

menos) en 57% de los casos, siendo de mayor predominio en sólo un vaso (53.8%). El 77.7% de la población con ectasia coronaria, presentaba enfermedad coronaria obstructiva concomitante. Se reportó una mortalidad de 4.4% (dos pacientes). Del total de la muestra, 25 pacientes (55.5%) fueron revascularizados con ACTP o CABG, 14 pacientes (31%) no fueron revascularizados, siendo egresados: siete pacientes con DAPT, dos pacientes con triple terapia, dos pacientes con aspirina, un paciente con terapia dual, un paciente con clopidogrel, y un paciente con NOAC.

**Conclusiones:** La enfermedad ectásica coronaria es una entidad poco frecuente, predominando la hipertensión arterial, tabaquismo, niveles disminuidos de HDL, así como niveles elevados de colesterol no HDL como factores de riesgo cardiovascular más frecuentes. La enfermedad ectásica coronaria fue más frecuente en pacientes con infarto al miocardio con elevación del segmento ST, y tanto la ectasia difusa de dos o tres vasos como la enfermedad coronaria obstructiva concomitante también fueron frecuentes bajo este diagnóstico. Aunque el riesgo de eventos cardiovasculares mayores sea bajo en pacientes con ectasia pura, está establecido que hay un mayor riesgo en aquellos pacientes que tienen enfermedad arterial obstructiva concomitante, y dado que en nuestro estudio esto fue la mayoría, valdría la pena determinar un tratamiento anticoagulante y antiagregante en estos pacientes por el alto riesgo trombogénico. Hasta el momento, el tratamiento establecido sólo por recomendaciones de expertos es la triple terapia sólo en pacientes que hayan tenido infarto agudo al miocardio con elevación del segmento ST y ectasia coronaria con o sin enfermedad arterial obstructiva. Aunque se reportó una mortalidad hospitalaria menor comparada a la de otros estudios, el tratamiento actual es muy heterogéneo, por lo que valdría la pena establecer dicho tratamiento con estudios posteriores.

## T2. Asociación del tipo de tratamiento antirretroviral con síndrome de QT largo en pacientes con enfermedad por virus de inmunodeficiencia humana

Martínez Pineda Itzel Atziry, Macías Franco Miguel Ángel. Hospital de Alta Especialidad Puebla ISSSTE.

**Antecedentes:** El uso de tratamiento antirretroviral aumenta el riesgo de síndrome de QT largo. A la fecha, la asociación entre el tipo de TARGA y éste, en nuestro medio, no ha sido analizado de forma sistemática. **Objetivo:** Establecer la asociación entre el tipo de tratamiento antirretroviral con el síndrome de QT largo en pacientes con enfermedad por el VIH en el Hospital Regional ISSSTE de Puebla. **Material y métodos:** Estudio de cohorte, analítico, observacional, longitudinal y ambispectivo. Se analizó una muestra de 154 pacientes adultos, ambos sexos, infectados por el VIH, bajo TARGA y divididos por el esquema empleado: tenofovir/emtricitabina/efavirenz (Atripla®) o tenofovir/emtricitabina (Truvada®) + dolutegravir (Tivicay®). Se cuantificó el intervalo QT corregido (QTc) al inicio y a los 12 meses del tratamiento. Asimismo, se recabaron sus principales características clínicas y sociodemográficas. Se empleó estadística descriptiva e inferencial para la asociación y el contraste de las variables entre los tipos de tratamiento. **Resultados:** Se reclutaron 77 pacientes por esquema de tratamiento. De ellos, 89% fueron hombres y la media de edad fue  $41.4 \pm 12.6$  años. En los ECG de seguimiento no se encontraron cambios en el

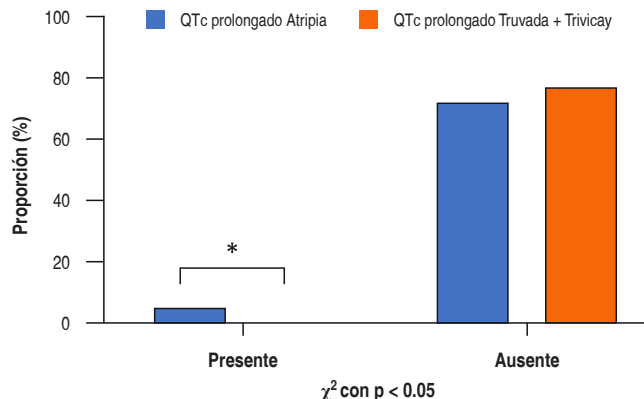


Figura T2.1: Asociación de QTc prolongado con dos tipos de tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-SIDA, Hospital Regional ISSSTE, Puebla.

Tabla T2.1: Cálculo del riesgo para cambios en el intervalo QT en el grupo de Atripla®, de acuerdo con los antecedentes. N=77.

Variable	n (%)	Riesgo relativo (IC95%)	p
Hombre	4 (5.2)	0.3 (0.03-3.2)	0.4
Mujer	1 (1.2)	0.3 (0.03-3.2)	0.4
Diabetes	0 (0.0)	1 (1-1.1)	0.6
Hipertensión arterial sistémica	2 (2.5)	2.3 (0.04-15.2)	0.047*
Alcoholismo	1 (1.2)	0.5 (0.05-4.7)	0.6
Tabaquismo	3 (3.8)	3 (0.05-19.0)	0.04*

Se muestran frecuencias de los pacientes de acuerdo con los resultados en el electrocardiograma de control y sus antecedentes, \* = significancia estadística.

intervalo QTc entre los pacientes tratados con Truvada® + Tivicay®; sin embargo, entre los pacientes tratados con Atripla®, 6.5% presentaron un intervalo QTc prolongado ( $p = 0.046$ ). Asimismo, la hipertensión arterial sistémica (HAS) ( $p = 0.047$ ) y el tabaquismo ( $p = 0.044$ ) se asociaron con el síndrome. **Conclusión:** la administración de Truvada® + Tivicay® se asoció con el síndrome de QT largo, especialmente entre los individuos con HAS y tabaquismo.

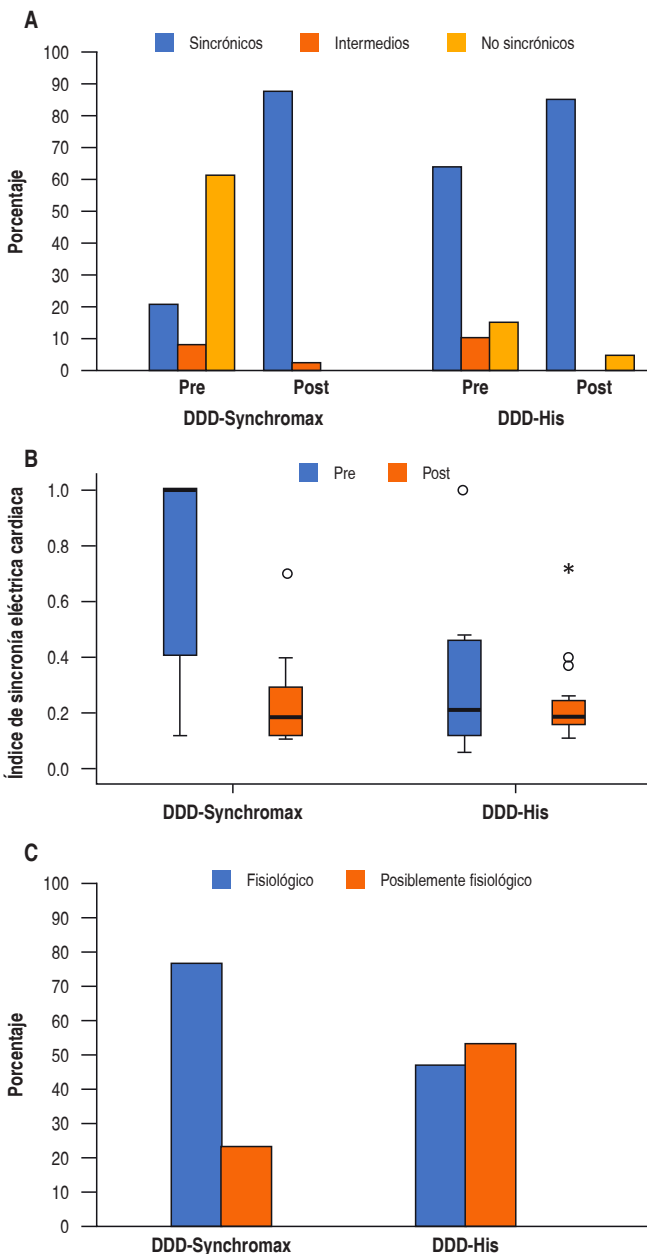
## T3. Capturando Haz de His se activa el sistema de conducción intrínseco resultando en contracción ventricular sincronizada (estimulación cardíaca artificial fisiológica)

Di Leoni Ferrari Andrés, Ley Domínguez Luis Manuel, Feltrin Willes Jessica Caroline, Chiari Cabral Gustavo, Orlandini Lodi Laura, Ferreira Gazzoni Guilherme, Costa Ferreira Flavio Vinicius. Hospital São Lucas da PUCRS.

**Objetivos:** Determinar la sincronía cardíaca, recursos necesarios y resultados clínicos de dos alternativas por estimulación cardíaca artificial (ECA) indirecta del His: no selectiva (grupo DDD-His) versus paraHisiana (grupo DDD-Synchromax). **Métodos:** Retrospectivamente, en pacientes con función sistólica preservada en

quienes se implantaron marcapasos definitivo (MPd) de doble cámara (noviembre 2019 a abril 2020) se analizaron: eje y duración del QRS, y sincronía cardíaca resultantes de la ECA con ambas técnicas. **Resultados:** Se incluyeron 51 pacientes (la mayoría masculinos 28/51), distribuidos en una relación 2:1 (34/51 grupo DDD-Synchromax; 17/51 DDD-His) con media de edad de 74 y 79 años, respectivamente. En el grupo DDD-Synchromax, el

análisis espacial de varianza del QRS, por el índice de sincronía ventricular, mostró mejora postimplante de MPd ( $p < 0.001$ ). Al ECG postimplante, 91.2% de los DDD-Synchromax presentaron patrón fisiológico de ECA, comprobando reclutamiento His-Purkinje, similar al de DDD-His (88.2%;  $p = 0.999$ ). El eje del QRS estimulado también fue fisiológico para ambos grupos. El tiempo de Rx fue significativamente menor para DDD-Synchromax (mediana 7 vs 21 minutos,  $p < 0.001$ ). La duración media del QRS aumentó en los pacientes DDD-Synchromax (114.7 pre-MPd vs 128.2 ms postimplante,  $p = 0.044$ ) y la amplitud de la onda R favoreció el grupo DDD-Synchromax (11.2 mV vs 6.0 mV DDD-His,  $p = 0.001$ ). **Conclusión:** La ECA paraHisiana reclutando indirectamente el Haz de His se comprueba segura, eficaz y resulta en sincronía ventricular próxima a la fisiológica.

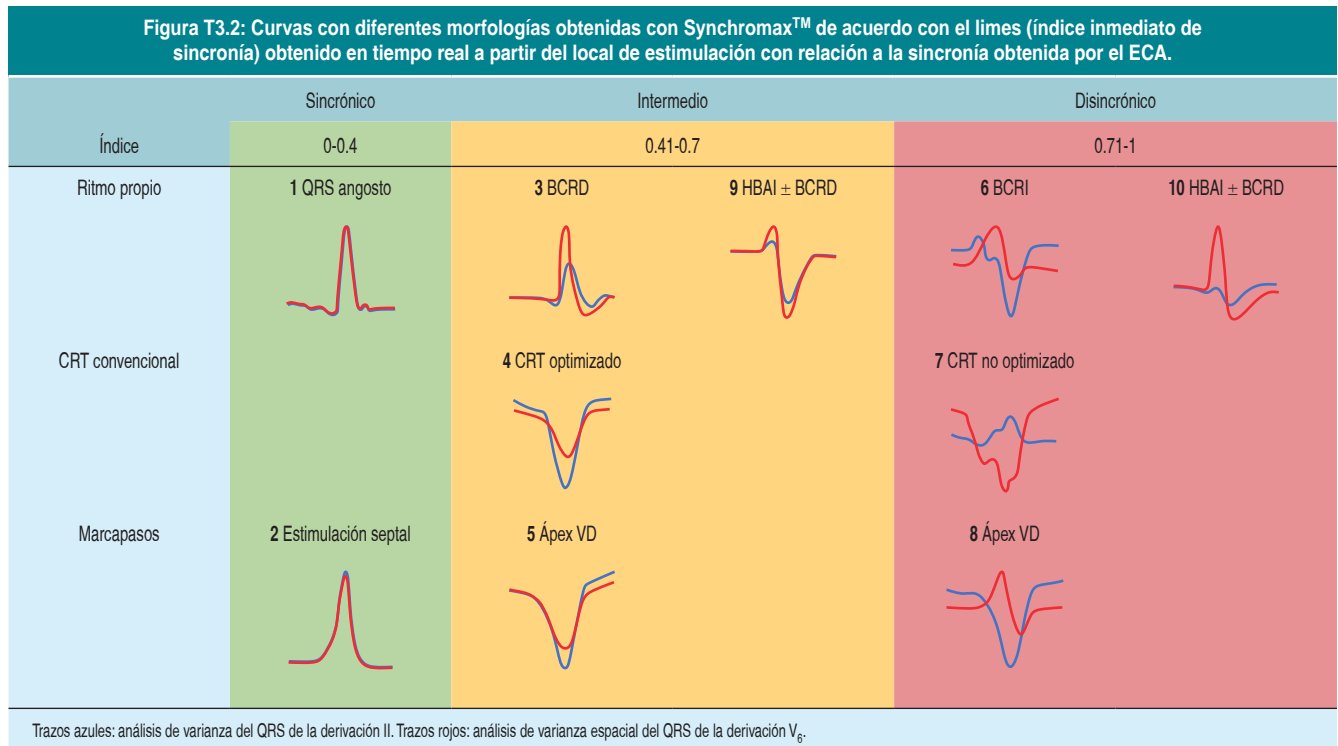


**Figura T3.1:** A) Frecuencia de distribución de sincronía cardíaca pre- y post- entre los grupos. B) Comparación del índice de sincronía eléctrica cardíaca (límites) entre los grupos. C) Gráfico comparativo del eje del ECG entre los grupos.

#### T4. Fenotipos de presión arterial identificados con monitoreo ambulatorio en sujetos con nivel normal, normal alta e hipertensión leve-moderada

Fonseca Reyes Salvador, Fonseca Cortéz Karla, Romero Velarde Enrique. Nuevo Hospital Civil de Guadalajara.

**Antecedentes y objetivos:** Dependiendo del nivel, la medición de la presión arterial (PA) en el consultorio por lo general identifica a sujetos con normotensión e hipertensión arterial (HTA) cuando están en proceso diagnóstico. Si ya están diagnosticados con HTA y reciben tratamiento son descritos como controlados o descontrolados dependiendo de la PA registrada. Sin embargo, desde hace años se han descrito otros fenotipos de PA que sólo pueden identificarse con el monitoreo ambulatorio de 24 horas (MAPA-24): hipertensión por bata blanca (HBB), hipertensión descontrolada de bata blanca (HDBB), hipertensión enmascarada (HE) e hipertensión enmascarada descontrolada (HED). Estos fenotipos tienen diferente pronóstico, tratamiento y seguimiento en las consultas. Nuestro objetivo fue identificar la frecuencia de estos fenotipos en sujetos con PA limítrofe alta, alta y HTA leve-moderada. **Material y métodos:** Estudio descriptivo y prospectivo. Se incluyeron a pacientes con niveles de PA ya descritos, que acudieron a la consulta externa habitual. Se promediaron tres mediciones por técnica automatizada no presencial de la PA en consulta mediante dispositivo electrónico (*MicroLife WatchBP Office*) y un MAPA-24 (*MicroLife WatchBP O3*), ambos dispositivos validados y calibrados. Se clasificaron como HBB y HDBB, a aquellos que estaban sin y con tratamiento farmacológico, respectivamente, cuando la PA en consulta fue  $\geq 140/90$  mmHg y MAPA diurno  $< 135/85$  mmHg. Cuando la PA en consulta fue  $< 140/90$  y en MAPA diurno  $\geq 135/85$  mmHg se clasificaron como HE y HED (sin y con tratamiento farmacológico, respectivamente). **Resultados:** Se estudiaron 82 pacientes consecutivos, 54 con HTA, 14 con PA normal alta y 14 con PA normal. Cincuenta y siete por ciento fueron mujeres, edad  $55.0 \pm 13.7$  años, IMC  $29.3 \pm 4.9$ , 14.5% con DM2 y 15% con tabaquismo. De los 82 pacientes 48% tomaba antihipertensivos. La PA sistólica y diastólica automatizada y por MAPA diurna fue de  $143 \pm 20.0/84.1 \pm 11.1$  mmHg y  $131.3 \pm 13.4/79.6 \pm 11.0$  mmHg. Se identificaron diferentes fenotipos, 25.6/19.6% en la PA sistólica y diastólica, respectivamente. Las frecuencias de los fenotipos se muestran en la **Tabla T4.1**. **Conclusiones:** A pesar



**Tabla T4.1.**

Hipertensión	Sistólica	Diastólica
Por bata blanca	4.9	0.0
Descontrolada por bata blanca	12.2	11.0
Enmascarada	6.1	4.9
Enmascarada descontrolada	2.4	3.7
Total	25.6	19.6

de las mediciones exactas de la PA en consultorio, un porcentaje importante de sujetos mediante el uso del MAPA son identificados con diferentes fenotipos de HTA, que en conjunto implican un tratamiento y seguimiento diferente.

**T5. Utilidad pronóstica del Gated SPECT y PET en el tratamiento de la obstrucción total crónica**

Roque Palacios Carlos Javier, Martínez Escobar M Carmen, Hernández Esparza Tomás, Hernández Martínez Abraham, Morales Portano Julieta D, Puente Barragán Adriana, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE.

**Antecedentes:** Una oclusión total crónica (OTC) es una obstrucción de 100% de una arteria coronaria epicárdica sin flujo anterógrado (TIMI 1 o 0) que está presente durante al menos tres meses. Las guías actuales recomiendan con indicación clase IIa nivel de evidencia B, que se debe considerar la revascularización percutánea de las OTC. **Objetivo:** Valorar los eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE) en pacientes con OTC que presentan isquemia y/o viabilidad en territorio de la OTC a los

que se les realizó revascularización percutánea a 12 meses. **Material y métodos:** Se presenta un estudio de cohorte de 127 pacientes sometidos a revascularización coronaria mediante angioplastia a quienes se les realizó evaluación funcional de la OTC, se les aplicó el estudio de perfusión miocárdica Gated SPECT para determinar isquemia o estudio de PET en búsqueda de viabilidad miocárdica en el territorio de la OTC. Se evaluaron eventos adversos cardiovasculares mayores a los 12 meses del procedimiento de angioplastia. Se dividieron a los pacientes en dos grupos con evidencia de isquemia y/o viabilidad y sin evidencia de isquemia y/o viabilidad. **Resultados:** En el grupo de pacientes en los que el estudio funcional no reportó isquemia y/o viabilidad la incidencia de MACE fue de 30%. En el grupo de pacientes con evidencia de isquemia y/o viabilidad la incidencia

**Tabla T5.1: Características basales de los pacientes. N = 127.**

	n (%)
Edad, años (rango)	64 (53-73)
Masculino	117 (80.0)
Hipertensión arterial sistémica	127 (100.0)
Diabetes mellitus 2	91 (72.0)
Dislipidemia	103 (81.0)
Tabaquismo activo	50 (39.0)
Isquemia mayor al 10%	86 (68.0)
Viabilidad cualitativa	24 (18.0)
Sin isquemia o viabilidad	17 (13.0)
MACE en población sin isquemia y/o necrosis	5 (30.0)
MACE en población con isquemia o viabilidad	4 (3.6)