

Saber dónde estamos, saber hacia dónde vamos

Al Director

Hay un aumento de la población mundial mayor de 60 años, 8% y 11% en 1950 y 2009, respectivamente, y 22% para el 2050, (1) tendencia observada también en los registros CONAREC III (60,9 años), ESMUCICA (62 años) y CONAREC XVI (63 años). (2) De un subanálisis del Registro CONAREC XVI (3) se mostró que también hay más pacientes obesos con mayor morbimortalidad posquirúrgica y un trabajo de nuestro equipo mostró que en los últimos 11 años nuestra población también ha envejecido y tiene mayor requerimiento de cirugía de urgencia. (4) La población del CONAREC XVI tiene más hipertensión, más dislipidemia, más diabetes, más insuficiencia renal crónica y más ingresos con insuficiencia cardíaca y requerimiento de cirugía de urgencia. Sin embargo, la mortalidad en la cirugía de revascularización ha disminuido (CONAREC III 11,8%, ESMUCICA 5,1%, CONAREC XVI 4,3%), lo cual, como mencionan Lowenstein Haber y colaboradores en su trabajo, (2) podría deberse a la mejora en los procedimientos quirúrgicos y en los cuidados posoperatorios. Aun así, estamos lejos de la media internacional. Las causas deben ser múltiples, pero un dato podría ser la punta del iceberg de nuestra realidad: el uso de balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA) en el posoperatorio fue del 3,5% versus el 23% de síndrome de bajo volumen minuto. Esto hace suponer a los autores que es por falta de disponibilidad, lo que me lleva a preguntar: ¿de qué otros elementos adolecen muchos centros quirúrgicos en la Argentina para el cuidado de estos pacientes cada vez más añosos, cada vez más enfermos?

Como dijera Lowenstein Haber y colaboradores respecto de la cirugía sin CEC, es difícil sacar conclusiones, dados la heterogeneidad de la población y el tipo de estudio. En el ROOBY Trial, (5) a 1 año la cirugía sin CEC tuvo un punto final combinado mayor que la cirugía con CEC (9,9% vs 7,4%; $p = 0,04$) y en el trabajo de Hu y colaboradores, (6) a 4,5 años la cirugía sin CEC se asoció con más eventos vasculares mayores (43,8% vs 41,2%; $p = 0,002$) y necesidad de revascularización ($p = 0,03$). Por lo tanto, considero que deben individualizarse los pacientes que más pueden beneficiarse con una u otra técnica.

Respecto de la cirugía valvular y la cirugía combinada, las conclusiones ya comentadas no difieren mucho para éstas. La menor mortalidad y el mayor uso de plástica mitral del ESMUCICA puede obedecer a las diferencias en la disponibilidad de medios y en el volumen de pacientes de los centros que conformaron el ESMUCICA.

Registros como el CONAREC XVI son muy valiosos, pero un registro permanente de centros que realizan cirugía cardíaca sería fundamental para poder

tomar las medidas que acerquen nuestros resultados a los del Primer Mundo.

Dr. Blas Mancini

BIBLIOGRAFÍA

1. World Population Ageing 2009. United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division, 2009.
2. Lowenstein Haber DM, Guardiani FM, Pieroni P, Pfister L, Carrizo L, Villegas ED y col. Realidad de la cirugía cardíaca en la República Argentina. Registro CONAREC XVI. Rev Argent Cardiol 2010;78:228-37.
3. Nieves Piazza N, Thierer J, Lowenstein D y col. Realidad de la cirugía de revascularización miocárdica en pacientes con obesidad: complicaciones. Subanálisis del registro CONAREC XVI. Presentado en las XXI Jornadas Nacionales de los Distritos Regionales, Tucumán, Argentina; abril 2010.
4. Giorgini J, Mancini B, Tenorio O y col. ¿Ha cambiado la población sometida a cirugía cardíaca? Un análisis de los últimos once años. Presentado en las XXI Jornadas Nacionales de los Distritos Regionales, Tucumán, Argentina; abril 2010.
5. Shroyer AL, Grover FL, Hattler B, Collins JF, McDonald GO, Kozora E, et al; Veterans Affairs Randomized On/Off Bypass (ROOBY) Study Group. On-pump versus off-pump coronary-artery bypass surgery. N Engl J Med 2009;361:1827-37.
6. Hu S, Zheng Z, Yuan X, Wang W, Song Y, Sun H, et al. Increasing long-term major vascular events and resource consumption in patients receiving off-pump coronary artery bypass: a single-center prospective observational study. Circulation 2010;121:1800-8.

Respuesta de los autores

Agradecemos el interés y los comentarios del Dr. Blas Mancini, los cuales consideramos apropiados.

Es una realidad que hay un envejecimiento de la población mundial, lo que deriva en mayor comorbilidad en los pacientes y la patología es más compleja y con mayor riesgo perioperatorio.

Sabemos cuáles son las limitaciones de los registros y en nuestro caso sólo estamos brindando la información sobre centros cardioquirúrgicos con residencia en cardiología. Creemos que es válido entender que si hay poca disponibilidad de balón de contrapulsación en centros con formación médica, las condiciones en las que se desarrollan las cirugías en instituciones más pequeñas sin residencia deben ser aún más complejas, con resultados quirúrgicos posiblemente diferentes.

El registro de cirugía CONAREC XVI nos permite comparar con otros registros internacionales y nos muestra que, si bien hemos mejorado en los últimos 10 años, aún estamos lejos del estándar internacional.

Como bien manifiesta el Dr. Blas Mancini, se están elaborando diferentes subestudios que nos permitirán conocer con más detalle los resultados quirúrgicos en la República Argentina.

El primero de ellos es una comparación exhaustiva entre las cirugías con CEC y sin CEC, (1) en donde si bien la cirugía sin CEC aparecería asociada con una tasa menor de muerte y de complicaciones mayores,

será tarea de un análisis futuro establecer quiénes tenderían a beneficiarse con cada tipo de procedimiento.

Otro trabajo en desarrollo es el análisis de los predictores independientes de mortalidad según el tipo de cirugía. (2) Este estudio es el primer paso de un proyecto ya iniciado: la elaboración de nuestro propio puntaje de riesgo preoperatorio de cirugía cardiovascular.

El registro de cirugía cardíaca CONAREC XVI es mérito de un gran grupo de residentes y es intención del Consejo Argentino de Residentes de Cardiología continuar en este camino de revelar, mediante registros, la realidad de nuestro país. Es así como actualmente se encuentra en marcha el registro Nacional de Unidad Coronaria, CONAREC XVII.

Creemos que con objetivos como los planteados por nuestra sociedad se demuestra un espíritu de unión y de trabajo en equipo, pilar fundamental del CONAREC.

**Dr. Diego Lowenstein Haber,
Dr. Fernando Guardiani, Dr. Pablo Pieroni
por los autores**

BIBLIOGRAFÍA

1. Miembros CONAREC, "Realidad de la cirugía de revascularización miocárdica en la República Argentina: Cirugía con vs. sin circulación extracorpórea. Registro CONAREC XVI". XXXV Congreso Argentino de Cardiología. SAC como *tema libre*. Sheraton Hotel. 2 al 4 de octubre de 2009.
2. Miembros CONAREC, "Predictores independientes de mortalidad perioperatoria en cirugía cardíaca. Registro CONAREC XVI". XXXV Congreso Argentino de Cardiología. SAC como *tema libre*. Sheraton Hotel. 2 al 4 de octubre de 2009.

Variación del perfil lipídico durante los primeros días de la internación en pacientes con síndrome coronario agudo

Al Director

Un viejo desafío de la investigación clínica es determinar en el contexto de un síndrome coronario agudo (SCA) variables humorales que puedan predecir pronóstico para establecer conductas que adelanten, posterguen o intensifiquen terapéuticas.

Últimamente se enfoca la variabilidad del perfil lipídico pos-SCA, debido a que viejos (1) y nuevos (2) estudios presentan controversias sobre: a) el intervalo para obtener una muestra representativa del valor histórico basal, b) el porcentaje del cambio en el tiempo, c) el método adecuado para la mensuración y d) las causas influyentes en la variabilidad.

Las conclusiones de Pitt y colaboradores, (2) quienes basaron sus observaciones en el estudio LUNAR, diseñado originalmente para comparar intervención con dos hipolipemiantes, que comunican una leve reducción de los valores del perfil lipídico el primero y el segundo días, aumentando al cuarto, se contradicen con estudios anteriores que ma-

nifiestan descensos pronunciados y por bastante tiempo en CT y C-LDL y ascenso en TG, dejando entrever, en forma no clara, que podría alargarse el momento de su evaluación hasta 96 horas posinicio de los síntomas.

Siniawski y colaboradores (3) analizan prolijamente esta variabilidad, a saber:

1. Realizan y comparan las variables con población local.
2. El objetivo es *analizar la variabilidad lipídica* por medición directa.
3. Incluyen las ApoA1, lo que permite inferir la calidad del C-HDL para el efectivo transporte inverso del colesterol.
4. Analizan el perfil lipídico inicial dentro de las 24 horas de internación y presentan un intervalo corto desde el inicio de la sintomatología a la extracción de la primera muestra (7,7 h), que posibilita observar una franja horaria, no considerada en el LUNAR, en la que se comprueba un descenso precoz.
5. Enuncian expectativa de aplicabilidad clínica para caracterizar dislipidemia y determinar estrategias terapéuticas.
6. Informan que el 50% de su población enferma presentaba valores iniciales de HDL y Apo A1 muy disminuidos, de lo que se infiere y se reafirma como probable meta en prevención primaria el incremento de ambos.

Los inconvenientes en los estudios pioneros son el escaso número de pacientes, la falta de separación por grupo etario y sexo, la escasa descripción de variables influyentes en los resultados, como las generadas por terapéuticas implementadas. La heparina, los beta-bloqueantes y otros tienen impacto en citocinas, en los reactantes de fase aguda y en los ácidos grasos libres, los cuales se encuentran elevados. Influyen también el estrés, los cambios atribuibles a la hospitalización, como la alimentación, la postura y el estado de hidratación, que contribuyen, aunque en pequeña escala porcentual, a situaciones para dilucidar en estudios futuros.

El trabajo de investigación clínica de Siniawski y colaboradores cumple con parámetros de búsqueda y clarificación del problema y las conclusiones tienen aplicabilidad en la práctica médica cotidiana, tratando de identificar en forma precoz en una población de alto riesgo el tipo y el grado de dislipidemia para comenzar tratamientos adecuados en internación que siempre logran mayor adherencia.

Dr. Diego Manente, Dra. Noemí Lago^{MTSAC}

BIBLIOGRAFÍA

1. Biorck G, Blomqvist G, Sievers J. Cholesterol values in patients with myocardial infarction and in a normal control group. *Acta Med Scand* 1957;156:493-7.
2. Pitt B, Loscalzo J, Ycas J, Raichlen JS. Lipid levels after acute coronary syndromes. *J Am Coll Cardiol* 2008;51:1440-5.

3. Siniawski D, Masson W, Navarro Estrada JL, Giacomini M, Jaimovich G, Parcerisa F y col. Variación del perfil lipídico durante los primeros días de la internación en pacientes con síndrome coronario agudo. *Rev Argent Cardiol* 2010;78:238-44.

Respuesta de los autores

Agradecemos al Dr. Manente y a la Dra. Lago sus conceptos.

Coincidimos en que la evaluación temprana del perfil lipídico y el análisis de sus variaciones en las primeras horas del SCA es importante para determinar el tipo de dislipidemia previa a la admisión y la elección de la terapéutica hipolipemiente más adecuada. Además, como comentan el Dr. Manente y la Dra. Lago, la instauración precoz del tratamiento genera mayor adherencia a largo plazo.

Los estudios más importantes de intervención con estatinas en el contexto de un SCA incluyeron a los pacientes tardíamente: el MIRACL a las 63 horas, el PROVE IT-TIMI 22 a los 7 días y el A to Z a los 3,7 días de comenzados los síntomas. (1-3) Los valores basales de C-LDL fueron 124, 106 y 111 mg/dl, respectivamente. El valor inicial de C-LDL en el MIRACL (el de menor tiempo entre el evento y la inclusión) fue cercano al de la admisión de nuestro estudio; en el grupo placebo se observó que la concentración de C-LDL subió el 12% a las 16 semanas, que llegó a 135 mg/dl, valor similar al hallado por nuestro grupo. En nuestro estudio, las variaciones en las concentraciones plasmáticas de C-LDL fueron precoces, lo que sugiere que en el PROVE IT y en el A to Z los niveles de C-LDL comunicados seguramente no representaban los valores previos al SCA. Por lo tanto, es difícil estimar en estos ensayos cuál fue el efecto real de las estatinas sobre el colesterol plasmático. Consideramos que el tratamiento hipolipemiente debería comenzar en las primeras horas del SCA, apenas se disponga del perfil lipídico de ingreso. Esta conducta terapéutica brindaría varios beneficios: el conocimiento más preciso de la respuesta a la medicación administrada, el logro de una mejor adherencia y probablemente un mayor efecto clínico.

La reducción observada en los niveles de apolipoproteína A1 y, por ende, en el transporte inverso del colesterol plantean la necesidad de diseñar estudios que comparen en pacientes con SCA fármacos que disminuyan la concentración de partículas aterogénicas frente a estrategias que actúen sobre ambos mecanismos lipídicos de la aterogénesis. (4, 5)

**Dr. Daniel Siniawski^{MTSAC}, Dr. Walter Masson,
Dr. José L. Navarro Estrada^{MTSAC}**

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartz G, Olsson A, Ezekowitz M, Ganz P, Oliver M, Waters D, et al. Effects of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes. The MIRACL study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;285:1711-8.
2. Cannon CP, Braunwald E, McCabe CH, Rader DJ, Rouleau JL,

Belder R, et al. Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2004;350:1495-504.

3. de Lemos JA, Blazing MA, Wiviott SD, Lewis EF, Fox KA, White HD, et al. Early intensive vs a delayed conservative simvastatin strategy in patients with acute coronary syndromes: phase Z of the A to Z trial. *JAMA* 2004;292:1307-16.

4. Olsson AG, Schwartz GG, Szarek M, Sasiela WJ, Ezekowitz MD, Ganz P, et al. High-density lipoprotein, but not low-density lipoprotein cholesterol levels influence short-term prognosis after acute coronary syndrome: results from the MIRACL trial. *Eur Heart J* 2005;26:890-6.

5. Waksman R, Torguson R, Kent KM, Pichard AD, Suddath WO, Satler LF, et al. A first-in-man, randomized, placebo-controlled study to evaluate the safety and feasibility of autologous delipidated high-density lipoprotein plasma infusions in patients with acute coronary syndrome. *JACC* 2010;55:2727-35.

Relación del síndrome metabólico y sus componentes con la presión del pulso en personas sin enfermedad aparente

Al Director

El trabajo de Paragano y colaboradores, "Relación del síndrome metabólico y sus componentes con la presión del pulso en personas sin enfermedad aparente", (1) nos acerca una perspectiva muy interesante sobre dos temas de suma actualidad, como son el síndrome metabólico, que tiene una incidencia creciente con la epidemia de obesidad y el deterioro de la calidad de vida que afecta a la mayoría de la población mundial y en especial a los países en vías de desarrollo, y la determinación de parámetros de función vascular como, en este caso, la presión del pulso.

Como bien establecen los autores, además de los parámetros limitantes, que son la presión sistólica y la diastólica, se derivan dos muy importantes pero algo subestimados en la práctica clínica: la presión arterial media y la presión del pulso.

La primera refleja primordialmente las resistencias periféricas, mientras que la segunda está en relación con la rigidez arterial y pueden ser tan independientes que con la misma presión arterial media pueden darse tanto una presión del pulso normal como una patológica, y el ejemplo paradigmático con una presión media normal y presión del pulso alterada es el paciente anciano.

El desarrollo de diabetes puede verse precedido por varios años por resistencia a la insulina, con alta frecuencia inserta en lo que se conoce como síndrome metabólico.

Los pacientes con síndrome metabólico pueden desarrollar desde etapas tempranas glicación no enzimática de proteínas, presentar microalbuminuria, hiperfiltración renal en el contexto de una activación simpática importante y por ello también tener una frecuencia mayor de hipertrofia ventricular izquierda y de alteraciones vasculares, como aumento del espesor íntima-media carotídea, placas ateroscleróticas, aumento de la velocidad de la onda de pulso y alteraciones de la función endotelial. (2)

Se podría decir desde el punto de vista cardiovascular que son "casi" diabéticos años antes de instalarse la diabetes y eso explica un riesgo cardiovascular más elevado que en sujetos normales.

Si bien metodológicamente el trabajo, por sus criterios de exclusión, impide uno de los componentes más frecuentes del síndrome metabólico (hipertensión arterial) y no queda claro cuántos de esos 1.155 individuos jóvenes y sanos tenían el síndrome metabólico (serían entre el 7% y el 45% según la Tabla 2 de acuerdo con la combinación de criterios), en él se hace una demostración elegante, desde el punto de vista estadístico, de la suma de factores metabólicos que contribuyen al deterioro de la función arterial y llevan a una elevación de la presión del pulso en esta población joven.

Probablemente la diferencia no sería mucho más grande, pero si se combinaran los criterios, incluso cabría esperar cierta potenciación. Aunque en estudios poblacionales esto puede representar 1 mm Hg de diferencia, en varios estudios epidemiológicos se ha demostrado que en términos de riesgo cardiovascular cada milímetro cuenta y una de las explicaciones podría ser la alteración precoz de la función vascular, como se demuestra en esta observación clínica.

Dr. Pedro Forcada

BIBLIOGRAFÍA

1. Paragano AJ, Machado R, Curotto Grasiosi J, Suárez DH, Cordero DJ, Alasia D y col. Relación del síndrome metabólico y sus componentes con la presión del pulso en personas sin enfermedad aparente. *Rev Argent Cardiol* 2010;78:215-221.
2. Kotliar C, Forcada P, Ferdinand KC. Noninvasive diagnosis of subclinical atherosclerosis in cardiometabolic syndrome: a call to action. *J Cardiometab Syndr* 2008;3:60-2.

Respuesta de los autores

Agradecemos el interés y las apropiadas observaciones del Dr. Pedro Forcada en relación con nuestro trabajo. El objetivo del estudio fue examinar el efecto del síndrome metabólico (SM) y sus componentes individuales sobre la rigidez arterial, evaluada a través de la presión del pulso (PP). Diferentes patologías, entre ellas la hipertensión arterial, se asocian con una disminución de la distensibilidad arterial. (1) Por este motivo, con la intención de descartar un posible efecto conflictivo en los resultados, decidimos excluir a los individuos con enfermedad cardiovascular actual o precedente y por ello no fueron incluidos los hipertensos. De esta forma, el valor de la PP obtenido se ve influido únicamente por el factor analizado.

Los componentes del SM son la obesidad abdominal (perímetro de la cintura $\geq 102/88$ cm, hombres/mujeres), hipertensión arterial (presión arterial sistólica/diastólica $\geq 130/85$ mm Hg), hiperglucemia (glucemia ≥ 100 mg/dl, en ayunas) y dislipidemia (triglicéridos ≥ 150 mg/dl y/o colesterol HDL $\leq 40/50$

mg/dl, hombres/mujeres, en ayunas). (2) Considerando que para su diagnóstico se requiere la presencia de tres o más de estos factores, la prevalencia en la población de estudio alcanzó el 10,5%. A pedido del corrector estadístico se agregó una tabla que incluye los datos concernientes a las personas con SM y sin SM, de la que surge el resultado mencionado. Sin embargo, si tomamos un perímetro de cintura ≥ 90 cm para los hombres y 80 cm para las mujeres, atendiendo a las actuales recomendaciones para la población de Centroamérica y Sudamérica, (3) la prevalencia equivaldría al 19%.

Por último, el aumento de la PP determinado por el SM fue significativamente mayor comparado con sus componentes aislados, hecho que indicaría cierta potenciación. No obstante, la hiperglucemia *per se* origina un incremento pronunciado de la PP, mayor aún que la suma de tres o más factores. De tal manera, los cambios en la distensibilidad arterial podrían corresponder al efecto de este único factor.

Apreciamos la oportunidad que nos brinda este espacio para agregar información sobre el trabajo publicado.

Dr. Antonio J. Paragano^{MTSAC}

BIBLIOGRAFÍA

1. Safar ME, Frohlich ED. The arterial system in hypertension. A prospective view. *Hypertension* 1995;26:10-4.
2. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285:2486-97.
3. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, Fruchart JC, James WP, Loria CM, Smith SC Jr; International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; International Association for the Study of Obesity. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation* 2009;120:1640-5.

Utilización del "balón con cuchillas" para ampliación de comunicación interauricular restrictiva en lactantes menores de 6 meses: resultados inmediatos y a mediano plazo

Al Director

Para algunas cardiopatías congénitas complejas, la comunicación interauricular no restrictiva es indispensable para mantener una saturación de oxígeno o un gasto cardíaco adecuados, como bien describen Peirone y colaboradores, (1) autores del excelente trabajo que describe en detalle la técnica y los resultados

obtenidos en 6 pacientes con cardiopatías complejas, que dependían de una comunicación interauricular de este tipo para su supervivencia y que fueron resueltas con septostomías ayudadas con balón con cuchillas (*cutting balloon*).

En el período neonatal inmediato, la septostomía auricular con balón convencional es efectiva en el 70% de los casos; (2) sin embargo, en edades posteriores, el *septum* interauricular se engruesa y dificulta el procedimiento convencional, por lo que se han propuesto procedimientos alternativos como la punción transeptal con radiofrecuencia y la septostomía con balones sucesivos para crear otra CIA cercana a la anterior, y aun la colocación de *stents* en el *septum* interauricular, (3) procedimientos con resultados excelentes en la mayoría de los casos.

Nuestra experiencia con *cutting balloon* ha sido escasa, ya que cuando nos planteamos su comienzo, los balones que habíamos adquirido fueron motivo de un *recall* de fábrica por defecto, por lo que hemos utilizado con éxito la septostomía con balones sucesivos en una serie de 9 pacientes de características similares a los presentados por Peirone y colaboradores, con resultados semejantes, aunque con mayor dificultad en la vía de entrada, por la necesidad de utilizar balones de mayor diámetro final y menor duración en el tiempo de la CIA lograda.

Sin embargo, el procedimiento y los resultados descriptos por los autores del trabajo demuestran que pueden conseguirse resultados excelentes con un procedimiento más sencillo, cuya única dificultad es la disponibilidad de balones con cuchilla de las medidas adecuadas, ya que como bien comenta el Dr. Faella en su editorial el mercado de utilización pediátrica no es significativo para las empresas, por lo que la disposición de material adecuado para estos procedimientos a veces se torna dificultosa.

**Dres. Miguel Granja¹, Luis Trentacoste²,
Jesús Damsky Barbosa³**

Cardiología Intervencionista en Cardiopatías Congénitas

¹ Hospital Italiano de Buenos Aires

² Hospital de Niños Dr. R. Gutiérrez

³ Hospital de Niños P. Elizalde

BIBLIOGRAFÍA

1. Peirone A, Spillmann A, Banille E, Juaneda E, Allub A, Guevara A, Alday L. Utilización del "balón con cuchillas" para ampliación de comunicación interauricular restrictiva en lactantes menores de 6 meses: resultados inmediatos y a mediano plazo. *Rev Argent Cardiol* 2010;78:210-214.
2. Holzer RJ, Wood A, Chisolm JL, Hill SL, Phillips A, Galantowicz M, et al. Atrial septal interventions in patients with hypoplastic left heart syndrome. *Catheter Cardiovasc Interv* 2008;72:696-704.
3. Pedra CA, Neves JR, Pedra SR, Ferreiro CR, Jatene I, Cortez TM, et al. New transcatheter techniques for creation or enlargement of atrial septal defects in infants with complex congenital heart disease. *Catheter Cardiovasc Interv* 2007;70:731-9.

Dr. José Manuel Gabay

Al Director

Cuando en la noche del viernes 25 de junio me llegó la noticia del accidente de José, el primer pensamiento fue "¡No puede ser!". Es un error.

Ninguno de nosotros puede aceptar la partida de José en esta tan temprana etapa de su vida, en momentos en que la alegría de compartir con él diariamente las cosas cotidianas estaba en la memoria corta de las últimas horas o días.

Tristeza, frustración, impotencia y muchos adjetivos más nos alcanzan a todos, pero mi mensaje hoy es el de recordarlo en los momentos que José disfrutaba a pleno, con sus compañeros y amigos, que en muchos casos, como es el mío, éramos ambos.

José venía al hospital a trabajar con una sonrisa, amaba la subespecialidad y, como es de común conocimiento, era un técnico excelente y preciso. Pero si algo lo distinguía muy especialmente era su conocimiento de la medicina clínica general y de la cardiología en particular.

Era muy enriquecedor compartir la tarea diaria, para nosotros sus mayores y para los más jóvenes, a quienes siempre transmitió y enseñó la especialidad. He aquí otra virtud para listar, la de su don de enseñanza en una práctica que no admite errores.

Toda la gente de la sala de Hemodinamia amaba a José por sus condiciones médicas, pero más aún por su condición humana y sensible y por la paz y la seguridad que transmitía a los profesionales, pero más aún a sus pacientes. Nuevamente, el trabajo diario apasionaba a José, y sus pacientes, afortunadamente, siempre lo notaron y se lo agradecían.

Al respecto, todos sus compañeros del hospital, administrativos, sala y todos sin excepción, sufrimos mucho su ausencia.

Sus compañeros de la Sociedad Argentina de Cardiología, *staff*, autoridades, compañeros de proyectos y miembros que concurrían a las sesiones educativas y congresos de la SAC conocieron el entusiasmo que ponía José para esta Sociedad.

Como vicepresidente del CACI, y futuro presidente, apoyó todas las gestiones realizadas por la Comisión Directiva, como cursos, congresos y en cada proyecto donde se lo requería, participaba y colaboraba con gran profesionalidad y afecto.

Quiero decir algunas palabras sobre el José Gabay no médico. Amaba profundamente a su esposa y a su familia, que conformaban primos y tías ancianas que me han hecho llegar el dolor de su ausencia.

Le apasionaban los autos, paradoja del destino.

Disfrutaba del tenis, de la reunión con amigos, de los viajes con distintos destinos y sobre todo en compañía de su esposa y amigos. De la buena comida y un buen vaso de vino. Apreciaba todos los adelantos de la tecnología y siempre tenía el último celular, las maquinitas más modernas.

José: conocerte fue quererte y disfrutar de tu compañía. Todavía duele mucho recordarte, pero llegará el momento en que podamos hablar de anécdotas que nos harán mencionarte con nostalgia pero sin este enorme dolor.

Cuesta mucho despedirme de un gran amigo, por lo que mis palabras terminan aquí.

Dra. Liliana Grinfeld^{MTSAC}
Ex Presidente SAC
Ex Presidente CACI

Le agradezco a Liliana Grinfeld la posibilidad que me ofreció de compartir este espacio para despedir a nuestro gran amigo José Gabay. Me queda poco para agregar a lo mencionado por Liliana en cuanto a la actividad profesional de José, a quien tuve la suerte de conocer en 1993, cuando ingresó como residente al Servicio de Hemodinamia del Hospital Italiano. Desde entonces fuimos forjando una amistad que se fue haciendo más fuerte cada día. Fueron muchos los momentos que compartimos con José y Marta, su esposa, mucho más allá del ámbito profesional y académico, en la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), en el Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionistas (CACI) y en la Sociedad Latinoamericana de Cardiología Intervencionista (SOLACI). Ya Liliana remarcó muy bien sus excelentes condiciones profesionales como cardiólogo intervencionista en la tarea asistencial diaria y su brillante desempeño en diferentes áreas de las sociedades académicas en las que le tocó participar. Personalmente, por haber compar-

tido muchísimo tiempo con José y su esposa fuera del ámbito profesional, puedo opinar con propiedad sobre sus extraordinarias condiciones como ser humano. Fue un amigo excepcional. Pasamos juntos muchas vacaciones muy lindas con nuestras familias y también, desde hace unos años, casi todos los fines de semana en el mismo club, con amigos comunes como Sergio Varini y Liliana Grinfeld, entre otros. Disfrutamos mucho de su presencia en los más diversos momentos, en los partidos de tenis de los sábados y domingos, compartiendo un café o una comida, o en largas caminatas que nos servían para la reflexión sobre diferentes temas. La noticia de su fatal accidente el 25 de junio nos conmovió tremendamente a todos. Nos llenó de angustia e impotencia. Nadie se puede resignar a aceptar semejante designio del destino. Todos nos hacemos la misma pregunta: ¿por qué tuvo que tocarle una muerte tan absurda a un tipo tan joven y tan bueno? Y por supuesto, no vamos a encontrar ninguna explicación lógica. Simplemente, son las cosas de la vida que no podemos manejar. José nos abandonó imprevistamente a los 47 años, tal vez en la mejor etapa de su vida y nadie podrá reemplazarlo. Como dice Alberto Cortés, "*Cuando un amigo se va queda un espacio vacío, que no lo puede llenar la llegada de otro amigo...*" Pero siempre estará presente en nuestro recuerdo. La tristeza y el dolor enorme que hoy nos embarga le irá dejando paso lentamente a la imagen imborrable de esa gran persona que se llamó José Gabay. Gracias por haberme dado la posibilidad de ser tu amigo.

Dr. Antonio A. Pocovi^{MTSAC}
Ex Presidente CACI