANO<sup>1</sup>, DRA. RI ARVIZU RIVERA

<sup>1</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", MONTERREY, MEXICO, <sup>2</sup>SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", MONTERREY, MEXICO

Presentación E-Póster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** Las pacientes con artritis reumatoide (AR), el hipotiroidismo clínico se ha visto asociado a un riesgo cuatro veces mayor de eventos cardiovasculares (ECV) en comparación con las pacientes eutiroideas con AR, independientemente de los factores de riesgo tradicionales (1). **Objetivo:** Comparar si las pacientes mujeres con AR e hipotiroidismo tienen mayor prevalencia de aterosclerosis subclínica que las pacientes con AR eutiroideas. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y transversal. Se incluyeron pacientes mujeres de 40 a 75 años con diagnóstico de AR que cumplieran con los Criterios de Clasificación de ACR/EULAR 2010. Hipotiroidismo clínico se definió por historia clínica documentada de hipotiroidismo. Pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular fueron excluidos. Se realizó un ultrasonido carotídeo a todos los participantes del estudio, y se valoró la presencia de placa carotídea (PC), definida como un grosor difuso de la íntima media carotídea (GIMc)  $\geq 1.2$ mm o un grosor focal  $\geq 0.5$ mm. Aterosclerosis subclínica se definió como la presencia de PC o un GIMc  $\geq 0.8$ mm. La distribución fue evaluada con la prueba de Shapiro-Wilk. Comparaciones con prueba de Chi-cuadrado o exacta de Fisher, o T de Student se correspondía. Un valor de  $p < 0.05$  fue considerado estadísticamente significativo. **Resultados:** Se incluyeron un total de 46 pacientes. Las características demográficas se muestran en la Tabla 1. Al realizar la comparación entre las mujeres con AR e hipotiroidismo y mujeres con AR eutiroideas no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la presencia de aterosclerosis subclínica (21.7% vs 26.1%,  $p=0.451$ ). **Conclusiones:** Las mujeres con AR e hipotiroidismo demostraron no tener diferencia estadísticamente significativa en la presencia de aterosclerosis subclínica en comparación con las mujeres con AR eutiroideas.

Tabla 1. Características demográficas y hallazgos en el ultrasonido.

Característica	Mujeres con AR e hipotiroidismo	Mujeres con AR eutiroideas	p
Edad (media $\pm$ DE)	56.50 $\pm$ 12.2	57.02 $\pm$ 10.2	NS
IMC ( $\pm$ SD)	24.0	24.0	NS
IMC $\geq 30$ (%)	11.30	11.40	NS
Diabetes (%)	3.27	4.07	NS
Hipertensión (%)	23.90	20.87	NS
Tabaquismo activo (%)	2.17	1.81	NS
PC (%)	21.74	26.17	NS
PC difusa (%)	8.04	8.27	NS
PC focal (%)	13.70	17.90	NS
GIMc $\geq 0.8$ (%)	14.35	16.52	NS
GIMc $\geq 1.2$ (%)	7.39	8.83	NS

AR, artritis reumatoide; DE, desviación estándar; SD, no confundir; IMC, índice de masa corporal; IMC  $\geq 30$ , sobrepeso-obesidad; PC, placa carotídea; GIMc, grosor íntima media carotídea.

## Bibliografía:

1. Raterman HG, van Halm VP, Voskuyl AE, Simsek S, Dijkmans BAC, Nurmohamed MT. Rheumatoid arthritis is associated with a high prevalence of hypothyroidism that amplifies its cardiovascular risk. Ann Rheum Dis. 2008 Feb;67(2):229–32.

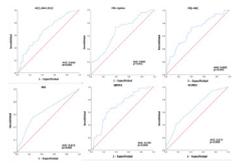
256

LA MEJOR CALCULADORA DE RIESGO CARDIOVASCULAR PARA PREDECIR LA PRESENCIA DE ATEROESCLEROSIS SUBLÍNICA EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDE

DRA. VALERIA GONZÁLEZ-GONZÁLEZ<sup>1</sup>, DR. MED. DA GALARZA-DELGADO<sup>1</sup>, DRA. C. IJ COLUNGA-PEDRAZA<sup>1</sup>, DR. MED. JR AZPIRI-LÓPEZ<sup>2</sup>, DR. VM BELTRÁN-AGUILAR<sup>1</sup>, DR. AG ARIAS-PERALTA<sup>2</sup>, DR. JA CARDENAS-DE LA GARZA<sup>1</sup>, DRA. G GARCÍA-ARELLANO<sup>1</sup>, DRA. RI ARVIZU RIVERA

<sup>1</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", MONTERREY, MEXICO. <sup>2</sup>SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", MONTERREY, MÉXICO

Presentación E-Poster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15  
**Introducción:** La enfermedad cardiovascular aterosclerótica es la principal causa de muerte en los pacientes con artritis reumatoide (AR). La inflamación crónica aumenta el riesgo cardiovascular (RCV) en estos pacientes (1). Las enfermedades cardíacas siguen siendo la causa más probable de muerte para una mujer (2). **Objetivo:** Comparar seis algoritmos de RCV con los hallazgos del ultrasonido carotídeo en mujeres con AR e identificar el algoritmo con el punto de corte con mejor sensibilidad para la detección de placa carotídea (PC). **Material y métodos:** Estudio transversal y descriptivo. Se incluyeron pacientes mujeres de 40 a 75 años con diagnóstico de AR que cumplieran con los Criterios de Clasificación de ACR/EULAR 2010. Pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular fueron excluidos. El RCV se calculó mediante seis algoritmos: ACC/AHA 2013, FRS-Lípidos, FRS-IMC, RRS, QRISK3 y SCORE2. Se realizó un ultrasonido carotídeo a todas las participantes del estudio, y se valoró la presencia de placa carotídea (PC), definida como un grosor difuso de la íntima media carotídea (GIMC)  $\geq 1.2$ mm o un grosor focal  $\geq 0.5$ mm. Se realizó un análisis de curva ROC y se determinaron los puntos de corte de cada algoritmo mediante el Índice de Youden. Se calculó el área bajo la curva (AUC), la sensibilidad, la especificidad y los cocientes de probabilidad (LR). Un valor de  $p \leq 0.05$  fue considerado estadísticamente significativo. **Resultados:** Se incluyeron 158 mujeres con diagnóstico de AR. La prevalencia de PC fue de 32.3%. Los resultados se muestran en la Figura 1. **Conclusiones:** El algoritmo de FRS-Lípidos fue uno de los mejores algoritmos para la detección de PC en mujeres, con la mejor sensibilidad en comparación con los otros algoritmos, sin embargo, en el grupo de bajo riesgo ninguno de los algoritmos demostró ser suficientemente efectivo en la predicción de riesgo cardiovascular. Por lo que sugerimos integrar el ultrasonido carotídeo como parte de la evaluación inicial en las mujeres con artritis reumatoide.



257

SEGUIMIENTO A 5 AÑOS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: PREVALENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES ADVERSOS MAYORES

DRA. VALERIA GONZÁLEZ-GONZÁLEZ<sup>1</sup>, DR. MED. JR AZPIRI-LÓPEZ<sup>2</sup>, DR. MED. DA GALARZA-DELGADO<sup>1</sup>, DRA. C. IJ COLUNGA-PEDRAZA<sup>1</sup>, DR. VM BELTRÁN-AGUILAR<sup>1</sup>, DR. AG ARIAS-PERALTA<sup>2</sup>, DR. JA CARDENAS-DE LA GARZA<sup>1</sup>, DRA. G GARCÍA-ARELLANO<sup>1</sup>, DRA. RI ARVIZU RIVERA

<sup>1</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", MONTERREY, MEXICO. <sup>2</sup>SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", MONTERREY, MÉXICO

Presentación E-Poster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00  
**Introducción:** La principal causa de mortalidad en los pacientes con artritis reumatoide (AR) es la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (1), la cual se considera una de las principales causas para desarrollar eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE, por sus siglas en inglés) dentro de los que se incluyen: infarto agudo al miocardio (IAM), muerte súbita cardíaca, accidente cerebrovascular (ACV), hospitalización por causa CV y revascularización. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de MACE en pacientes con AR a 5 años y su asociación respecto a la estratificación de riesgo cardiovascular (RCV) por medio de seis algoritmos en una Clínica Preventiva de Cardio-Reuma. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y transversal. Se incluyeron pacientes de 40 a 75 años con diagnóstico de AR que cumplieran con los Criterios de Clasificación de ACR/EULAR 2010. El RCV se calculó mediante 6 algoritmos: ACC/AHA 2013, FRS-Lípidos, FRS-IMC, RRS, QRISK3 y SCORE2. La distribución fue evaluada con la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Comparaciones con prueba de Chi-cuadrada o exacta de Fisher, o T de Student o U de Mann Whitney, según correspondiera. Un valor de  $p \leq 0.05$  fue considerado estadísticamente significativo. **Resultados:** Se incluyeron un total de 81 pacientes de los cuales 8 presentaron algún MACE. Las características demográficas se muestran en la Tabla 1. La prevalencia de los MACE a 5 años fue de 3 (42.9%) para ACV, 2 (28.6%) en procedimientos de revascularización, 1 (14.3%) de hospitalización por causa cardiovascular y 1 (14.3%) de IAM. De todos los pacientes que presentaron algún MACE durante su seguimiento, 5 (62.5%) pacientes fallecieron. Al comparar los algoritmos de RCV para predecir el RCV entre los pacientes con y sin MACE se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el algoritmo de FRS-Lípidos ( $p=0.026$ ), FRS-IMC ( $p=0.001$ ) y QRISK3 ( $p=0.008$ ). **Conclusiones:** Los algoritmos de RCV de FRS-Lípidos, FRS-IMC y QRISK3 predijeron de mejor manera el riesgo cardiovascular a 10 años de los pacientes que presentaron algún MACE durante el seguimiento en nuestros pacientes de la Clínica de Cardio-Reuma.  
**Bibliografía:**  
 1. Crowson CS, Rollefstad S, Ikdhah E, Kitas GD, van Riel PLCM, Gabriel SE, et al. Impact of risk factors associated with cardiovascular outcomes in patients with rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2018 Jan 1;77(1):48-54.

Tabla 1. Características demográficas y hallazgos de los algoritmos de RCV.

Características	Pacientes con AR sin MACE (n=73)	Pacientes con AR con MACE (n=8)	Valor p
Edad años, media $\pm$ DE	58.62 $\pm$ 9.23	62.38 $\pm$ 8.12	NS
Mujeres, n (%)	68(93.2)	7(87.5)	NS
DM2, n (%)	6 (8.2)	2 (25.0)	NS
HTA, n (%)	29 (39.7)	7 (87.5)	0.003
Dislipidemia, n (%)	17 (23.3)	1 (12.5)	NS
Obesidad, n (%)	24 (32.9)	6 (75.0)	0.019
Tabaquismo activo, n (%)	6 (8.2)	1 (12.5)	NS
ACC/AHA 2013, media (DR)	3.87(1.00-7.72)	8.00(6.00-9.00)	NS
FRS-Lípidos, media (DR)	6.47(1.15-12.44)	16.00(8.50-23.50)	0.026
FRS-IMC, media (DR)	7.70(1.11-11.39)	12.25(5.50-18.00)	0.001
RRS, media (DR)	1.50(1.00-2.37)	1.50(1.00-2.00)	NS
QRISK3, media (DR)	9.86(1.80-16.60)	12.80(7.00-24.00)	0.008
SCORE2, media (DR)	7.00(1.00-12.00)	9.00(6.00-11.00)	NS

AR, artritis reumatoide; MACE, evento cardiovascular adverso mayor; DE, desviación estándar; NS, no significativo; DM2, diabetes mellitus tipo 2; HTA, hipertensión arterial; FRS, puntuación de Framingham; DR, índice de riesgo coronario; DR, puntuación de Reynolds.

258

ASOCIACIÓN DE ATEROESCLEROSIS SUBLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y SÍNDROME METABÓLICO COMPARADO CON CONTROLES

DRA. VALERIA GONZÁLEZ-GONZÁLEZ<sup>1</sup>, DR. MED. DA GALARZA-DELGADO<sup>1</sup>, DRA. C. IJ COLUNGA-PEDRAZA<sup>1</sup>, DR. MED. JR AZPIRI-LÓPEZ<sup>2</sup>, DR. VM ARIAS-PERALTA<sup>1</sup>, DR. AG ARIAS-PERALTA<sup>2</sup>, DR. JA CARDENAS-DE LA GARZA<sup>1</sup>, DRA. G GARCÍA-ARELLANO<sup>1</sup>, DRA. RI ARVIZU RIVERA

<sup>1</sup>SERVICIO DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", MONTERREY, MEXICO. <sup>2</sup>SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ", MONTERREY, MÉXICO

Presentación E-Poster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00  
**Introducción:** La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad crónica inmunomediada, con afectación osteoarticular axial y periférica que se asocia a un aumento de la mortalidad por enfermedad cardiovascular (CV) (1,2). **Objetivo:** Comparar si los pacientes con APs y síndrome metabólico (SM) tienen mayor prevalencia de aterosclerosis subclínica comparados con artritis psoriásica sin SM y SM sin APs. **Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo y comparativo. Se incluyeron pacientes de 40 a 75 años que cumplieran con los Criterios de Clasificación para APs 2006. SM fue definido de acuerdo a los Criterios NCEP ATP III. En el grupo control con SM, los pacientes fueron pareados por edad ( $\pm 5$  años), sexo y comorbilidades. Pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular fueron excluidos. Se realizó un ultrasonido carotídeo a todos los participantes del estudio, y se valoró la presencia de placa carotídea (PC), definida como un grosor difuso de la íntima media carotídea (GIMC)  $\geq 1.2$ mm o un grosor focal  $\geq 0.5$ mm. Aterosclerosis subclínica se definió como la presencia de PC o un GIMC  $\geq 0.8$ mm. La distribución fue evaluada con la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Comparaciones con prueba de Chi-cuadrada o ANOVA, según correspondiera. Un valor de  $p \leq 0.05$  fue considerado estadísticamente significativo. **Resultados:** Se incluyeron un total de 96 pacientes. Las variables demográficas se pueden observar en la Tabla 1. Al realizar la comparación entre los grupos de APs con y sin SM no se encontró diferencia estadísticamente significativa en la presencia de PC (43.8% vs 37.5%,  $p=0.425$ ), aumento del GIMC (43.8% vs 37.5%,  $p=0.999$ ) y aterosclerosis subclínica (43.8% vs 37.5%,  $p=0.429$ ) (Tabla 1). **Conclusiones:** Los pacientes con APs y SM demostraron no tener diferencia estadísticamente significativa en la presencia de aterosclerosis subclínica en comparación con los pacientes con APs sin SM, por lo que podemos decir que independientemente de los factores de riesgo CV tradicionales, la presencia de APs aumenta por sí sola el riesgo de sufrir eventos CV.  
**Bibliografía:**  
 1. Veale DJ, Fearon U. The pathogenesis of psoriatic arthritis. Vol. 391, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2018. p. 2273-84.  
 2. Polachek A, Touma Z, Anderson M, Eder L. Risk of cardiovascular morbidity in patients with psoriatic arthritis: a metaanalysis of observational studies. Arthritis Care Res (Hoboken). 2017;69(1):67-74.

Tabla 1. Características demográficas y hallazgos del ultrasonido carotídeo.

Características	Pacientes con APs y sin SM (n=32)	Pacientes con APs y con SM (n=23)	Controles con SM (n=23)	Valor p
Edad años, media $\pm$ DE	54.53 $\pm$ 7.89	55.50 $\pm$ 8.30	54.25 $\pm$ 7.28	NS
Mujeres, n (%)	19 (59.4)	13 (56.5)	19 (82.6)	NS
PC, n (%)	14 (43.8)	11 (47.8)	9 (39.1)	NS
PC unilateral, n (%)	1 (3.1)	1 (4.3)	2 (8.7)	0.887
PC bilateral, n (%)	13 (40.7)	10 (43.5)	7 (30.4)	NS
GIMC $\geq 0.8$ mm, n (%)	14 (43.8)	12 (52.2)	13 (56.5)	0.861
GIMC $\geq 1.2$ mm, n (%)	1 (3.1)	5 (21.7)	0 (0.0)	0.041
Unilateral, n (%)	0 (0.0)	7 (30.4)	0 (0.0)	0.011
Bilateral, n (%)	14 (43.8)	12 (52.2)	13 (56.5)	NS

NS, no significativo; DM2, diabetes mellitus tipo 2; HTA, hipertensión arterial; TO, triglicéridos; PC, placa carotídea; GIMC, grosor de la íntima media carotídea.

260

SÍNDROME POST COVID-19 EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE COVID GRAVE: EXPERIENCIA EN LATINOAMÉRICA

DR. JUAN ESTEBAN GÓMEZ MESA<sup>1,2</sup>, DR. BRAYAN DANIEL CORDOBA MELO<sup>1,2</sup>, DRA. JULIANA MARÍA GUTÉRREZ POSSO<sup>1,2</sup>, DRA. MANUELA ESCALANTE FERRO<sup>1,2</sup>, DR. CESAR JOSÉ HERRERA<sup>3</sup>, DR. MIGUEL ÁNGEL QUINTANA DA SILVA<sup>4</sup>, DR. ANDRÉS FELIPE BUITRAGO SANDOVAL<sup>5</sup>, DRA. MARÍA LORENA CORONEL GILIO<sup>6</sup>, DR. FREDDY POW CHONG LONG<sup>7</sup>, DRA. LILIANA PATRICIA CÁRDENAS ALDAZ<sup>8</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA, <sup>2</sup>CENTRO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS, FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA, <sup>3</sup>CENTRO DE DIAGNÓSTICO, MEDICINA AVANZADA Y TELEMEDICINA (CEDIMAT), SANTO DOMINGO, REPÚBLICA DOMINICANA, <sup>4</sup>INSTITUTO CARDIOVASCULAR SANATORIO MIGONNE, ASUNCIÓN, PARAGUAY, <sup>5</sup>FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ, BOGOTÁ, COLOMBIA, <sup>6</sup>INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA J.F. CABRAL, CORRIENTES, ARGENTINA, <sup>7</sup>HOSPITAL LUIS VERNAZA, GUAYAQUIL, ECUADOR, <sup>8</sup>HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, QUITO, ECUADOR

Presentación E-Poster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15  
**Introducción:** El COVID-19 apareció en 2019 y para febrero/2023 se habían notificado aproximadamente 700 millones de casos a nivel mundial y casi 7 millones de muertes. Latinoamérica (LATAM) ha sido muy impactado por la pandemia, representando alrededor del 25% de los casos a nivel global. Se prevé que las secuelas crónicas (después de 12 semanas) de esta enfermedad alteren sustancialmente la calidad de vida de millones de personas. Estas secuelas adoptan diferentes manifestaciones que dificultan su reconocimiento, por lo que se han agrupado como el síndrome post COVID-19. Surge la necesidad de estudios poblacionales para indagar sobre las manifestaciones de este síndrome en LATAM. **Objetivo:** Evaluar la presencia de signos, síntomas o complicaciones cardiovasculares en pacientes con antecedente de hospitalización por COVID-19 grave entre mayo/2020 y junio/2021. Se definió COVID-19 grave si presentaba: Manejo en UCI, injuria miocárdica (troponina elevada), riesgo elevado de tromboembolismo venoso (dímero D elevado) o complicaciones cardiovasculares durante la hospitalización. **Métodos:** Estudio de cohorte prospectivo y multicéntrico, que incluyó pacientes mayores de 18 años hospitalizados por COVID-19 grave del Registro Latinoamericano de Enfermedad Cardiovascular y COVID-19: CARDIO COVID 19-20. Se realizó un seguimiento (presencial o virtual) entre febrero/22 y febrero/2023. Se incluyeron variables demográficas, comorbilidades, signos y síntomas, examen físico, evaluaciones psiquiátricas, estilo de vida y complicaciones cardiovasculares. Se realizó un sub estudio de parámetros (biomarcadores de injuria miocárdica) y un sub estudio de imágenes diagnósticas (ecocardiograma transtorácico y resonancia magnética cardíaca). **Resultados:** De 3.260 pacientes reclutados en CARDIO COVID 19-20, 1980 (60.7%) tuvieron COVID grave. De estos, 82.1% (n=1626) sobrevivió 30 días después del egreso hospitalario. Se contactaron y evaluaron 272 pacientes (13.6%) de 7 instituciones de 5 países de LATAM. 65.0% participaron en un sub estudio de parámetros y 63.6% en un subestudio de imágenes. La mediana de edad fue 59.5 años (RiC 50-70) y el sexo masculino representó el 60.3%. La principal comorbilidad fue obesidad/sobrepeso (57%). Los síntomas más frecuentes fueron fatiga (52.2%) y mialgia/artralgia (47.4%), mientras que la hipertensión arterial (4.4%) y la fibrilación auricular (3.3%) fueron las complicaciones cardiovasculares más comunes. **Conclusiones:** En el seguimiento a más de 20 meses después de un episodio de COVID-19 grave, se evidencia una alta prevalencia de signos y síntomas inespecíficos, así como un porcentaje significativo de complicaciones cardiovasculares de novo. En análisis posteriores estaremos evaluando la correlación entre estas manifestaciones y complicaciones con biomarcadores, aspectos psiquiátricos, y hallazgos imagenológicos en población de LATAM.



## 261

**PREVENCIÓN DE EVENTO CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN UN PACIENTE CON ATEROMATOSIS DE AORTA ASCENDENTE SOMETIDO A CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCARDICA A TRAVÉS DE ECOCARDIOGRAMA EPIAORTICO**DOCTORA T CORONADO<sup>1</sup>, DOCTORA A GARZON<sup>1</sup>, DOCTOR M OCHOA<sup>1</sup>, DOCTOR M GUERRA<sup>1</sup>, DOCTOR S SOLIS<sup>1</sup><sup>1</sup>HOSPITAL PACIFICA SALUD, PANAMA, PANAMA

Presentación E-Poster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Antecedentes:** La disfunción neurológica después de la utilización de circulación extracorpórea CEC permanece como una de las mayores causas de morbilidad asociadas con los procedimientos quirúrgicos cardíacos. La enfermedad ateromatosa de la aorta torácica es un factor de riesgo significativo para eventos isquémicos cerebrales después de cirugía cardíaca siendo una complicación devastadora. Los factores primarios responsables de este daño neurológico son: la hipoperfusión y el embolismo cerebral siendo la canulación aórtica, el clampaje aórtico, colocación de injertos en la aorta ascendente, fuentes importantes para el mismo. La palpación manual de la aorta de manera subjetiva no se considera una maniobra útil para valorar la placa ateromatosa. El ecocardiograma epiaortico de la aorta ascendente ha mostrado ser seguro, rápido, fácil de realizar y puede detectar con precisión enfermedad ateromatosa en la aorta ascendente. En pacientes con moderada enfermedad aterosclerótica existe la posibilidad de cambiar el sitio de canulación arterial, realización de cirugía fuera de bomba, cambio en el sitio de anastomosis etc para evitar la isquemia cerebral. **Descripción del caso:** Masculino de 90 años con historia de angina en reposo quien fue admitido para una revascularización miocárdica. Angiografía Coronaria reveló enfermedad trivascular severa. CAT Scan Tórax mostró calcificada de la aorta torácica y abdominal. El Doppler Carotídeo Bilateral informa placas ateromatosas calcificadas en la Arteria Carótida Común, Arteria Carótida Izquierda y Arteria Carótida Externa bilateralmente, que condiciona estenosis menor del 50%. En intraoperatorio se realiza ecocardiograma epiaortico mostrando un placa ateromatosa en la pared posterior de la aorta ascendente de aproximadamente 6.4 mm, Grado IV. Se coloca 1 anastomosis de arteria mamaria interna izquierda a la arteria descendente anterior, 1 puente aorto-safeno de primer tronco supraórtico a la Obtusa marginal 1. Se extuba a las 6 horas en UCI, función neurológica conservada y se le da de alta hospitalaria a los 5 días sin ninguna complicación. **Discusión:** La Ultrasonografía epiaortica ha incrementado su uso en las últimas décadas especialmente para procedimientos que involucren la manipulación de la aorta. La palpación directa de la aorta por parte del cirujano es una práctica habitual, pero sigue siendo muy subjetivo y podría interpretarse erróneamente. El uso de ultrasonografía epiaortica evalúa con precisión y en tiempo real características como el tamaño, localización y grado de aterosclerosis de la aorta ascendente por lo que podría cambiar el abordaje quirúrgico, sitio de clampaje aortico y posición de los puentes, evitando así la isquemia cerebral posoperatoria.



## 262

**ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE VÁLVULA PULMONAR NATIVA EN CORAZÓN PREVIAMENTE SANO**DR. ANDRÉS AGUILAR SILVA<sup>1</sup>, DR. TOMAS SANCHEZ VAZQUEZ<sup>1</sup>, DR. ALFONSO SANCHEZ CARDEL<sup>1</sup>, DRA. YOLOXOCHITL GARCIA JIMENEZ<sup>1</sup><sup>1</sup>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, VERACRUZ, MEXICO

Presentación E-Poster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

La endocarditis infecciosa de válvulas derechas es, principalmente, una enfermedad de usuarios de drogas intravenosas, su incidencia varía de 6 a 10% en diferentes series. Las manifestaciones clínicas de la endocarditis en válvula pulmonar no son las manifestaciones clásicas de endocarditis infecciosas. Representa un reto diagnóstico en personas que no cuentan con factores de riesgo para endocarditis. Se presenta el caso de una paciente femenina con obesidad G-III e hipertensión arterial sistémica, sin otro factor predisponente con un corazón previamente sano. Reporte de caso: Paciente femenina de 56 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica de 20 años de diagnóstico en tratamiento con ARA II y antagonista de canales de calcio. Sin otros antecedentes de relevancia. Cuadro clínico de 1 mes de evolución, caracterizado por tos no productiva. Dos semanas previas a su hospitalización presenta exacerbación de cuadro descrito, agregándose alzas térmicas de predominio vespertino, mialgias, artralgias y pérdida de peso de 6 kgs. ruidos cardíacos rítmicos con soplo holosistólico III/IV en foco pulmonar. Ecocardiograma transtorácico con válvula pulmonar severamente desestructurada con imágenes agregadas en el plano valvular de 13 x 10 mm e insuficiencia moderada. (Figura 1). En los controles de laboratorio se observa con leucocitosis (13 000), secundaria a neutrofilia. Hemocultivo sin desarrollo bacteriano. Se inicia tratamiento antimicrobiano con doble esquema a base de cefalosporina de tercera generación asociado a macrólido. Posterior a 4 semanas de tratamiento se realiza revaloración ecocardiográfica en el que se observa incremento del tamaño de la vegetación. Se ajusta manejo antibiótico con linezolid por 2 semanas. Se decide manejo quirúrgico por incremento de vegetación de hasta 12x27 mm con desestructuración de válvula pulmonar. Posteriormente se realiza resección de vegetación más implante de válvula pulmonar mecánica Medtronic No. 23. Se realizó biopsia de válvula pulmonar con reporte de absceso, necrosis y destrucción de válvula pulmonar, con cultivo de vegetación en válvula pulmonar con staphylococcus hominis por lo cual se inició manejo dirigido con cefalosporina de primera generación y fluoroquinolona. Cursando con adecuada evolución clínica. **Conclusión:** Este caso presentamos una entidad rara en un paciente sin factores de riesgo predisponentes con un corazón estructuralmente sano. El inicio insidioso de los síntomas con tos y sin estigmas periféricos hizo el diagnóstico tardado y mas difícil. La válvula pulmonar debe ser valorada cuidadosamente con ecocardiografía transtorácica y si se documenta negativo realizar evaluación posterior con ecocardiograma transesofágico.



## 263

**DISECCIÓN AORTICA STANFORD B CON PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA DE EXTREMIDAD INFERIOR**DR. ANDRÉS AGUILAR SILVA<sup>1</sup>, DRA. YOLOXOCHITL GARCÍA JIMÉNEZ<sup>1</sup>, DR. ALFONSO SANCHEZ CARDEL<sup>1</sup><sup>1</sup>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, VERACRUZ, MEXICO

Presentación Casos Clínicos para PREMIO, Hub Innovación, junio 7, 2023, 11:15 - 13:00

**Introducción:** Las disecciones aórticas son desgarros longitudinales en la pared aórtica con separación de la íntima y la media, dividiendo las capas en lúmenes verdaderos y falsos. Como complicaciones conduce a la ruptura aórtica, pérdida masiva de sangre, daño isquémico de órganos vitales y con frecuencia resulta en un desenlace fatal. **Resumen clínico:** Masculino de 31 años con antecedente de hipertensión arterial desde los 20 años en tratamiento con IECA sin seguimiento clínico. Inicia al presentar parestesias y disminución de fuerza muscular en miembro inferior derecho. A su ingreso a urgencias con TA de 220/112 mmHg, FC de 113 lpm. Con ausencia de pulso pedio y popliteo, se realizó angiografía toracoabdominal, pélvica y de miembros inferiores documentando disección aortica Stanford A con colgajo de disección extenso iniciando antes de arteria subclavia izquierda, con involucro de 6 arterias vertebrales, tronco celiaca, rama hepática, mesentérica superior y arteria renal derecha documentando zonas de infarto a nivel de parénquima renal en lóbulo superior e inferior (Figura 1), oclusión total de arteria iliaca común derecha trombosada y e iliaca común izquierda con colgajo en su interior trombosada (Figura 2). El paciente se sometió a exploración vascular femoral, axilar y subclavia derecha con Un bypass extra-anatómico axilo-femoral y bypass femoro-femoral. Evolución del caso: Cursando con deterioro, persistió con cifras elevadas de tensión arterial ingresando a unidad de cuidados intensivos, se inició esmolol intravenoso, transcurriendo con deterioro de función renal requiriendo de inicio de terapia sustitutiva renal mediante hemodiafiltración veno-venosa continua, presentando sangrado de tubo digestivo alto, 24 horas posteriormente presenta deterioro súbito de estado neurológico requiriendo manejo avanzado de vía aérea, ante sospecha de probable extensión de disección aortica se solicitó nueva angiografía reportando disección a nivel de arteria carótida primitiva izquierda hasta bulbo carotídeo, evolucionando con alto apoyo de vasopresor y desenlace fatal. **Conclusión:** El 10% de pacientes con disección aortica aguda cursa sin dolor o con síntomas atípicos, existiendo mayor mortalidad al demorarse el diagnóstico. En el presenta caso informamos de un paciente que se presentó con isquemia aguda de extremidad inferiores, posteriormente desarrollo síndromes de malperfusión visceral (sangrado de tubo digestivo alto, lesión renal, hepatitis isquémica, deterioro neurológico) y finalmente muerte. Se debe considerar la disección aortica aguda en pacientes jóvenes con presentación atípica de isquemia aguda de las extremidades inferiores. Esperemos este caso de la importancia de estas características atípicas para que los futuros pacientes puedan ser diagnosticados y tratados antes.



## 264

**ENDOCARDITIS DE LIBMAN-SACKS E INSUFICIENCIA AORTICA SEVERA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS Y SÍNDROME DE SJÖGREN**DR. ANDRÉS AGUILAR SILVA<sup>1</sup>, DRA. YOLOXOCHITL GARCÍA JIMÉNEZ<sup>1</sup>, DR. ALFONSO SANCHEZ CARDEL<sup>1</sup>, DRA. MARISOL NAVARRETE OSUNA<sup>1</sup><sup>1</sup>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, VERACRUZ, MEXICO

Presentación E-Poster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes:** Pacientes con enfermedades autoinmunes como síndrome antifosfolípidos y lupus eritematoso sistémico tienen mayor frecuencia de involucro valvular que llevan a lesiones valvulares caracterizada por engrosamiento valvular y vegetaciones conocidas como endocarditis de Libman-Sacks condicionando disfunción valvular y aumento de mortalidad. Aproximadamente 70% con síndrome antifosfolípido primario y 23% en pacientes con LES tendrán afección valvular. **1.2 Descripción del caso:** Masculino de 68 años con diagnóstico de lupus, síndrome antifosfolípidos secundario y síndrome de Sjögren secundario de 8 años de diagnóstico, trombosis venosa profunda hace 7 años, cáncer de colon diagnosticado en 2017 con hemicolectomía izquierda. Inicia con mialgias, artralgias, lumbalgia y fiebre valorado por reumatología ajustando manejo esteroide sin mejoría, como protocolo de estudio se realizó ecocardiograma documentando vegetación móvil adherida a valva coronaria izquierda e insuficiencia aortica severa, se realizó hemocultivos reportándose sin desarrollo en dos ocasiones, se realizó ecocardiograma transesofágico con vegetación de 3x5 mm a nivel de válvula coronaria izquierda y otra a nivel de base coronaria derecha, móvil, vibrátil de 14x6 mm condicionando insuficiencia aortica severa, se protocolizo y acepto para reemplazo valvular aórtico documentando vegetaciones friables en las tres valvas realizando reemplazo valvular con válvula aortica mecánica, con evolución favorable y siendo egresado. **Conclusiones:** En pacientes con LES y síndrome antifosfolípidos la actividad de la enfermedad asociada con las condiciones autoinmunes condiciona mayor susceptibilidad a inflamación y agentes infecciosos. 3,4,5 En nuestro caso al contar con hemocultivos negativos y por las características de las lesiones valvulares se diagnosticó como endocarditis infecciosa requiriendo reemplazo valvular aortico. En consecuencia, este informe sugiere que la ocurrencia de valvulopatía debe ser alertada durante el examen de pacientes con SAF, especialmente en aquellos con LES. Además, establecer un diagnóstico precoz y realizar un seguimiento cercano son necesarios para su intervención y tratamiento oportunos.



265

TAKOTSUBO Y BLOQUEO AV COMPLETO

DRA. YHAQUELINA ADMELI QUISPE VILLCA, DR. M. ROCA ALVAREZ<sup>1</sup>, DR. A. ANTEZANA CÓRDOVA<sup>1</sup>, DRA. C. LOSANTOS SAAVEDRA<sup>1</sup>, DR. R. MENACHO DELGADILLO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL OBRERO NRO.1, LA PAZ, BOLIVIA

Presentación E-Póster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15  
 El caso clínico se trata de paciente femenina de 54 años de edad, con antecedente de hipertrigliceridemia, cuyo cuadro clínico inició en horas de la mañana (9:00 am), con dolor precordial de tipo opresivo de 10/10, irradiado a hombro izquierdo, asociado a disnea, mareos, diaforesis, náuseas y vómitos, posterior a estrés emocional (recibió la noticia de que su hijo había sufrido un accidente en motocicleta), por lo que la paciente fue llevada a urgencias del hospital más cercano, se le realizó electrocardiograma que muestra bloqueo AV completo y al encontrar datos de bajo gasto cardiaco, fue evaluada por unidad de cuidados intensivos y se inició infusión de dopamina, posteriormente la paciente fue trasladada a nuestro Hospital (seguro social). La paciente a su ingreso en nuestro hospital se encontraba en regular estado general, con presión arterial 98/54 mmHg, frecuencia cardiaca 36 lpm, saturación de oxígeno 90% aire ambiente, frecuencia respiratoria 18 cpm, sin distensión venosa yugular. La auscultación del precordio reveló ruidos cardiacos regulares y bradicárdicos, sin soplos. La auscultación pulmonar bilateral con murmullo vesicular conservado. Extremidades sin presencia de edema, llenado capilar menor a 2 segundos. El electrocardiograma de ingreso mostró AV completo, frecuencia ventricular de 40/minuto, QRS estrecho y patrón de bloqueo de rama derecha. Los análisis de laboratorio mostraron CK-MB 56 UI/L, troponina I positiva (cualitativa). El ecocardiograma mostró discinesia apical en todos sus segmentos, disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, fracción de eyección 41%. Se le colocó marcapaso transitorio y ante la sospecha de infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST, se realizó coronariografía que evidenció arterias coronarias sin lesiones estenóticas significativas y ventriculografía que mostró contractilidad global disminuida con fracción de eyección 35% y acinesia apical. Posterior a 10 días de su ingreso se le realizó un ecocardiograma de control que mostró mejoría en la contractilidad ventricular izquierda (fracción de eyección del ventrículo izquierdo 55%), sin embargo persistía el bloqueo AV completo por lo que se decidió implante de marcapasos bicameral permanente, posteriormente la paciente fue egresada del hospital en buenas condiciones generales. Nuestro caso muestra una rara asociación entre bloqueo AV y Takotsubo y el reconocimiento de los defectos de conducción AV en éstos pacientes es importante, porque pueden no resolverse y necesitar una intervención como el implante de marcapasos, ya que esa situación durante la fase aguda expone a pacientes al riesgo de eventos adversos graves.

266

CHIKUNGUNYA COMO GATILLO PARA UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

DR. HERNÁN JOSÉ VIÁN NÚÑEZ<sup>1</sup>, DRA. LAURA GARCÍA, DR. CARLOS BENITEZ DOS SANTOS, PROF. DR. JAVIER GALEANO, PROF. DR. OSMAR CENTURION

<sup>1</sup>HOSPITAL DE CLINICAS, SAN LORENZO, PARAGUAY

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00  
**Introducción:** El dolor torácico es un motivo habitual de consulta en los servicios de urgencia. Una detallada anamnesis, el electrocardiograma y el dosaje de enzimas cardíacas son las herramientas iniciales en el esclarecimiento de la etiología de los síntomas y la posterior conducta terapéutica. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 58 años. Peso: 85 kg, talla: 1,73 m, índice de masa corporal: 28.4. Antecedentes personales: hipertensión arterial en tratamiento con losartan 50 mg/día con buenos controles Cuadro de 12 horas de evolución que inicia con sensación febril acompañado de mialgias y artralgias. 6 horas antes del ingreso presenta dolor precordial tipo opresivo de elevada intensidad de más de 30 minutos de duración que irradia a cuello acompañado de sudoración profusa. Se realiza ECG (Figura 1) donde se constata sobre elevación del ST en AVR y descenso del ST en las demás derivaciones. Recibe carga antiisquémica con AAS 375, Clopidogrel 300 mg y HBPM 1 mg/kg cada 12 hs Se le realiza test para chikungunya el cual retorna positivo Al momento de la consulta la paciente se encontraba con dolor precordial, examen clínico normal, signos vitales estables. La radiografía de tórax y la bioquímica sanguínea son normales, troponinas convencionales positivas con un pico de 41.5 ng/ml. El ECG no presenta cambios con respecto al ingreso Se realiza ecocardiografía que informa con aquinesia y adelgazamiento anteroapical. Fracción de eyección del 45%. El estudio hemodinámico lesión suboclusiva a nivel de la unión del segmento proximal y medio de la arteria descendente anterior (ADA) y resto de las arterias coronarias sin lesiones significativas (Figura 2). A continuación, se realiza angioplastia de ADA con implante de un stent liberador de fármacos antiproliferativos con buen resultado angiográfico y clínico. **Discusión:** Presentamos el caso de un varón de mediana edad que cursando con un cuadro febril por arbovirosis presenta angina típica y signos electrocardiográficos sugerentes de lesión de tronco coronario izquierda vs lesión de múltiples vasos. En el estudio hemodinámico se demuestra lesión de la arteria descendente anterior, sin presentar lesión en otros vasos coronarios La relación entre el estrés físico y los eventos coronarios mayores ha sido establecida hace ya mucho tiempo y ha sido intuitivamente aceptada. Como es sabido, un estrés físico, como una infección viral en nuestro paciente, puede ser considerado gatillo o disparador de numerosas enfermedades cardiovasculares en individuos susceptibles: isquemia cerebral y sobre todo miocárdica (angina de pecho, infarto sintomático o asintomático)



267

AMILOIDOSIS CARDIACA ATTR Y DISPONIBILIDAD DE TRATAMIENTO EN LATINOAMÉRICA.

DR. GABRIEL BLACHER-GROSSMAN<sup>1</sup>, DRA. ESTELA ISABEL CARVAJAL-JUÁREZ<sup>2</sup>, DR ERICK ALEXANDERSON-ROSAS<sup>3</sup>, DR. FERNANDO MUT<sup>3</sup>, DR. JORGE CAMILLETTI<sup>4</sup>, DR. JUAN ERRIEST<sup>4</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL MOINHOS DE VENTO, PORTO ALEGRE, BRASIL, <sup>2</sup>INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ, CDMX, MÉXICO, <sup>3</sup>HOSPITAL ITALIANO, MONTEVIDEO, URUGUAY, <sup>4</sup>HOSPITAL ITALIANO, LA PLATA, ARGENTINA

Presentación E-Póster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00  
**Introducción:** Con el uso de modernos métodos de imagen cada vez es más accesible el diagnóstico no invasivo de amiloidosis cardiaca por transtiretina (AC-ATTR). Las nuevas terapéuticas permiten modificar la evolución natural de la enfermedad impactando en la calidad de vida y en la supervivencia de los pacientes, aunque su disponibilidad es limitada sobre todo en los países emergentes. **Objetivo:** Evaluar el conocimiento y disponibilidad de tratamiento específico para AC-ATTR en Latinoamérica (LA). **Material y métodos:** Se distribuyó una encuesta en línea entre la base de especialistas que tenemos registrados y se promocionó la misma por medios digitales a otros especialistas durante septiembre 2022. Se formularon preguntas generales sobre disponibilidad de tratamiento. La información se ingresó automáticamente en una hoja de cálculo para el análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** Se recibieron 65 respuestas comprendiendo 14 de los 20 países de LA. El 81% de los encuestados fueron cardiólogos y 19% de otras 7 especialidades. El tratamiento estándar para AC-ATTR más frecuente fue: desconocido en el 19%, tafamidis (TM) en 16% y sintomático de falla cardiaca en 13%. El 45% respondió desconocer si el TM está aprobado en su país para el uso clínico en pacientes con amiloidosis, 44% que sí está aprobado y 11% que aún no lo está. Al momento de la encuesta los 5 países que lo reconocieron como aprobado fueron Chile, Colombia, Argentina, Brasil y Perú. El 49% desconocía la dosis aprobada en su país, 26% reportó una dosis de 20mg y 25% una dosis de 80mg. El costo de un mes de tratamiento varió desde 600 hasta 120mil dólares. El 41% desconoce saber quién cubre el costo del tratamiento, mientras que el 25% declaró que es cubierto por el gobierno, 17% por el paciente y 17% por un seguro privado. De los 9 países donde no está aprobado el uso del TM, solo el 15% declaró que estaba en vías de aprobación y 74% que desconocía el dato. El 52% desconoce saber si en su país se han realizado protocolos clínicos fase 3 en pacientes con amiloidosis, 26% dijo que sí, y 22% que no. **Conclusión:** Existe un gran desconocimiento de las opciones terapéuticas para AC-ATTR en los distintos países de Latinoamérica. Las principales barreras son la disponibilidad del TM ya que no está aprobado en 75% de los países, así como los elevados costos del tratamiento.



269

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR EN UNA CLÍNICA DE ANTICOAGULACIÓN DE IV NIVEL EN CALI, COLOMBIA

DRA. PAULA ANDREA CÁRDENAS MARÍN<sup>1,2</sup>, DRA MANUELA ESCALANTE<sup>1</sup>, DR. ARTURO MORA<sup>1</sup>, DR. JUAN ESTEBAN GÓMEZ MESA<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>FUNDACION VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD ICESI, CALI, COLOMBIA

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15  
**Introducción:** La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más común del adulto con una prevalencia global del 2-4%. Aumenta con la edad, siendo >10% en mayores de 80 años. Dentro de sus estrategias terapéuticas se encuentran el control de la frecuencia cardiaca, control de ritmo y anticoagulación. **Metodología:** Estudio observacional de corte transversal que incluye los pacientes que ingresan a una clínica de anticoagulación de una institución de alta complejidad en Colombia, Suramérica, con diagnóstico de FA no valvular (FANV) entre enero del 2011 y abril del 2022. Se incluyen datos sociodemográficos, clínicos, manejo anticoagulante, complicaciones hemorrágicas y trombóticas. **Resultados:** El registro de anticoagulación institucional cuenta con 3,517 pacientes. Se incluyeron 809 pacientes con antecedente de FANV. El 53,5% de los pacientes eran de género masculino, y la mediana de edad era 77 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (51,3%), cáncer (27,9%), insuficiencia cardiaca (17,6%), accidente cerebrovascular (14,1%), diabetes mellitus (16,2%), enfermedad renal crónica (10%), trombofilia (7,9%) y enfermedad autoinmune (7,3%) (Tabla 1). En cuanto al tratamiento anticoagulante, 56,1% reciben anticoagulantes directos (apixabán: 32,1%; rivaroxabán: 15,6%; dabigatrán: 8,4%), 24,9% reciben warfarina y 19% reciben heparinas de bajo peso molecular (HBPM). El 96% de los pacientes reportan adecuada adherencia farmacológica. Dentro de las complicaciones hemorrágicas se reportó hemorragia gastrointestinal (5,1%), genitourinaria (1,9%), cerebral (0,6%) y ocular (0,5%). De estos, 1,9% requirieron hospitalización, 1,6% requirieron la realización de algún procedimiento y 0,9% requirieron transfusión de hemoderivados. Dentro de las complicaciones trombóticas se reportó accidente cerebrovascular isquémico (2,3%), isquemia mesentérica (0,2%) y TEP/ TVP (0,1%) (Tabla 2). **Conclusión:** En esta población de pacientes con FANV se describe un porcentaje variable de comorbilidades. En estos pacientes, 1 de cada 4 recibe manejo anticoagulante con Warfarina y aproximadamente 1 de cada 5 recibe manejo anticoagulante con HBPM. Esto puede estar relacionado con comorbilidades evaluadas como cáncer, enfermedad renal crónica, trombofilia y enfermedad autoinmune, donde dependiendo de la severidad de las mismas, la evidencia para el uso de anticoagulantes directos todavía no es uniforme o concluyente. En análisis posteriores se debe evaluar la relación entre el tratamiento anticoagulante y las diferentes escalas de riesgo embólico y hemorrágico.

Característica	n (%)
Edad en años (mediana)	77 (IQR: 72-82)
Sexo masculino	432 (53,5%)
Edad de inicio de FA (años)	72 (IQR: 65-78)
Antecedente de hipertensión arterial	418 (51,3%)
Antecedente de cáncer	226 (27,9%)
Antecedente de insuficiencia cardiaca	149 (18,4%)
Antecedente de diabetes mellitus	137 (16,8%)
Antecedente de enfermedad renal crónica	81 (10,0%)
Antecedente de trombofilia	62 (7,7%)
Antecedente de enfermedad autoinmune	59 (7,3%)

## 270

**FALLA CARDÍACA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS EN UNA REGIÓN RURAL DE GUATEMALA.**

DRA. MÁDELYN RAQUEL VALLE RAMOS<sup>1</sup>, ESTUDIANTE DE PREGRADO RUBÉN ADOLFO NOGUERA GARCÍA<sup>2</sup>, ESTUDIANTE DE PREGRADO ÓSCAR GERARDO MADRID CABALLERO<sup>2</sup>, ESTUDIANTE DE PREGRADO ABBY DANIELA GIRÓN SAGASTUME<sup>2</sup>, DRA. CLAUDIA LORENA MAZARIEGOS LÓPEZ<sup>2</sup>, DRA. NURIA MARÍA CHÁVEZ SALAZAR<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA, GUATEMALA, <sup>2</sup>HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA, ZACAPA, GUATEMALA

Presentación E-Póster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** El diagnóstico de falla cardíaca se hace más frecuente en nuestro medio. A diferencia de otros lugares en donde el desarrollo del síndrome es secundario a enfermedades crónicas y metabólicas, en el área del oriente de Guatemala, la enfermedad de Chagas continúa teniendo una alta prevalencia. Sin embargo, en la mayoría de casos el diagnóstico de la misma se realiza tardíamente cuando el paciente consulta a un servicio de salud con síntomas de falla cardíaca. **Objetivo:** Determinar la incidencia de falla cardíaca en pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Chagas realizado en el Banco de Sangre del Hospital Regional de Zacapa en los años 2018-2021. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal y ambiespectivo. Se obtuvo la base de datos de pacientes que fueron diagnosticados con Enfermedad de Chagas en el banco de sangre. Posteriormente se realizaron llamadas telefónicas para contactar a los pacientes y se obtuvo una muestra sanguínea para realizar mediciones de NT-proBNP, creatinina, y nitrógeno de urea. Se llenó una encuesta para identificar tolerancia disminuida al ejercicio, ortopnea y bendopnea y se realizó electrocardiograma para obtener información sobre alteraciones en el mismo de un total de 56 pacientes. **Resultados:** La media de edad fue de 66.3 años, el 51.78% de los pacientes fueron mujeres, el 64.28% tenían diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y el 60.71% de hipertensión arterial. La media de niveles de NT-proBNP fue de 4186.42 pg/dl, el 94.64% tenía niveles superiores a 125pg/dl. Se clasificó como estadio C al 66.07% de pacientes y el hallazgo electrocardiográfico más frecuente fue bloqueo de rama derecha en el 35.71%. Se identificó algún grado de limitación al ejercicio en 37 de 56 pacientes y el 35.71% refirió bendopnea. Respecto a la procedencia, el 82.14% eran originarios del departamento de Zacapa, con predominio del municipio de Cabaña, de donde eran 8 pacientes. Los otros departamentos de origen de los pacientes fueron: El Progreso, Chiquimula y Jalapa. Finalmente, se encontró que el promedio de años que pasaron desde el diagnóstico hasta referir síntomas fue de 3.73 años. **Conclusiones:** Los pacientes con Enfermedad de Chagas tienen alta probabilidad de desarrollar falla cardíaca, sin embargo, el diagnóstico de estadios tempranos de la misma es aún bajo en nuestro país.

## 271

**NEUMOTÓRAX Y NEUMOPERICARDIO CONTRALATERAL AL SITIO DE PUNCIÓN SUBCLAVIO, POSTERIOR A COLOCACIÓN DE MARCAPASOS BICAMERAL.**

DR. JUAN PABLO GUZMAN<sup>1</sup>, DR. LUCAS FEOLE, DR. JAVIER CESAR BARCOS, DR. CESAR CACERES MONIE, DR. IVAN TELLO SANTACRUZ

<sup>1</sup>HOSPITAL BRITANICO, CABA, ARGENTINA

Presentación E-Póster I, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 9:15 - 10:15

**Antecedentes:** Paciente masculino de 86 años, diabético, EPOC severo con enfisema. **Descripción:** Se coloca de manera programada marcapasos bicameral, por síndrome taquicardia bradicardia. Se canula la vena subclavia izquierda, se implanta el catéter ventricular, luego se procede al implante del cable auricular, el mismo se hace en la pared lateral de la aurícula. Se obtienen de ambos cables buen sentido y adecuados umbrales. El procedimiento fue bien tolerado, el paciente egresó a la sala de recuperación. 4 horas posteriores al implante, el paciente presenta disnea que progresa rápidamente, asociada a insuficiencia respiratoria. Al auscultar el tórax, se percibe disminución del murmullo vesicular en región anterior, por lo que se realiza radiografía de tórax, que no evidencia patología aguda (figura 1). Por no correlacionarse con la semiología, se realiza tomografía de tórax que evidencia neumotórax anterior extenso, asociado a neumopericardio (figura 2), cuyo origen parece estar en contacto con el cable auricular (flecha). Se coloca tubo de avasamiento pleural con rápida mejoría sintomática. A las 48 horas, el neumotórax remite, extrayéndose el tubo. Se realiza ecocardiograma sin evidencia de derrame pericárdico, debido a esto y a que se interroga el dispositivo sin evidenciar cambios de los parámetros ni ningún indicio de desplazamiento del catéter, no se reposiciona el mismo. Seis meses después, el marcapasos persiste con los mismos valores de sentido y umbral. Se realiza tomografía control, constatándose resolución completa del cuadro. **Discusión:** El neumotórax es una complicación de cualquier punción subclava, sin embargo cuando se presenta contralateral al sitio de punción en contexto de un implante de marcapasos existen varios reportes que lo relacionan al implante del cable auricular en la pared lateral de la aurícula derecha, ya que estos casos tienen características similares incluso cuando se aborda desde la vena cefálica. Al ser una cavidad de paredes más finas el implante del cable auricular presenta más complicaciones relacionadas en relación a los catéteres de fijación activa, entre ellas la perforación de la pared auricular. En este caso, un paciente con enfisema pulmonar, es probable que el marcapasos haya perforado la pared auricular y alguna bulla circundante, generando el neumotórax y el ingreso de aire a la cavidad pericárdica el neumopericardio. Al ser una microperforación esta se autolimita, ya que la misma no produjo derrame pericárdico. Esta hipótesis se sostiene ya que al encontrarse la mayor parte del electrodo en contacto con la pared, no se modificaron los valores de estimulación.



## 272

**ESTENOSIS SUPRAVALVULAR AÓRTICA E HIPOPLASIA DEL ARCO AÓRTICO CORREGIDO CON CIRUGÍA DE BROM MODIFICADA**

DRA. DAURIS ORTEGA<sup>1</sup>, DRA. DIANA PATRICIA FAJARDO<sup>1</sup>, DRA. SARA ELENA MENDOZA<sup>1</sup>, DR. JAVIER MAURICIO CASTRO<sup>1</sup>, DRA. MELINA ACEVEDO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA, BUCARAMANGA, COLOMBIA

Presentación E-Póster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

**Antecedentes:** La estenosis supravalvular aórtica (ESVA) es una patología infrecuente, debida a un defecto en el precursor del gen de la elastina que ocasiona engrosamiento de la pared de arterias sistémicas. En la aorta afecta principalmente la unión sinotubular y ocasionalmente las coronarias. El compromiso puede ser discreto (75%) o difuso (25%). Para su corrección se han desarrollado múltiples técnicas desde aortoplastia con parche simple hasta la reconstrucción anatómica de la raíz aórtica con técnica de tres parches. Se presenta un caso raro, de un paciente con compromiso difuso y severo abordado mediante técnica de Brom modificada. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 6 años, 22 kg, con antecedente de padre y hermana con estenosis aórtica. Asintomático. Al examen físico soplo sistólico. Ecocardiograma evidenció ESVA severa (gradiente máximo 160 mmHg), ventrículo izquierdo hipertrofico, válvula aórtica trivalva con apertura limitada, anillo aórtico: 16 mm (Z+0.84), raíz aórtica: 21 mm (Z+0.46), estenosis en la unión sinotubular: 9 mm (Z- 4.30). Angiotomografía de tórax corroboró los hallazgos e informó un arco aórtico de 10 mm. En cirugía se evidenció estenosis valvular y supravalvular aórtica, engrosamiento de pared aórtica con luz de 4 mm, fibrosis en la unión sinotubular, estenosis ostial coronaria izquierda, valvas coronarias con borde grueso, nodulaciones del seno coronario derecho que limitan movilidad valvular. Compromiso difuso y severo de la ESVA, comprometiendo el arco aórtico. Se realizó plastia de la válvula aórtica y del ostium coronario izquierdo, reconstrucción de raíz aórtica con técnica de tres parches de pericardio autógeno, reconstrucción de aorta ascendente y arco aórtico con parche de pericardio bovino (técnica de Brom modificada) (Figura 1). Ecocardiograma postoperatorio con adecuada función biventricular, insuficiencia aórtica leve y arco aórtico sin estenosis. Angiotomografía confirmó diámetro adecuado de la aorta reconstruida (Figura 2). Egresó a los 10 días. Actualmente con buena evolución clínica. **Discusión:** Se han descrito varias técnicas para corrección quirúrgica de la ESVA incluyendo la reconstrucción con parche único en forma de diamante (MCGoon), parche invertido bifurcado (Doty) y varios tipos de reparo con tres parches ampliando cada seno (Brom, Myers, Chard). A corto y largo plazo, no hay evidencia científica de superioridad de alguna técnica. Sin embargo, en este paciente se decidió corregir con valvuloplastia aórtica, plastia de coronaria y corrección de la ESVA con técnica de Brom modificada, considerando que esta técnica logra una mejor restauración anatómica de la raíz aórtica y menor tasa de insuficiencia aórtica residual.



Fig. 1. Técnica de Brom con reconstrucción de raíz aórtica con tres parches

## 274

**TROMBOLISIS SISTÉMICA EN PACIENTE CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR E ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA SIMULTÁNEOS**

DR. JUAN PABLO GUZMAN<sup>1</sup>, DR. TOMÁS MENDIVIL, DRA. LUCÍA BELEN CHAHIN, DR. MAURO GINGGINS, DR. HORACIO AVACA

<sup>1</sup>HOSPITAL BRITANICO, CABA, ARGENTINA

Presentación E-Póster II, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 11:00 - 12:00

Mujer de 62 años, con antecedentes de dislipemia e hipotiroidismo. Consultó por síncope y disnea de inicio súbito. A su ingreso se encontraba hipertensa, con insuficiencia respiratoria. El ECG presentaba ondas inversión de las ondas T en derivaciones precordiales. Se realiza angiotomografía con protocolo para tromboembolismo de pulmón (TEP). La misma evidencia defecto de relleno en arterias pulmonares principales (figura 1), con relación VD/VI conservada. Los biomarcadores fueron: troponina Tus 189 ng/l y NT-proBNP 8884 pg/ml. La función sistólica del ventrículo derecho por ecocardiografía se encontraba conservada. Con diagnóstico de TEP de riesgo intermedio, inicia anticoagulación con heparina no fraccionada y se interna para monitoreo. 6 horas posteriores al ingreso evoluciona con dolor y frialdad en miembro superior derecho con ausencia de pulso, por lo que se realiza ecografía doppler, observándose ausencia de flujo en arteria subclavia, compatible con trombosis (figura 2). Se decidió trombolisis sistémica con rtPA, con resolución del dolor en miembro superior. Evolucionó sin complicaciones, por lo que a las 72 horas se otorgó el egreso hospitalario, anticoagulada con anti-vitamina K. En estudio posterior presenta anticoagulación lúpico positivo. El SAF se caracteriza por tromboembolia arterial y/o venosa, abortos espontáneos, y trombocitopenia, entre otras, asociándose a enfermedades reumatológicas o tiroideas. La anticoagulación con antagonistas de vitamina K es el tratamiento principal. El uso de trombolíticos en SAF está poco descrito. Frente a una paciente con TEP agudo con injuria miocárdica, asociado a isquemia arterial aguda, se optó por realizar trombolisis sistémica, con buena respuesta, siendo una alternativa útil en pacientes con SAF, con tromboembolia arterial y venosa simultáneas.

276

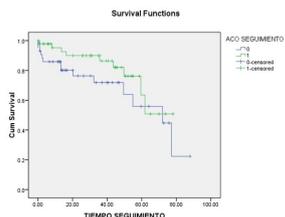
**ECTASIA CORONARIA, REGISTRO Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO EN UN CENTRO DE REFERENCIA**

DRA. LILIANA CARDENAS ALDAZ<sup>1</sup>, DR. CARLOS LOPEZ AGUILAR<sup>1</sup>, DR. DANIEL CORDOVA CARRILLO<sup>1</sup>, DR. GALO IBARRA CADENA<sup>1</sup>, DR. DAVID CHAVEZ REVELO<sup>1</sup>, DRA. SILVIA ZURITA FUENTES<sup>1</sup>, BRYAN ZURITA TOBAR<sup>1</sup>, JENNIFER ARTEAGA MORA<sup>1</sup>, ESTEFANY AMAGUAÑA NASIMBA<sup>1</sup>, DR. EDUARDO VILLALTA GOMEZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, QUITO, ECUADOR

Presentación E-Poster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** La ectasia coronaria tiene incidencia de hasta 5%, luego del diagnóstico su manejo es incierto por la falta de guías de manejo; las publicaciones son compilaciones de series de casos; considerando esto, debemos caracterizar nuestra población por la diferente influencia genética e impacto de los factores de riesgo y tratamiento instaurado relacionado a su evolución y pronóstico. **Objetivo:** Determinar perfil epidemiológico, estrategias de manejo intervencionistas y farmacológicas y su correlación con los eventos a largo plazo. **Material y Métodos:** Registro observacional entre el 2015 y 2020 con seguimiento de 30 meses. Se analiza la relación entre la presentación clínica, técnicas de revascularización y tratamiento antitrombótico con MACCE. Las variables categóricas se validan con Chi2. Se analizó supervivencia libre de eventos con curvas de Kaplan Meier en pacientes con antiagregación vs anticoagulación. Se considera estadísticamente significativo  $p < 0.05$ . **Resultados:** Se revisaron 1726 coronariografías, 110 pacientes con ectasia coronaria (1.21%), 84 varones (77%), 65.5% hipertensos; 20.9% diabéticos, 39.9% fumadores y 3.3% enfermos renales. El 73.6% fueron síndrome coronario agudo, 16.8% angina estable y asintomáticos 10%. La coronaria más afectada fue la derecha (63.6%). En pacientes coronarios agudos se encontró trombo en 41.8%. Los que necesitaron stent quedaron con flujo TIMI 3 en 50.9%. El porcentaje de complicaciones graves intra-procedimiento fue 1.8%, siendo éstas taquicardia ventricular y parada cardiorrespiratoria. En los eventos intrahospitalarios se observó falla renal aguda en 10% y angina postinfarto en 9.1%. El tratamiento al alta fue doble antiagregación en 39% que fueron quienes recibieron un stent. En quienes hubo carga importante de trombo o no se alcanzó flujo TIMI 3 se mantuvo doble antiagregación y anticoagulación; 24.5% recibieron anticoagulación únicamente. En el seguimiento se mantuvo anticoagulante en 51.5% y solo aspirina en 21.8%. Hubo menos MACCE en los anticoagulados a largo plazo (18.5 vs 31.1%), Figura 1, 5.5% presentó angina, 1.8% insuficiencia cardíaca y 11.8% falleció. Los pacientes con aterosclerosis asociada a ectasia mostraron mayor tendencia a MACCE. **Figura 2. Conclusiones:** Los factores de riesgo de nuestra población son semejantes a otras publicaciones, el diagnóstico más frecuente fue síndrome coronario agudo por aterosclerosis concomitante y formación de trombo. El tratamiento principalmente fue clínico con anticoagulación. Únicamente los tratados con stent y flujo residual adecuado se optó por doble antiagregación según las recomendaciones habituales de las guías. El tratamiento anticoagulante a largo plazo se asoció con menos eventos a 30 meses.



277

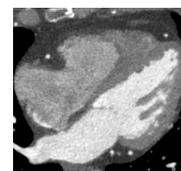
**ENDOMICARDIOFIBROSIS AISLADA DE VENTRÍCULO DERECHO**

DRA. ROCÍO DEL PILAR FALCÓN FLEYTAS<sup>1</sup>, DR. VÍCTOR GIMÉNEZ ORTIGOZA<sup>1</sup>, DRA. SOFÍA RAMOS STANLEY<sup>2</sup>, DRA. LORENA SPINZI<sup>3</sup>, DR. RAÚL ORTIZ GUERRERO<sup>3</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL DE CLÍNICAS, SAN LORENZO, PARAGUAY, <sup>2</sup>HOSPITAL GENERAL DE SAN LORENZO, SAN LORENZO, PARAGUAY, <sup>3</sup>INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "DR. JUAN ADOLFO CATTONI", ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación Casos Clínicos para PREMIO. Hub Innovación, junio 7, 2023, 11:15 - 13:00

**Introducción:** La endomiocardiopatía restrictiva (EMR) es una miocardiopatía restrictiva poco frecuente, que se caracteriza por la formación de tejido fibroso en el subendocardio, la etiología es desconocida, aunque está relacionada a varias causas probables. **Caso clínico:** Mujer de 60 años, conocida diabética, hipertensa y obesa, en tratamiento regular. Acude a la consulta por cuadro de varios meses de evolución de disnea progresiva y dolor precordial atípico relacionado al esfuerzo. Al examen físico de valor se constata signos vitales estables, subcrepitantes basales en ambos campos pulmonares, edemas de miembros inferiores y hepatomegalia dolorosa. En el electrocardiograma ritmo sinusal, eje conservado y ondas T negativas en precordiales izquierdas. Se realiza ecocardiograma que informa buena función sistólica del ventrículo izquierdo, espesor parietal normal, ausencia de anomalías valvulares significativas, a nivel de la punta del ventrículo derecho se observa obliteración de la misma por ocupación de tejido fibroso probable. AngioTC coronaria: sin lesiones significativas. Se solicita resonancia cardiaca constatándose imagen que ocupa la punta del ventrículo derecho (VD) causando reducción de la cavidad, fusión y acortamiento de las cuerdas tendinosas y músculos papilares sin signos de insuficiencia tricúspidea importante, presencia de realce tardío en la porción subendocárdica en las porciones apicales y laterales del VD con imagen infiltrativa en el centro de la ocupación apical (Signo de la V), adyacente a dicha región pequeña imagen hipointensa sugestiva de trombo. Por dichos hallazgos y ante la sospecha de endomiocardiopatía se realiza biopsia cardiaca del tejido, confirmando por anatomía patológica el diagnóstico planteado. Se inició tratamiento para insuficiencia cardíaca para la paciente con mejoría parcial de los síntomas. **Conclusión:** Se presenta el caso de una mujer con insuficiencia cardíaca con FE preservada en la que la etiología principal es la ocupación por tejido fibroso de la cavidad del ventrículo derecho, una patología poco frecuente y más aún la afectación aislada de dicho ventrículo. No presenta un tratamiento definitivo hasta la actualidad, pero en quienes al diagnosticar precozmente y realizando manejo sintomático precoz se podría lograr mejoría del estilo de vida. Una terapia a considerar es la resección quirúrgica del tejido fibroso el cual no demostró hasta el momento mejores resultados.



278

**PERICARDITIS CONTRACTIVA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO CARDIOVASCULAR DE REFERENCIA EN LATINOAMÉRICA**

DR. LIBARDO MARMOLEJO VALOIS<sup>1</sup>, DRA. MARIA CAROLINA MANZUR, DRA. ESTHER CAMPO BAUTISTA, DR. OSCAR M. PEREZ-FERNANDEZ, DRA. CLAUDIA JAIMES CASTELLANOS, DRA. KAREN DUEÑAS CRIADO

<sup>1</sup>FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL - LA CARDIO, BOGOTÁ, COLOMBIA

Presentación E-Poster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción y objetivos:** La pericarditis constrictiva (PC) se caracteriza por el engrosamiento fibroso del pericardio debido a cambios inflamatorios crónicos por diferentes condiciones, dentro de las principales se encuentran: idiopática o post-viral, post-pericardiotomía, asociada a radiación, tuberculosis o malignidad. La finalidad de este estudio fue establecer la etiología de esta condición en una cohorte de pacientes y describir las características clínicas, electrocardiográficas e imagenológicas. **Métodos:** de la base de datos de ecocardiografía, se identificaron aquellos que en sus reportes se mencionaba pericarditis constrictiva, obteniendo 24 estudios, de los cuales 15 cumplían los criterios imagenológicos de pericarditis constrictiva. **Resultados:** la edad promedio en pacientes con PC fue de 63 años, en su mayoría mujeres 67%, con un tiempo de evolución de síntomas de 40 días, que consistían principalmente en falla cardíaca en el 73% de los casos. El 28% de los pacientes tenían antecedentes de cáncer, el 28% antecedente de cirugía cardíaca, el 14% estado de inmunosupresión y el 21% antecedente de tuberculosis. El hallazgo más frecuente en el EKG fue el bajo voltaje en el 43% de los pacientes y en el ecocardiograma el bouncing septal en el 85%. Se encontró ausencia de derrame pericárdico en el 70% de las RMN analizadas y el hallazgo más frecuente fue el movimiento anormal del septum en el 80% de los pacientes. 27% de los pacientes fueron llevados a pericardiotomía total y el 14% presentaron mortalidad intrahospitalaria, asociado principalmente a cáncer activo. El diagnóstico patológico más frecuente en nuestra cohorte fue la pericarditis tuberculosa. **Conclusiones:** La PC debe sospecharse en pacientes con clínica de falla cardíaca congestiva con función ventricular preservada con factores predisponentes. El ecocardiograma continúa siendo la herramienta diagnóstica más frecuentes por su accesibilidad y permite una adecuada aproximación diagnóstica que puede ser complementada con otros estudios de imágenes (RMN, angioTAC coronario, cateterismo cardíaco). El tratamiento definitivo continúa siendo la pericardiotomía, sin embargo, en etiología como la tuberculosis, que sigue siendo una causa importante en nuestro medio, el tratamiento tetraconjugado puede ser una alternativa inicial de tratamiento, con seguimiento estricto imagenológico y clínico dada la alta morbi-mortalidad de los pacientes con PC.



280

**SCORE DE CÁLCIO CORONARIO EXTREMADAMENTE ALTO Y LA ESTIMACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR.**

DR. MARCO-ANTONIO ALCOCER GAMBA<sup>1,2,3</sup>, DR. RAFAEL VERA URQUIZA<sup>1</sup>, DRA. ARACELI MARTÍNEZ CERVANTES<sup>2,3</sup>, DR. MIGUEL ANGEL LÓPEZ PONCE<sup>2</sup>, DRA. ZAIRA PAMELA SÁNCHEZ ALBARRÁN<sup>2</sup>, DR. JORGE ALVAREZ DE LA CADENA<sup>1</sup>, DR. JOSÉ ERNESTO POMBO BARTELT<sup>1,2</sup>, DR. HÉCTOR CHÁVEZ CHÁVEZ<sup>2</sup>, DR. LUIS ANGEL HERNÁNDEZ MARTÍNEZ<sup>2</sup>, DRA. CINTHYA LUCERO JIMÉNEZ IBARRA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE CORAZÓN DE QUERÉTARO, QUERÉTARO, MÉXICO, <sup>2</sup>FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO, MÉXICO., QUERÉTARO, MÉXICO, <sup>3</sup>CENTRO DE ESTUDIOS CLÍNICOS DE QUERÉTARO, QUERÉTARO, MÉXICO

Presentación E-Poster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

**Antecedentes:** La enfermedad cardiovascular (ECV) y de esta, la enfermedad coronaria isquémica, son la primera causa de muerte a nivel mundial<sup>1</sup>. El riesgo de ECV se presenta antes de un evento isquémico agudo, las guías actuales recomiendan las calculadoras de riesgo cardiovascular y el uso del score de calcio coronario (SCC) para cuantificar y clasificar el riesgo de ECV en la población<sup>2</sup>. Las guías actuales clasifican el SCC >300/400 unidades Agatston (UA) como el grupo de mayor riesgo, se sabe poco del riesgo y manejo en individuos con SCC  $\geq 1,000$  UA<sup>3</sup> a diferencia del manejo establecido por las calculadoras. **Objetivo:** Evaluar si hay correlación entre el riesgo de ECV a 10 años dada por calculadoras validadas a nuestra población mexicana y la puntuación de SCC >300 UA en pacientes asintomáticos. **Figura 1. Métodos:** Estudio descriptivo, observacional con diseño correlacional. Se seleccionaron 57 pacientes asintomáticos en el periodo 2020-2022 con valoración de riesgo para ECV usando las calculadoras GLOBORISK-Office y GLOBORISK-LAB, clasificando en riesgo bajo (<10%), intermedio (10-20%) y alto (>20%), evaluando correlación con el SCC y clasificándolos en <1000 UA y  $\geq 1000$ , excluyendo resultados menores de 300 UA. Los datos se evaluaron mediante Correlación de Pearson para variables nominales, considerando significancia del valor de  $P < 0.05$  y correlación del valor 0,01 en el programa IBM SSPS 28.0.1.1 (15). **Resultados:** Se incluyeron 57 pacientes con SCC elevado >300 UA, 50 hombres y 7 mujeres con las siguientes comorbilidades: diabetes 20 %, hipertensión arterial 20 %, obesidad 30 % y tabaquismo 15 %. No existe correlación en el RCV ALTO por GLOBORISK y SCC elevado. Los pacientes con incrementos menores de SSC (<1000) tuvieron más correlación con el riesgo cardiovascular bajo e intermedio. **Conclusiones:** La prueba de estimación del RCV GLOBORISK es útil para estratificar a los pacientes, sin embargo, existe una población de riesgo alto subestimada con un gran potencial de desenlaces fatales, es importante considerar la estimación del SCC en prevención primaria en grupos seleccionados. Los pacientes con  $CAC \geq 1000$  deben ser tomados como una población especial.



Figura 1. Riesgo cardiovascular en pacientes con Score de Calcio Coronario elevado

## 281

**RIESGO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON SCORE DE CALCIO MUY ELEVADO, MAS DE 1,000 UNIDADES AGATSTON.**

DR. RAFAEL VERA URQUIZA<sup>1</sup>, DR. MARCO ANTONIO ALCOCER GAMBA<sup>1,2</sup>, DRA. ARACELI MARTÍNEZ CERVANTES<sup>2</sup>, DR. MIGUEL ÁNGEL LÓPEZ PONCE<sup>2</sup>, DRA. ZAIRA PAMELA SÁNCHEZ ALBARRÁN<sup>2</sup>, DR. JUAN PABLO NÚÑEZ URQUIZA<sup>1,2</sup>, DR. SALVADOR LEÓN GONZÁLEZ<sup>2</sup>, DR. OMAR ISRAEL GONZÁLEZ FERNÁNDEZ<sup>2</sup>, DRA. MARIELI ARCOS RAMOS<sup>2</sup>, DRA. PATRICIA LEDESMA GÓMEZ DE LA CORTINA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE CORAZÓN DE QUERÉTARO, QUERÉTARO, MÉXICO, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO, MÉXICO, QUERÉTARO, MÉXICO, <sup>3</sup>UNIVERSIDAD ANÁHUAC QUERÉTARO, MÉXICO, QUERÉTARO, MÉXICO

Presentación E-Poster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

**Antecedentes:** El score de calcio (SCC) se usa rutinariamente para cuantificar la carga de aterosclerosis coronaria en población de riesgo, en el estudio PESA se encontró que cerca del 63% de los adultos de mediana edad tienen aterosclerosis subclínica<sup>1</sup> y un riesgo cardiovascular (RCV) igual o mayor que subgrupos en prevención secundaria<sup>2</sup>. Las guías actuales clasifican una puntuación de SCC >300/400 unidades Agatston (UA) como el grupo de mayor riesgo, la información es limitada sobre eventos cardiovasculares mayores (MACE) en individuos en prevención primaria con SCC ≥1000 UA y su respectivo tratamiento a considerar<sup>3</sup>. **Objetivo:** Evaluar la incidencia de MACE en pacientes con calcificación severa de las arterias coronarias (CAC >300 UA), su riesgo cardiovascular a 10 años por escalas pronósticas (MESA) y el ajuste de tratamiento. **Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo con 51 pacientes asintomáticos entre 2021 y 2022; a los cuales se estratificó el valor de RCV a 10 años por escala MESA: riesgo bajo <10%, intermedio 10%-20% y alto >20%. Se comparó la asociación de 5 tipos de MACE (Infarto agudo al miocardio, stroke, angina inestable, insuficiencia cardíaca y muerte) con el aumento de SCC por la prueba ANOVA siendo significancia  $P < 0.05$  en el programa IBM SPSS 28.0.1.1 (15) y el ajuste de tratamiento consecuente. **Resultados:** Se incluyó un total de 46 hombres y 5 mujeres con SCC entre 300 y 5150 UA, existiendo una asociación significativa de MACE en pacientes con puntuaciones SSC más altas a partir de valores por encima de 1000 UA (ANOVA  $p = 0.56$ ) y de estos, el más frecuente fue la angina inestable. El RCV calculado por MESA mostró su utilidad al catalogar al 48% de la población con un riesgo alto. Cabe destacar que el ajuste de tratamiento sólo se dio en 50% de los pacientes, en donde de manera general se incrementó el tratamiento hipolipemiante con Ezetimibe pero solo en uno de los pacientes se utilizó un IPSCK9, a pesar de ser pacientes de muy alto riesgo.

**Conclusiones:** Los individuos con SCC muy alto son una población única con un riesgo mayor de eventos de ECV, en nuestra población se identificó que valores >1000 UA se asocian con un riesgo 3 veces mayor de ECV, la escala MESA para evaluar el riesgo cardiovascular a 10 años es un buen predictor. Se debe intensificar el tratamiento hipolipemiante y antiisquémico conociendo estos riesgos.



Figura 1. Riesgo cardiovascular y eventos adversos en relación al score de calcio coronario.

## 282

**¿PUEDE LA VALVULOPLASTIA AÓRTICA SER UN TRATAMIENTO EN PACIENTES INOPERABLES? RESULTADOS INICIALES DE UN REGISTRO UNICÉNTRICO.**

DR. SEBASTIAN GARCIA-ZAMORA<sup>1</sup>, DRA ROCÍO BELÉN FAVRE<sup>1</sup>, DR MANUEL TRAGUETTI<sup>1</sup>, DRA LUCÍA DE LA COSTA<sup>1</sup>, DR CLEFFORD STACO<sup>1</sup>, DRA ESTEFANÍA BARBÓN<sup>1</sup>, DR SEBASTIÁN AGOSTINO<sup>1</sup>, DR DIEGO KIRSCHMANN<sup>1</sup>, DR MAURICIO PRIOTTI<sup>1</sup>, DR RUBÉN PIRAINO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SANATORIO DELTA, ROSARIO, ARGENTINA

Presentación E-Poster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** La estenosis aórtica degenerativa (EAO) es la valvulopatía más prevalente en la actualidad; si bien el reemplazo valvular quirúrgico constituye el tratamiento de elección para los casos severos sintomáticos, el reemplazo percutáneo se ha convertido en una opción para pacientes de muy alto riesgo. En Latinoamérica, un número importante de estos pacientes de alto riesgo no acceden a ningún tratamiento. **Objetivos:** Valorar la utilidad de la valvuloplastia aórtica percutánea como tratamiento en pacientes con EAO severa sintomática no candidatos a otras intervenciones. **Métodos:** Se realizó un registro prospectivo de pacientes sometidos a valvuloplastia aórtica percutánea, entre Diciembre de 2021 y Febrero de 2023. Se consideró exitoso el procedimiento cuando los gradientes medidos en hemodinamia disminuyeron al menos un 50% luego de la intervención. **Resultados:** Se incluyeron 28 pacientes con una mediana de edad de 76,5 años (rango intercuartiles [RIC] 71-82 años); el 53,6% eran mujeres. El 85,7% tenían historia de insuficiencia cardíaca (IC), y 74,1% habían tenido al menos una hospitalización previa por esta causa (RIC 1-3). La Tabla 1 resume las características basales de los participantes. El 92,9% de las valvuloplastias fueron consideradas exitosas. Un 17,9% (n=5) de los participantes presentaron alguna complicación vinculada al procedimiento, a saber: hematoma del sitio de punción (3,58%), fibrilación auricular "de novo" autolimitada (7,2%), bloqueo aurículo-ventricular completo autolimitado (3,58%) y taquicardia ventricular sostenida que requirió cardioversión eléctrica (3,58%). Ningún paciente falleció, y fueron externados con una mediana de estancia hospitalaria de 2,5 días (RIC 1-9,5 días). Los motivos para la realización de valvuloplastia fueron: 32,2% previo a cirugía de reemplazo valvular; 10,7% previo a reemplazo percutáneo; y 57,1% como tratamiento definitivo. El 64,3% de los participantes se encontraban en clase funcional 3-4 de la NYHA previo a la valvuloplastia; 15 días luego del procedimiento el 12,0% persistía en dicha clase funcional ( $p=0,249$ ). Al cabo de 6 meses, 32,1% de los pacientes habían fallecido; la Tabla 2 resume las características y causas de defunción de los participantes. En el seguimiento alejado, 25% de los participantes requirieron reinternación por IC, con un tiempo promedio hasta la reinternación de 2 meses (RIC 1-3). Todos estos pacientes poseían historia de reinternaciones por IC (mediana 2 episodios, RIC 1-4). Dos pacientes requirieron nuevas valvuloplastias en el seguimiento, sin complicaciones.

**Conclusión:** La valvuloplastia aórtica es una intervención con baja tasa de complicaciones, al tiempo que parece reducir las reinternaciones por IC, y mejorar la sintomatología de los pacientes.

Variable	Media (SD)	Mediana (IQR)	IC 95%
Edad (años)	76,5 (10,2)	74,0 (71-82)	71-82
Sexo (Mujeres)	15 (53,6%)	15 (53,6%)	15 (53,6%)
Clase funcional NYHA	3,4 (0,8)	3,4 (3-4)	3-4
Historia de IC	24 (85,7%)	24 (85,7%)	24 (85,7%)
Historia de cirugía de reemplazo valvular	9 (32,2%)	9 (32,2%)	9 (32,2%)
Historia de reemplazo percutáneo	10 (35,7%)	10 (35,7%)	10 (35,7%)
Historia de taquicardia ventricular sostenida	1 (3,58%)	1 (3,58%)	1 (3,58%)
Historia de fibrilación auricular	2 (7,2%)	2 (7,2%)	2 (7,2%)
Historia de bloqueo aurículo-ventricular	1 (3,58%)	1 (3,58%)	1 (3,58%)
Historia de hipertensión arterial	18 (64,3%)	18 (64,3%)	18 (64,3%)
Historia de diabetes mellitus	12 (42,9%)	12 (42,9%)	12 (42,9%)
Historia de enfermedad renal crónica	5 (17,9%)	5 (17,9%)	5 (17,9%)
Historia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3 (10,7%)	3 (10,7%)	3 (10,7%)
Historia de enfermedad hepática	1 (3,58%)	1 (3,58%)	1 (3,58%)
Historia de enfermedad tiroidea	2 (7,2%)	2 (7,2%)	2 (7,2%)
Historia de enfermedad neurológica	1 (3,58%)	1 (3,58%)	1 (3,58%)
Historia de enfermedad hematológica	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Historia de enfermedad oncológica	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Historia de enfermedad autoinmune	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Historia de enfermedad infecciosa	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Historia de enfermedad sistémica	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Historia de enfermedad genética	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Historia de enfermedad metabólica	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Historia de enfermedad endocrina	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Historia de enfermedad inmunológica	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Historia de enfermedad hematológica	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Historia de enfermedad oncológica	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Historia de enfermedad autoinmune	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Historia de enfermedad infecciosa	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Historia de enfermedad sistémica	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Historia de enfermedad genética	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Historia de enfermedad metabólica	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Historia de enfermedad endocrina	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Historia de enfermedad inmunológica	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

## 283

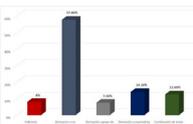
**MANEJO DE LA CESACIÓN TABÁQUICA ENTRE CARDIÓLOGOS EN FORMACIÓN DE ARGENTINA**

DR ALAN R. SIGAL<sup>1</sup>, DR BRAIAN ABEL CARDINALI-RE<sup>1</sup>, DR PABLO IOMINI<sup>1</sup>, DRA PILAR LOPEZ-SANTI<sup>1</sup>, DR LUCAS CAMPANA<sup>1</sup>, DRA MARIANA SALCERINI<sup>1</sup>, DRA LAURA PULIDO<sup>1</sup>, DR DANIEL JOSÉ PIÑEIRO<sup>2</sup>, DR ANDRÉS ROSENDE<sup>1</sup>, DR. SEBASTIAN GARCIA-ZAMORA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA (CONAREC), ARGENTINA, <sup>2</sup>UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Presentación E-Poster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** El tabaquismo es una de las principales causas de muerte prevenible a nivel mundial. Sin embargo, el abordaje de esta adicción muchas veces no se encuentra contemplado en la formación médica de post grado. **Objetivo:** Valorar las actitudes y conocimiento de los cardiólogos en formación de Argentina frente a las intervenciones para el cese tabáquico. **Métodos:** Entre noviembre de 2018 y enero de 2019 se realizó una encuesta voluntaria y anónima, con un muestreo no probabilístico por conveniencia. La ponderación de los participantes respecto de diferentes tópicos se evaluó mediante una escala tipo Likert con un puntaje de 1 a 10. **Resultados:** Participaron del estudio 447 médicos de 18 provincias de Argentina; 72% manifestó que nunca había fumado, 13,1% eran tabaquistas activos y 14,9% ex tabaquistas. Al preguntarle la importancia que le asignaban a la cesación tabáquica, la mediana de la respuesta fue 10 (rango intercuartílico [RIC] 8-10). El 87,5% manifestó utilizar el consejo antitabáquico breve rutinariamente. El 38,7% dijo evaluar el grado de adicción siempre, mayoritariamente de forma subjetiva, mientras que 11,6% refirió utilizar cuestionarios validados. El 41,6% de los participantes expresó que realizaban intervenciones no farmacológicas para el cese tabáquico, siendo la estrategia más utilizada la derivación a un especialista en el tema como única intervención (Gráfico 1). Sin embargo, solamente un 43,4% de los encuestados contaban con este recurso en sus centros. El 32,1% de los participantes manifestó que prescribían tratamiento farmacológico para el cese tabáquico, pero 53,1% de los mismos estaban familiarizados con un único tratamiento, siendo la estrategia más empleada la terapia de reemplazo nicotínico (31,3%), seguida del empleo de bupropión (10,2%) y vareniclina (4,1%). Solamente 54,1% de quienes prescribían fármacos utilizaban estas intervenciones durante la internación. El 45,9% de los encuestados recibió formación en esta temática durante su residencia. Al preguntar a los participantes su autopercepción respecto a la preparación para lograr el cese tabáquico en sus pacientes, la mediana de respuesta fue 5 (RIC 4-7). No se encontraron diferencias significativas entre la opinión respecto a la relevancia, prioridad y grado de preparación de los participantes en esta problemática, y su condición frente al consumo de tabaco (Gráfico 2). **Conclusión:** Estos datos sugieren que los cardiólogos en formación de Argentina reconocen la importancia de realizar intervenciones en cesación tabáquica. Sin embargo, el manejo de esta adicción parece ser errático, con una alta proporción de médicos en formación que no se sienten capacitados para ello.



## 284

Paper number 284

**LEIOMIOMA INTRACARDIACO, EXPERIENCIA DE 50 AÑOS EN UN CENTRO CARDIOLÓGICO DE REFERENCIA**

DRA LAURA LETICIA RODRÍGUEZ CHÁVEZ<sup>1</sup>, DR. JOSÉ RUBÉN FUERTE RAMÍREZ<sup>1</sup>, DR. ALBERTO ARANDA-FRAUSTO<sup>1</sup>, DR. RICARDO LEOPOLDO BARAJAS CAMPOS<sup>1</sup>, DR. VÍCTOR GÓMEZ-SAVIÑÓN<sup>1</sup>, DR. JOSÉ RAFAEL ALEJANDRO MONTALVO ROBLES<sup>1</sup>, DR. HUMBERTO MARTÍNEZ HERNÁNDEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO

Presentación trabajos libres para premio, Hub Innovación, junio 7, 2023, 9:00 - 11:00

El leiomioma intracardiaco (LMIC) es un tumor benigno muy raro, originado en el útero, y que, a través de la vena cava inferior (VCI), se extiende a cavidades cardíacas derechas con síntomas obstructivos por lo que tiene un comportamiento maligno. La mayoría de las publicaciones son reportes de caso. Hasta 2013 habían sido reportados menos de 200 casos. **Objetivo:** Describir la presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico y ecocardiográfico de todos los casos de LMIC desde 1973 hasta 2022 en nuestra institución. **Métodos:** Estudio descriptivo, ambispectivo (prospectivo 2014-2022, retrospectivo 1973-2013), de todos los casos con diagnóstico histopatológico de LMIC. **Resultados:** Seis mujeres (1973, 1990, 1996, 2014, 2015 y 2021), edad media 40 años (28-51); 5 (83%) con sobrepeso/obesidad; 6 (100%) con antecedentes de leiomioma uterino; 3 (50%) con histerectomía previa. Las manifestaciones clínicas incluyeron insuficiencia cardíaca en 6 (100%), ictericia en 5 (83%), síncope en 3 (50%), arritmias en 2 (33%); una fibrilación auricular, otra flutter auricular; y trombocitopenia en 2 (33%), de las cuales una era grave (17,000), que requirió transfusión de crioprecipitados previo a la cirugía con normalización plaquetaria después de la misma. En dos casos el tumor se encontró en las venas ilíacas (33%), 5 en las venas ováricas (83%), en todos los casos en VCI, aurícula y ventrículo derecho (100%); dos en infundíbulo pulmonar (33%), y uno en arteria pulmonar (33%), este último diagnosticado postmortem, que fue el primer caso (1973). De los 5 casos llevados a cirugía, hubo resección incompleta en un caso, inicialmente diagnosticado como mixoma auricular (1987), el cual tuvo dos recidivas (1990 y 1993), diagnosticando finalmente LMIC tras minuciosa revisión histopatológica retrospectiva. En dos casos (2014 y 2021) se hizo esternotomía y laparotomía simultánea. Un caso (1997) requirió plástia tricuspídea. El seguimiento promedio fue de 9,6 años (1-20), sin recidiva en los 4 casos con resección quirúrgica completa, pero, en 2 casos sin intervención valvular previa, se evidenció insuficiencia tricuspídea (IT), una grave, con anillo tricuspídeo (AT) de 49 mm, y otra con IT moderada, con AT de 29 mm. **Conclusión:** El LMIC es muy raro, incluso en un centro de referencia cardiológica; se manifiesta con síntomas de insuficiencia cardíaca derecha, es causa de síncope y arritmias; puede haber trombocitopenia, misma que no ha sido descrita previamente. Los avances tecnológicos en imagen médica han sido muy importantes para tener un diagnóstico preoperatorio oportuno y una resección quirúrgica completa que es curativa.



285

**EVENTO CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO CARDIOEMBÓLICO EN PACIENTE CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTROFICA EN AUSENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR**

DR. DANIEL EDUARDO PAZ DRIOTES<sup>1</sup>, DRA. VERÓNICA VANESSA GÓMEZ LEIVA<sup>1</sup>, DR. FREDIS MOLINA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, SAN SALVADOR, EL SALVADOR

Presentación E-Póster III, Sala E-Poster, junio 7, 2023, 14:00 - 15:00

**Antecedentes:** Paciente femenina de 45 años, conocida con antecedente miocardiopatía hipertrofica desde 2019, manejada con verapamilo, sin otro antecedente contributivo.

**Descripción del caso:** Consulta con 7 horas de evolución de pérdida súbita del tono postural asociada a hemiparesia de extremidades derechas, desviación de rasgos faciales hacia la izquierda y afasia motora. En unidad de emergencias es evaluada con presión arterial de 120/80 mmHg, frecuencia cardiaca de 66 latidos/minuto, frecuencia respiratorio de 18, al examen físico consciente, yugulares vacías, pulmones ventilados, no estertores, corazón con ritmo regular, con soplo sistólico grado III en foco mitral, pulsos periféricos presentes, a nivel neurológico con hemiplejía e hiperreflexia derecha, signo de babinsky derecho presente, puntuación/escala de accidente cerebrovascular NIH (NIHSS) de 16 puntos. Se realiza tomografía computarizada cerebral simple sin hallazgos de hemorragia o isquemia aguda. Por lo que se realiza Resonancia magnética cerebral que evidencia evento cerebrovascular isquémico agudo parietal y temporal izquierdo en territorio de arteria cerebral media izquierda. Electrocardiograma con ritmo regular e hipertrofia ventricular izquierda. Posteriormente se realiza ecocardiograma 2D que reporta hipertrofia ventricular izquierda asimétrica de predominio septal y apical, con un máximo grosor de 20 mm a nivel anteropetal, con flujo turbulento en tracto de salida del ventrículo izquierdo, con un gradiente máximo en reposo de 48 mmHg, aurícula izquierda dilatada y con imagen sugestiva de trombo auricular de 18x8 mm, poco móvil, con probable calcificación. Se realiza monitoreo Holter de 24 horas, que reportó extrasístoles auriculares y ventriculares aisladas. Se brinda terapia de rehabilitación física y manejo farmacológico en monoterapia con antiagregante plaquetario y anticoagulación oral. Posteriormente paciente fue dada de alta, para continuar rehabilitación ambulatoria. **Discusión:** los pacientes con miocardiopatía hipertrofica se consideran de alto riesgo para presentar eventos cerebrovasculares isquémicos tromboembólicos con una alta asociación con fibrilación auricular, por dilatación auricular secundaria, sin embargo, el riesgo de desarrollar complicaciones tromboembólicas no debe basarse únicamente en la presencia de fibrilación auricular, sino mas bien, considerar mecanismos fisiopatológicos como las alteraciones en el flujo sanguíneo, hipercogulabilidad y daño endotelial, entidades presentes en la miocardiopatía hipertrofica. Por lo tanto, se deben realizar monitoreos constantes electrocardiográficos ambulatorios para la detección temprana de fibrilación auricular por el alto riesgo que estos pacientes presentan y también aplicar puntajes pronósticos que puedan estimar el riesgo de desarrollo de eventos tromboembólicos inclusive en ausencia de ritmo de fibrilación auricular.



289

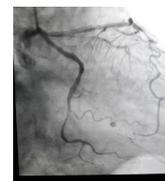
**CHOQUE CARDIOGÉNICO RUPTURA DE MUSCULO PAPILAR**

DRA. MARIBEL ALVARADO MONTES DE OCA<sup>1</sup>, DR. MIZRAYM ROJAS CHÁVEZ, DR. ELIAS OBISPO ABREGO, DR. VICTOR OCHOA PÉREZ, DR. ERIK EDUARDO BRICEÑO GÓMEZ

<sup>1</sup>HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, ISSSTE, CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO

Presentación Casos Clínicos para PREMIO, Hub Innovación, junio 7, 2023, 11:15 - 13:00

Paciente masculino de 72 años de edad quien cuenta con los siguientes factores de riesgo cardiovascular- Hiperuricemia, tabaquismo e hipertensión. Inició su padecimiento hace 5 días previos a su ingreso con presencia de dolor precordial opresivo intensidad 10/10 acompañada de neurovegetativos, no especifica tiempo de duración, no acudió a servicio médico posteriormente nuevamente a las 72hrs con nuevo evento de dolor precordial opresivo intensidad 7/10 sin irradiaciones ni neurovegetativos acude a servicio médico, en urgencias con electrocardiograma con elevación del ST inferior lateral. A la exploración aún con dolor 5/10, sin irradiación, sin neurovegetativos, con plétora yugular, con estertores bilaterales, precordio con ruidos cardiacos de baja intensidad , 3R no soplos audibles. extremidades sin edemas. Laboratorios con Cr de 3.0, Urea de 110, Hb de 12, Leucos de 8000, Troponinas positivas para infarto, se realizó ICP a Circunfleja con revascularización exitosa con lesión del 90% distal, la descendente anterior 70% y coronaria derecha 70% ambas proximales. Posterior a intervencionismo presenta edema agudo pulmonar y consecuentemente choque cardiogénico que amerita apoyo ventilatorio invasivo, así como apoyo con vasopresores e inotrópicos y BIAC. Al mostrar empeoramiento se decide realizar ecocardiograma el cual visualiza insuficiencia mitral importante así como ruptura de musculo papilar postero medial con flail de valva posterior, para valorar más estrechamente válvula mitral se realizó ecocardiograma transesofágico, en dicho estudio se corrobora mencionada complicación además en transtorácico se encuentran presiones de llenado elevada, sin derrame pericárdico, FEVI de 40%, lactatos de 8, creatinina de 3, BNP 16,000 (inicialmente) curva propia de infarto de miocardio, enzimas hepáticas ligeramente elevadas, Saturación Venosa de 40%, oligúrica con urea de hasta 130, 3 días posteriores con adecuada evolución retiro gradual de vasopresores e inotrópico, lactatos de 0.9, saturación venosa de 70%, con apoyo de BIAC 1-1, las escocopías posteriores con ITV de TSVI arriba de 17, IC de 2.5, Ultrasonido pulmonar patrón A, Vena cava 19 con colapso inspiratorio de 50% , mejoría de la función renal cr de 1, urea de 78. En espera de cirugía. Discusión. Nuestro paciente representa el cuadro clínico típico de infarto inferior con complicación mecánica siendo la culpable la arteria circunfleja de este cuadro agudo con ruptura de musculo papilar postero medial que condicionó Choque cardiogénico, con mejoría 72hrs después, que permitió retiro vasopresor e ingresó a quirófano para cambio valvular y revascularización bivascul.



290

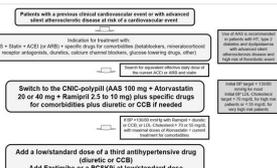
**RECENT ADVANCES IN POLYPILL CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION**

DR ANTONIO COCA<sup>1</sup>, DR. JOSÉ M CASTELLANO<sup>2,3</sup>, DR. MIGUEL CAMAFORT<sup>1</sup>, PROFESSOR VALENTIN FUSTER<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>HYPERTENSION AND VASCULAR RISK UNIT. DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE. HOSPITAL CLÍNIC (IDIBAPS), UNIVERSITY OF BARCELONA, BARCELONA, SPAIN, <sup>2</sup>CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CARDIOVASCULARES, INSTITUTO DE SALUD CARLOS III, , MADRID , SPAIN, <sup>3</sup>CENTRO INTEGRAL DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (CIEC), HOSPITAL UNIVERSITARIO MONTEPRINCIPE, HM HOSPITALES, , MADRID, SPAIN, <sup>4</sup>MOUNT SINAI MEDICAL CENTER, NEW YORK, USA

Presentación E-Póster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Background:** Triple therapy with lipid lowering, antihypertensive, and antiplatelet agents reduce the risk of recurrent cardiovascular (CV) fatal and non-fatal events, CV mortality and total mortality in secondary prevention. In real life, however, effective implementation of these optimal treatments both in primary and secondary prevention is low and thus their contribution to CV prevention is much less than it could be, based on research data. One of the main barriers to the adequate implementation of this strategies is low adherence to such elevated number of pills, because adherence is adversely affected by the complexity of the prescribed treatment regimen and can be considerably improved by treatment simplification. **Methods:** Systematic review of published data about the findings provided by recent epidemiological and clinical studies favouring a poly-pill-based approach to CV prevention. **Results:** The elevated prevalence of subjects with multiple CV risk factors and comorbidities provides the rationale for a therapeutic strategy based on the combination in a single tablet of drugs against different risk factors. Pharmacological studies have demonstrated that different CV drugs can be combined in a single tablet with no loss of their individual efficacy and this favours both adherence and persistence in treatment and multiple risk factor control. Recently, the randomized clinical trial Secondary Prevention of Cardiovascular Disease in the Elderly (SECURE), has shown a significant 30% reduction in CV events and 33% reduction in CV death in patients after myocardial infarction treated with a poly-pill in comparison with usual care. **Conclusion:** The available data strongly supports the use of cardiovascular poly-pill as an integral part of any CV prevention strategy. **Keywords:** Poly-pill, cardiovascular prevention, adherence, persistence.



291

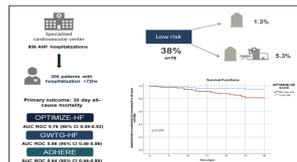
**IDENTIFYING LOW-RISK ACUTE HEART FAILURE PATIENTS FOR OUTPATIENT MANAGEMENT: A COMPARISON OF RISK SCORES IN PREDICTING 30-DAY RISK EVENTS IN PATIENTS WITH SHORT HOSPITAL STAY**

DRA. LUCRECIA MARIA BURGOS<sup>1</sup>, DRA BELÉN ESTEFANÍA AUDISIO<sup>2</sup>, DR RAMIRO ARIAS<sup>1</sup>, DR FRANCO BALLARI<sup>1</sup>, DR JUAN PEDRO FESCINA<sup>1</sup>, DRA ROCIO BARO VILA<sup>1</sup>, DR LUCAS LEONARDO SUAREZ<sup>1</sup>, DRABIANCA RICCIARDI<sup>1</sup>, DRA ANA SPACCAVENTO<sup>1</sup>, DRAMIRTA DIEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES, BUENOS AIRES, ARGENTINA, <sup>2</sup>SANATORIO PARQUE, ROSARIO, ARGENTINA

Presentación trabajos libres para premio, Hub Innovación, junio 7, 2023, 9:00 - 11:00

**Introduction:** Heart failure (HF) is a leading cause of hospitalization, with high mortality rates and significant economic burden. To address the issue, an "IC lounge" was designed using multiple outpatient strategies to reduce HF hospitalizations. However, the identification of low risk patients with acute heart failure (AHF) who could benefit from outpatient treatment remains poorly documented. **Objective:** We aimed to evaluate the accuracy of multiple scores in predicting the risk of 30-day events in AHF patients with short hospitalizations. **Methods:** We conducted a retrospective analysis of a prospective and consecutive cohort of AHF patients with hospitalizations <72 hours at a tertiary care hospital between 2015-2020. Patients who died or were referred during the index hospitalization were excluded. We assessed the risk of unplanned visit or readmission for worsening HF or death at 30 days using OPTIMIZE-HF, GWTG-HF and ADHERE risk score, previously validated models that predict outcomes in AHF patients. And the secondary endpoint was the combined 30-day all-cause mortality. From the model with the best predictive ability, we analyzed the risk of events in low-risk populations by dividing them into tertiles. **Results:** 856 hospitalizations were analyzed, of which 200 (23.3%) lasted less than 72 hours and were discharged alive. The mean age was 75.5 (±12) years, and 62% were male. A total of 95.9% of the cohort had a 30-day follow-up, the overall primary event rate was 14%, and 3% mortality. The AUC-ROC for the prediction of 30-day all-cause mortality were 0.78 (95% CI 0.59-0.93), 0.66 (95% CI 0.46-0.86), and 0.64 (95% CI 0.44-0.85) for OPTIMIZE-HF, GWTG-HF, and ADHERE, respectively. For the secondary combined event, the AUC-ROC was 0.70 (95% CI 0.59-0.79) for OPTIMIZE-HF, GWTG-HF 0.67 (0.56-0.77) and ADHERE 0.67 (0.56 - 0.77). The three scores had good calibration (Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test >0.05). Among the low-risk patients (n=76, OPTIMIZE-HF score <32), the incidence of mortality and combined events at 30 days was 1.3% and 5.3%, respectively. Kaplan-Meier survival analysis showed that low risk patients had lower risk of the combined event (log rank p<0.006, Figure). **Conclusion:** In AHF patients with short hospital stay, OPTIMIZE-HF score had better predictive ability and could be a useful tool for assessing the risk of death or the combined event at 30 days. Using the OPTIMIZE-HF risk score may assist in identifying low-risk patients who could potentially benefit from outpatient management of AHF in a day-care diuretic clinic, thereby potentially reducing the burden of HF.



## 292

## IDENTIFYING INDEPENDENT PREDICTORS OF SHORT HOSPITALIZATION FOR ACUTE HEART FAILURE: IMPLICATIONS FOR OUTPATIENT STRATEGIES

DRA. LUCRECIA MARIA BURGOS<sup>1</sup>, DR FRANCO BALLARI<sup>1</sup>, DRA ROCIO BARO VILA<sup>1</sup>, DRA MIRTA DIEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES, BUENOS AIRES, ARGENTINA

Presentación E-Póster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** Heart failure (HF) is a major public health concern, leading to high rates of hospitalization and mortality worldwide. Patients with acute heart failure (AHF) are usually admitted to hospital for management. However, there is growing interest in delivering IV diuretic therapy at home, in the community or in hospital day-care units. However, there is a scarcity of evidence regarding the identification of patients hospitalized with AHF who are likely to have a short length of stay and may potentially benefit from an outpatient strategy. **Objetivo:** To identify independent predictors of hospitalization for AHF lasting less than 72 hours. **Methods:** We conducted a retrospective analysis of a prospective and consecutive cohort of adult patients hospitalized between 2015 and 2020 with a primary diagnosis of AHF. Patients who died or were referred during the index hospitalization were excluded. Patients with a length of stay less than 72 hours were compared to those with longer stays. Multivariate logistic regression analysis was performed to identify independent predictors of a shorter hospitalization. **Results:** Among 856 patients, 780 (91.1%) met the inclusion criteria. Of which 229 (29.4%) had a hospitalization lasting less than 72 hours. In univariate analysis, previous use of furosemide, initial presentation as low cardiac output or acute pulmonary edema, increased heart and respiratory rates, arterial hypotension, and multiple admission laboratory parameters such as urea, creatinine, high-sensitivity troponin T, alkaline phosphatase, and elevated bilirubin, as well as impaired right ventricular function were associated with longer hospital stay. Age, comorbidities, etiology of HF, previous hospitalizations, echocardiographic parameters of left ventricular function were not associated with length of hospitalization. In multivariate analysis, independent predictors of a shorter hospitalization included furosemide naive (OR 1.74; 95% CI 1.11-2.71), lower baseline alkaline phosphatase levels per unit U/l (OR 0.98; 95% CI 0.98-0.99) and high-sensitivity troponin per ng/l (OR 0.98; 95% CI 0.98-0.99). **Conclusion:** Our study identified independent predictors of a hospitalization for AHF lasting less than 72 hours, which may help identify patients who could benefit from outpatient strategies. Further studies are needed to validate this in a larger cohort and in different sites.

## 294

## SCORES DE RIESGO GRACE Y TIMI COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

DRA. TATIANA YISEL HANSEN LORENZ<sup>1</sup>, KEVIN VINICIUS RODRIGUES GOMES<sup>1</sup>, DRA. ANDREA ORTIZ<sup>1</sup>, DRA. MIREYA INVERNIZZI<sup>1</sup>, DRA. ALEJANDRA ALVAREZ<sup>1</sup>, DRA. NOELIA GONZÁLEZ<sup>1</sup>, DRA. ADRIANA NUÑEZ<sup>1</sup>, DR. GABRIEL BAEZ<sup>1</sup>, DRA. SILVIA CALDEROLLI<sup>1</sup>, DR. ADRIAN ALDERETE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación E-Póster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** La estratificación de riesgo en los pacientes con infarto agudo de miocardio son una herramienta fundamental en el seguimiento de los pacientes con eventos coronarios, se propusieron numerosos scores de riesgo de los cuales los más utilizados actualmente son los scores de GRACE Y TIMI. **Objetivo:** Determinar la asociación entre los scores de riesgo GRACE y TIMI con la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST en el servicio de urgencias de un centro de referencia nacional. **Metodología:** Se realizó un estudio analítico, retrospectivo de corte transversal, en pacientes con síndrome coronario sin elevación del ST ingresados al servicio de urgencias de un hospital de referencia. Para la comparación de las variables se utilizó el estadístico chi cuadrado, y se consideró  $p < 0,05$  como significativa. **Resultados:** Se incluyó a 257 pacientes con infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST, la edad promedio fue de 61,5 años. 62,3% fueron de sexo masculino. En los hallazgos electrocardiográficos 65,3% presentó infradesnivel del ST, 22,1% ondas T negativas, 12,6% electrocardiograma normal. El 89,5% acudió por dolor retroesternal típico. En cuanto a la estratificación de riesgo según el score de TIMI, se obtuvo riesgo bajo en el 22,1%, intermedio en 47,4% y alto en el 30,5%. En la estratificación realizada en base al score de GRACE, se obtuvo riesgo bajo en el 19,0%, intermedio 42,8% y alto en el 38,2% de los pacientes. La mortalidad intrahospitalaria fue del 10,1%. El riesgo alto según score de GRACE presentó una mortalidad de 80,7% ( $p=0,006$ ), en el grupo de riesgo alto por score de TIMI fue de 68,5% ( $p=0,06$ ). **Conclusión:** El score de GRACE presentó asociación significativa entre el riesgo de muerte intrahospitalaria y alto riesgo según puntuación en nuestro grupo de pacientes. Palabras clave: Síndrome coronario agudo. Tasa de mortalidad. Infarto agudo de miocardio.

## 295

## FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA Y AVANZADA DE ADULTOS EN MÉDICOS INTERNOS

DRA. TATIANA YISEL HANSEN LORENZ<sup>1</sup>, DRA. YANNINA ZUMAHIA NOTARIO GALEANO<sup>1</sup>, DRA. ANDREA ORTIZ<sup>1</sup>, DRA. MIREYA INVERNIZZI<sup>1</sup>, DRA. NOELIA GONZÁLEZ<sup>1</sup>, DRA. ADRIANA NUÑEZ<sup>1</sup>, DRA. SILVIA CALDEROLLI<sup>1</sup>, DRA. ALEJANDRA ALVAREZ<sup>1</sup>, DR. GABRIEL BAEZ<sup>1</sup>, DR. ADRIAN ALDERETE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** La ejecución correcta de las maniobras de reanimación cardiopulmonar en un paro cardiorrespiratorio aumenta siete veces las posibilidades de supervivencia. **Objetivo:** Describir los factores asociados al conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básica y avanzada de adultos de los médicos internos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante el año 2022. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, que se basó en la realización de una encuesta evaluando en la misma el conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar, considerando factores como edad, sexo, año de residencia, etc. **Resultados:** un 57% de los encuestados fue del sexo femenino con un promedio de 25 años de edad, el 75% presentó conocimientos básicos sobre reanimación cardiopulmonar **Conclusión:** más del dos tercios de los encuestados posee conocimientos básicos sobre reanimación cardiopulmonar **Palabras clave:** adrenalina, paro cardíaco, reanimación cardiopulmonar

## 296

## RIESGO DE PADECER DIABETES MELLITUS TIPO 2 MEDIANTE EL TEST DE FINDRISK EN MÉDICOS RESIDENTES

DRA. TATIANA YISEL HANSEN LORENZ<sup>1</sup>, DRA. YANNINA ZUMAHIA NOTARIO GALEANO<sup>1</sup>, DR. ADRIAN ALDERETE<sup>1</sup>, DRA. ANDREA ORTIZ<sup>1</sup>, DRA. MIREYA INVERNIZZI<sup>1</sup>, DRA. ALEJANDRA ALVAREZ<sup>1</sup>, DRA. NOELIA GONZÁLEZ<sup>1</sup>, DRA. ADRIANA NUÑEZ<sup>1</sup>, DR. GABRIEL BAEZ<sup>1</sup>, DRA. SILVIA CALDEROLLI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación E-Póster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Introducción:** La diabetes mellitus de tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica no transmisible que ha incrementado drásticamente su incidencia en personas jóvenes en las últimas décadas. **Objetivo:** Describir el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 mediante el Test de Findrisk en médicos residentes del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, año 2022 **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, que se basó en la realización de una encuesta que consta de 8 preguntas a los médicos residentes evaluando mediante la misma datos como edad, sexo, año de residencia, alimentación, peso con la cual se predice el riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 en 10 años. **Resultados:** un 57% de los encuestados fue del sexo femenino con un promedio de 25 años de edad, el 51% presentó riesgo bajo para el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 a los 10 años **Conclusión:** El test de Findrisk es una herramienta útil para caracterizar los factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 **Palabras clave:** diabetes mellitus, obesidad, resistencia a la insulina

## 297

**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN PACIENTES FALLECIDOS POR COVID-19 EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.**

DRA. TATIANA YISEL HANSEN LORENZ<sup>1</sup>, DRA. YANNINA NOTARIO GALEANO<sup>1</sup>, DRA. ANDREA ORTIZ<sup>1</sup>, DRA. MIREYA INVERNIZZI<sup>1</sup>, DRA. ALEJANDRA ALVAREZ<sup>1</sup>, DRA. NOELIA GONZÁLEZ<sup>1</sup>, DRA. ADRIANA NUÑEZ<sup>1</sup>, DR. GABRIEL BAEZ<sup>1</sup>, DRA. SILVIA CALDEROLI<sup>1</sup>, DR. ADRIAN ALDERETE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación E-Poster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** La asociación entre patología cardiovascular y mala evolución de la infección por SARS-CoV-2 se demostró en diferentes estudios publicados, se recalca que la hipertensión, la diabetes, la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica son marcadamente más frecuentes en los pacientes que requieren cuidados críticos o fallecen por COVID-19. **Objetivo:** Describir los factores de riesgo cardiovasculares en pacientes fallecidos por COVID-19 en un hospital de referencia. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. Fueron incluidos pacientes fallecidos por COVID 19. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico Epi Info 7.2. **Resultados:** Se incluyó a 132 pacientes fallecidos en sala de internados de COVID 19, el 84,3% presentaron algún factor de riesgo cardiovascular, la edad media fue de 75,6± 12,8 años. El 72% de los pacientes tuvieron edad mayor a 60 años. 59% fueron varones. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular 85,1% presentó hipertensión arterial, 77,7% obesidad, 44,4% diabetes mellitus. En el 66,6% se constató antecedente de insuficiencia cardiaca. La media de estancia hospitalaria fue de 10,5 días, 44,4% fue derivado a la unidad de cuidados intensivos. **Conclusión:** La presencia de factores de riesgo en los pacientes fallecidos por COVID 19 fue elevada, en su mayoría fueron de edad avanzada, los factores de riesgo prevalentes fueron la hipertensión arterial y la obesidad. Un porcentaje importante contaba con antecedente de insuficiencia cardiaca. **Palabras clave:** Coronavirus. Mortalidad. Factores de riesgo cardiovascular.

## 298

**FRECUENCIA DE INFECCIÓN POR SARS COV2 EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO INTERNADOS EN ÁREA COVID**

DRA. TATIANA YISEL HANSEN LORENZ<sup>1</sup>, DR. SILVIO SOSA<sup>1</sup>, DR. VENANCIO CABRERA FRANCO<sup>1</sup>, DRA. LIZVANIA FRANCO GONZÁLEZ<sup>1</sup>, DR. EDGAR DANIEL PÉREZ ESCURRA<sup>1</sup>, DRA. SILVIA MARGARITA CALDEROLI BALMACEDA<sup>1</sup>, DR. JUAN NICOLAS TABARELLI SILVEIRA<sup>1</sup>, DR. GABRIEL BÁEZ CHAMORRO<sup>1</sup>, DRA. MÓNICA GISELLE AMARILLA FLEITAS<sup>1</sup>, DRA. MARLEM LUJÁN ESQUIVEL GARCÍA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación E-Poster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** Los pacientes con factores de riesgo cardiovascular o enfermedad cardiovascular establecida, parecen tener curso clínico más agresivo al asociarse a una infección por SARS-CoV-2. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de infección por SARS CoV2 en pacientes con infarto agudo de miocardio internados en área COVID de un centro de referencia. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en pacientes con síndrome coronario agudo que fueron ingresados a área COVID por PCR positivo para SARS CoV2 de abril a junio 2021. **Resultados:** Se diagnosticaron 297 pacientes con infarto agudo de miocardio en un periodo de 3 meses, de los cuales 37 (38,1%) tuvieron prueba positiva para SARS CoV2. De estos pacientes (n=37) 56,7% presentó hipertensión arterial, 29,7% diabetes mellitus, 62,1% obesidad, 51,3% dislipidemia y 27,0% sin factores de riesgo. 67,5% fueron sin elevación del segmento ST. La edad media de los pacientes fue de 59,5 años. 59,4% de sexo masculino. El tiempo promedio de internación fue de 14,5 días. De los pacientes aislados 40,5% se sometieron a cateterismo cardiaco durante la internación. Se registró un 10,8% de fallecimiento intrahospitalario. **Conclusión:** La frecuencia de infección por SARS CoV2 en pacientes con infarto de miocardio fue elevada, en su mayoría con factores de riesgo cardiovasculares, en menos de la mitad se realizó intervención percutánea. **Palabras clave:** Infarto agudo de miocardio. Coronavirus. Mortalidad.

## 299

**INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y MANEJO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA**

DRA. TATIANA YISEL HANSEN LORENZ<sup>1</sup>, DRA. LIZVANIA MONTSERRAT FRANCO GONZÁLEZ<sup>1</sup>, DR. SILVIO SOSA<sup>1</sup>, DR. VENANCIO MOISÉS CABRERA FRANCO<sup>1</sup>, DR. EDGAR DANIEL PÉREZ ESCURRA<sup>1</sup>, DRA. SILVIA MARGARITA CALDEROLI BALMACEDA<sup>1</sup>, DR. JUAN NICOLÁS TABARELLI SILVEIRA<sup>1</sup>, DRA. MÓNICA GISELLE AMARILLA FLEITAS<sup>1</sup>, DR. GABRIEL BÁEZ CHAMORRO<sup>1</sup>, DRA. MARLEM LUJÁN ESQUIVEL GARCÍA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación E-Poster VI, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 14:00 - 15:00

**Introducción:** La insuficiencia cardiaca aguda es una de las principales causas de consulta y hospitalización en los servicios de urgencias hospitalarios, el manejo adecuado y detección precoz de casos graves mejora el manejo y la estratificación de estos pacientes en la unidad de atención especializada. **Objetivo:** Describir las características clínicas, epidemiológicas y el manejo de pacientes con insuficiencia cardiaca aguda en un servicio de urgencias de referencia nacional. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal con componente analítico. Fueron incluidos pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca descompensada ingresados al servicio de urgencias de enero a julio 2021. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico Epi Info 7.2. Para la comparación de las variables se utilizó el estadístico chi cuadrado, y se consideró  $p < 0,05$  como significativa. **Resultados:** Fueron incluidos 47 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca aguda, la edad media fue de 64,5 ± 12,8 años, 59,5% fueron varones. En 74,4% el motivo de ingreso fue disnea, 21,2% cansancio y 4,4% dolor precordial. De los factores desencadenantes en el 80,8% se constató infecciones, 14,8% arritmias y 4,4% evento coronario agudo. El 76,5% fue catalogado como insuficiencia cardiaca crónica agudizada y 23,5% como insuficiencia cardiaca de novo. En cuanto a los perfiles hemodinámicos de presentación 65,9% fue caliente-húmedo, 19,1% frío-seco y 15,0% frío-húmedo. De la terapia farmacológica instaurada 95,7% recibieron diuréticos, 46,8% inotrópicos (dobutamina), 40,4% vasodilatador (nitroglicerina) y 25,5% vasopresores (noradrenalina). El promedio de días de internación fue 14,5 días. La mortalidad intrahospitalaria fue del 14,8%. La mortalidad según los perfiles hemodinámicos fue 6,45% en caliente-húmedo, 57,1% en frío-húmedo, 11,1% frío-seco ( $p = 0,0001$ ). **Conclusión:** El perfil hemodinámico de mayor frecuencia de presentación fue el caliente-húmedo, la terapia utilizada en la mayoría de los casos fueron los diuréticos e inotrópicos. La mortalidad intrahospitalaria se asoció significativamente al perfil frío-húmedo. **Palabras clave:** Insuficiencia cardiaca. Disnea. Diuréticos. Inotrópicos.

## 300

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO- ANGIOGRÁFICA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST, ENERO A DICIEMBRE 2022**

DRA. TATIANA YISEL HANSEN LORENZ<sup>1</sup>, DRA. ELISA MARTÍNEZ<sup>1</sup>, DRA. YANNINA ZUMAHIA NOTARIO GALEANO<sup>1</sup>, DRA. EVELIN GIMENEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación E-Poster IV, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de morbimortalidad de la población paraguaya por lo cual constituyen un problema en la salud pública, entre las que se destaca el infarto agudo de miocardio, que se caracteriza por la disminución en la irrigación del corazón. **Objetivo:** Describir las características clínicas y angiográficas de pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST que acudieron al Hospital Central del Instituto de Previsión Social de enero a diciembre 2021. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el cual fueron evaluados las fichas electrónicas detallándose características como tiempo del dolor, tipo de infarto, características angiográficas más frecuentes, etc. **Resultados:** El 85% de los casos de infarto agudo del miocardio con elevación del ST fueron en varones con un promedio de edad de 45 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2. La principal lesión angiográfica correspondió a la estenosis de la descendente anterior. **Conclusión:** El infarto agudo de miocardio con elevación del ST presenta una frecuencia mayor en los hombres, menores de 65 años de edad, pero con una elevada morbimortalidad. **Palabras clave:** infarto agudo de miocardio, dolor precordial, troponinas

## 301

**ENDOCARDITIS INFECCIOSA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y MANEJO: UN ESTUDIO PROSPECTIVO**

DRA. TATIANA YISEL HANSEN LORENZ<sup>1</sup>, DRA. YANNINA NOTARIO GALEANO<sup>1</sup>, DRA. ELISA MARTÍNEZ<sup>1</sup>, DRA. EVELYN GIMENEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación E-Póster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** La endocarditis infecciosa actualmente posee un perfil clínico muy variado pese a los adelantos tecnológicos. **Objetivo:** Describir el perfil clínico- epidemiológico de pacientes con Endocarditis Infecciosa internados en el servicio de Clínica Médica del Hospital Central del Instituto de Previsión Social **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal con componente analítico. Fueron incluidos pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa desde 2017 hasta 2021. Para el análisis de los datos se utilizó Epi Info 7.2. Para la comparación de las variables se utilizó el chi cuadrado, considerándose  $p < 0,05$  como significativa. **Resultados:** Fueron incluidos 154 pacientes, la edad media fue de  $63,5 \pm 12,8$  años, 58,8% fueron varones. Un 83% presentó fiebre. En 83,4% fue sobre válvula nativa, siendo la más frecuente la válvula aórtica en un 77%. Un 22,2 % correspondía a pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. En un 33,3 % se aisló gérmenes en los hemocultivos. *Streptococo viridans* 30,8%, *S. aureus* 18,6%. El promedio de días de internación fue  $23 \pm 12$ . Un 27% requirieron internación en unidad de cuidados intensivos y un 33% cirugía de recambio valvular. El porcentaje de mortalidad fue de 27,7 % principalmente en paciente con complicaciones como abscesos o ruptura valvular ( $p=0,0001$ ). **Conclusión:** La mortalidad por Endocarditis infecciosa fue alta durante el periodo de estudio, encontrándose una asociación significativa relacionada a abscesos y/o rotura valvular. **Palabras clave:** Endocarditis infecciosa. Mortalidad. Válvula aórtica

## 303

**HÁBITOS ALIMENTARIOS Y SOBREPESO/OBESIDAD EN MÉDICOS RESIDENTES SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA II**

DRA. MARÍA SIMONA GODOY GIMÉNEZ<sup>1</sup>, DRA. TATIANA HANSEN<sup>1</sup>, DRA. CAROLINA ARIAS<sup>1</sup>, DRA. YANNINA ZUMAHIA NOTARIO GALEANO<sup>1</sup>, DR. GONZALO IRÚN<sup>1</sup>, DRA. EVELIN GIMÉNEZ<sup>1</sup>, DRA. ELISA MARTÍNEZ<sup>1</sup>, DR. CÉSAR PEREZ<sup>1</sup>, DRA. DEISY BÁEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** La sobrecarga laboral a la que constantemente se exponen los médicos se asocia en ocasiones a un aumento en los malos hábitos alimentarios y por consiguiente al aumento de sobrepeso/obesidad. **Objetivo:** Describir los hábitos alimentarios y la frecuencia de sobrepeso/ obesidad en médicos residentes del Hospital Central del Instituto de Previsión Social periodo 2022 **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal en el cual se realizó una encuesta electrónica a los médicos residentes evaluándose variables como sexo, edad, hábitos alimenticios, peso y altura previo consentimiento informado de los mismos. **Resultados:** Un 30 % de los encuestados presenta sobrepeso/ obesidad, y los malos hábitos alimentarios se observaron en el 90 % de los encuestados **Conclusión:** Se observó una elevada frecuencia de malos hábitos alimentarios predominando las comidas rápidas y el exceso de azúcares, un tercio de los encuestados presentó sobrepeso/ obesidad. **Palabras clave:** mala alimentación, obesidad, sedentarismo

## 304

**INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST: CARACTERIZACIÓN CLÍNICO, ETIOLÓGICA -Y ANGIOGRÁFICA**

DRA. MARÍA SIMONA GODOY GIMÉNEZ<sup>1</sup>, DRA. CAROLINA ARIAS<sup>1</sup>, DR. GONZALO IRÚN<sup>1</sup>, DRA. YANNINA ZUMAHIA NOTARIO GALEANO<sup>1</sup>, DRA. TATIANA HANSEN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de morbimortalidad de la población paraguaya por lo cual constituyen un problema en la salud pública, entre las que se destaca el infarto agudo de miocardio, que se caracteriza por la disminución en la irrigación del corazón **Objetivo:** Describir las características clínicas y angiográficas de pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST que acudieron al Hospital Central del Instituto de Previsión Social de enero a diciembre 2021. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el cual fueron evaluados las fichas electrónicas detallándose características como tiempo del dolor, tipo de infarto, características angiográficas más frecuentes, etc. **Resultados:** El 85% de los casos de infarto agudo del miocardio con elevación del ST fueron en varones con un promedio de edad de 45 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2. La principal lesión angiográfica correspondió a la estenosis de la descendente anterior. **Conclusión:** El infarto agudo de miocardio con elevación del ST presenta una frecuencia mayor en los hombres, menores de 65 años de edad, pero con una elevada morbimortalidad

## 305

**ASPECTOS CLÍNICO- ETIOLÓGICOS DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN REDUCIDA EN EL SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA**

DRA. MARÍA SIMONA GODOY GIMÉNEZ<sup>1</sup>, DRA. SANY FIORELLA GÓMEZ GONZÁLEZ<sup>1</sup>, DRA. NELLY PAMELA BENÍTEZ MARTÍNEZ<sup>1</sup>, DR. SERGIO AGUILERA VARGAS<sup>1</sup>, DR. BLAS ABEL ALONZO CABRERA<sup>1</sup>, DRA. LARIZZA PAMELA SANCHES COLMAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación E-Póster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** La insuficiencia cardiaca con baja fracción de eyección constituye una patología frecuente, siendo uno de los principales motivos de ingreso en los servicios de urgencias, con una elevada morbimortalidad y altos costos hospitalarios. **Objetivo:** Describir los aspectos clínicos y etiológicos de la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida en el servicio de Clínica Médica II del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de enero a setiembre 2022. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el cual fueron evaluados los síntomas más frecuentes, características sociodemográficas y la etiología más frecuente de la insuficiencia cardiaca en pacientes con baja fracción de eyección. **Resultados:** Un 57% de los casos de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida fueron en varones, el promedio de edad fue de 75 años. Dentro de las comorbilidades un 65% tenían antecedente de hipertensión arterial y un 60% de diabetes mellitus tipo 2. **Conclusión:** La insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida es más frecuente en pacientes varones, adultos mayores, generalmente con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. **Palabras clave:** insuficiencia cardiaca, dolor precordial, fibrilación atrial

## 306

**TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS Y MANEJO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DEL PARAGUAY**

DRA. MARÍA SIMONA GODOY GIMÉNEZ<sup>1</sup>, DRA. SANY FIORELLA GÓMEZ GONZÁLEZ<sup>1</sup>, DR. SERGIO AGUILERA VARGAS<sup>1</sup>, DRA. LARIZZA PAMELA SANCHES COLMAN<sup>1</sup>, DRA. NELLY PAMELA BENÍTEZ MARTÍNEZ<sup>1</sup>, DR. BLAS ABEL ALONZO CABRERA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación E-Póster VII, Sala E-Poster, junio 9, 2023, 9:15 - 10:15

**Introducción:** La taquicardia supraventricular es un latido cardíaco rápido o errático irregular (arritmia) que afecta las cavidades superiores del corazón. La taquicardia supraventricular también se conoce como taquicardia supraventricular paroxística. Un corazón normal late entre 60 y 100 veces por minuto. Una frecuencia cardíaca de más de 100 latidos por minuto se denomina taquicardia. En un episodio de taquicardia supraventricular, el corazón late de 150 a 220 veces por minuto, pero en ocasiones puede latir más rápido o más lento. La mayoría de las personas con taquicardia supraventricular no necesitan restricciones de actividad ni tratamiento. Otras personas pueden necesitar cambios en el estilo de vida, medicamentos y procedimientos cardíacos para controlar o eliminar los latidos cardíacos rápidos del corazón y los síntomas relacionados. **Objetivo:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de la taquicardia paroxística supraventricular en un servicio de Urgencias del Paraguay en el Servicio de Emergencias Médicas Adultos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de enero a diciembre 2022. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el cual fueron evaluadas las fichas electrónicas de todos los pacientes internados por taquicardia paroxística supraventricular detallándose características como síntomas más frecuentes, comorbilidades, tratamiento instaurado, etc. **Resultados:** El 85% de los casos de taquicardia paroxística supraventricular fueron en varones con un promedio de edad de 65 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 y un 25% presentó hipertiroidismo. La cardioversión química fue utilizada como tratamiento en el 90% de los pacientes con buena respuesta. **Conclusión:** La taquicardia paroxística supraventricular presentó una frecuencia mayor en los hombres, con un promedio 65 años de edad, pero con una elevada morbimortalidad. **Palabras clave:** dolor precordial, palpitaciones, taquicardia paroxística supraventricular

## 307

**FRECUENCIA DE EVENTOS TROMBÓTICOS ASOCIADOS AL SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DEL PARAGUAY**

DRA. MARÍA SIMONA GODOY GIMÉNEZ<sup>1</sup>, DRA. CAROLINA ARIAS<sup>1</sup>, DR. GONZALO IRÚN<sup>1</sup>, DRA. TATIANA HANSEN<sup>1</sup>, DRA. DEISY BAEZ<sup>1</sup>, DR. CÉSAR PEREZ<sup>1</sup>, DRA. YANNINA ZUMAHIA NOTARIO GALEANO<sup>1</sup>, DRA. EVELIN GIMÉNEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, ASUNCIÓN, PARAGUAY

Presentación E-Póster V, Sala E-Poster, junio 8, 2023, 11:00 - 12:00

**Introducción:** El Síndrome antifosfolipídico se caracteriza por la presencia del fenómenos tromboembólicos o alteraciones gestacionales sumado a las alteraciones laboratoriales clásicas, frecuente en pacientes del sexo femenino en edad fértil. **Objetivo:** Describir las características clínicas y laboratoriales de pacientes con Síndrome antifosfolipídico que acuden al Hospital Central del Instituto de Previsión Social de enero a julio 2022. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal en el cual fueron evaluadas las características clínicas y laboratoriales más frecuentes de los pacientes con síndrome antifosfolipídico. **Resultados:** el 100% de los casos de síndrome antifosfolipídico se observaron en las mujeres, menores de 45 años de edad, que consultaron en el 60% por accidente cerebrovascular, un 20% antecedentes de abortos a repetición y un 20% trombosis venosas inexplicables. **Conclusión:** El síndrome antifosfolipídico predominó en mujeres jóvenes, más de la mitad con abortos a repetición o eventos trombóticos, pero la mortalidad encontrada en el estudio fue baja. **Palabras clave:** abortos, síndrome antifosfolipídico, lupu