

NOTICIAS

III REUNION CIENTIFICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

El 28 de junio se realizó en el Aula de Radiología del Hospital Escuela Gral. San Martín de esta Capital la 3ª sesión científica de la Sociedad, habiendo sido presentados los siguientes trabajos:

1º El electrograma del Haz de His en el perro. Efectos de fármacos cardioactivos sobre la conducción aurículo-ventricular. (Servicio de Cardiología del Hospital Alvear.)

Dres. H. Prezioso, A. Fuksman, C. Krasnov, R. Rosental, O. Barbiero, D. G. Rigou y L. de Soldati.

Con el fin de determinar una correcta valoración y su posterior aplicación en la clínica se realizaron estudios del electrograma del haz de His en un grupo de 18 perros para establecer el comportamiento de la conducción aurículo-ventricular bajo el efecto de fármacos utilizados en la terapéutica cardiológica y la influencia de dichas drogas al realizar sobreestimulación auricular. Se detalla el método utilizado y posteriormente los efectos de: isoproterenol, atropina, estrofantó, propanolol, quinidina, verapamil, lidocaína, difenilhidantoína y glucagón, exponiéndose la acción de los mismos sobre los distintos intervalos.

2º El electrograma del haz de His en el perro. Efectos tóxicos y antagónicos de fármacos cardioactivos. (Servicio de Cardiología del Hospital Alvear.)

Dres. O. Barbiero, C. Krasnov, R. Rosental, A. Fuksman, H. Prezioso, C. Brener y L. de Soldati.

Siguiendo la misma técnica expuesta anteriormente, se ensayaron un grupo de drogas de acción antagónica sobre las vías de conducción, evaluándose sus probables mecanismos de acción terapéutica y los aspectos vinculados a su acción tóxica. Se consideran los hallazgos en un grupo de perros a los que se le administraron dosis crecientes de verapamil hasta producir importantes grados de bloqueo de la conducción aurículo-ventricular, para posteriormente evaluar la acción antagónica del glucagón. En otros, con severas alteraciones del ritmo cardíaco provocados por dosis tóxicas de cuabaína, se detallan las modificaciones de las mismas por la acción de difenilhidantoína sódica.

3º Medición de volumen minuto por termodilución: su aplicación en coronaria. (Servicio de Cardiología del Hospital Italiano.)

Dres. F. Tewel, H. Doval, R. Oliveri, O. Bazzino, A. Cogide, G. de Elizalde.

La obtención de curvas de dilución de un indicador térmico, inyectado en el torrente circulatorio, permite la medición del volumen minuto siguiendo las pautas aplicadas al principio de dilución de cualquier indicador.

El método utilizado consiste en la inyección de un volumen conocido (9,75 mm), de solución dextrosada isotónica a temperatura ambiente en aurícula derecha; a través de un catéter de doble lumen en

cuya extremidad distal ubicada en arteria pulmonar se halla un termistor que registra en grados centígrados por segundo (0° C/seg) los cambios de temperatura inducidos por el indicador.

Conociendo la cantidad de calor inyectado y el área integrada, se calcula el volumen minuto.

Las principales ventajas del método consisten en la inocuidad, la ausencia de recirculación, la desacu mulación del indicador y la posibilidad de obtener determinaciones seriadas en períodos breves; siendo innecesarias extracciones de sangre y determinaciones complementarias.

Se expone su aplicación en pacientes en período agudo del infarto de miocardio, destinada a la obtención de valores basales; su modificación en presencia de complicaciones o en respuesta a diversas medidas terapéuticas; y de curvas de función ventricular izquierda en diversos momentos de la evolución.

A través del catéter es posible obtener registros de presión en aurícula derecha y arteria pulmonar y mediante la insuflación del balón ubicado en el extremo distal, presión capilar pulmonar.

4º Volumen minuto por termodilución: su correlación con el método de Fick. (Servicio de Cardiología del Hospital Italiano.)

Dres. A. Cagide, H. Doval, O. Bazzino, R. Oliveri, F. Tewel y G. de Elizalde.

En paciente con infarto agudo de miocardio se midió simultáneamente el volumen minuto con el método de termodilución y siguiendo el método de Fick. La determinación del consumo de oxígeno es llevada a cabo mientras el paciente respira aire atmosférico, recogiendo el aire espirado en un espirómetro al cual la mezcla gaseosa llega luego de haber atravesado una cámara mezcladora de donde se obtiene la muestra una vez que el paciente se ha habituado a respirar con dicho sistema y se considera que ha conseguido un estado basal uniforme y estable se obtienen muestras de aire espirado, de sangre venosa mixta a través del catéter ubicado en arteria pulmonar y de sangre arterial a través de una aguja de Cournand colocada en arteria femoral minutos antes de iniciar todo el procedimiento.

Las muestras se obtienen en forma anaeróbica y se analizan sus contenidos en oxígeno y anhídrido carbónico para calcular el consumo de oxígeno y la diferencia arteriovenosa.

Se discute la correlación entre ambos métodos que es de alto valor estadístico.

5º Consideraciones sobre el campo eléctrico anteroposterior del corazón.

Dr. F. P. Arrighi.

La simetría humana bilateral frontal y en menor grado la cefalocaudal explican las concordancias electrovectocardiográficas frontales y la utilidad de Di y Vf.

La gran asimetría y cardioexcentricidad dorsoventral y la gran estrechez precordial del campo eléctrico imposibilitan el estudio vectorial resultante

anteroseptal en el eje Z; de ahí las discrepancias electrovectocardiográficas en el plano horizontal.

Mediante el empleo de las derivaciones sagitales, he podido comprobar que la electropatología de la pared anterior (infarto antero septal) y a veces del septum (BRI, BRD) no se objetivan suficientemente en la espalda. En cambio la patología posterior (hipertrofia, bloqueos, isquemia, infarto, lesión), debido a la equidistancia y alejamiento dorso-precordial de la pared posterior, puede registrarse vectorialmente clara y directamente en el dorso e indirectamente (en espejo) en el precordio (confusamente). De ahí las discrepancias vectocardiográficas horizontales de la rotación horaria en el BRI (Cubo Frank) y antihoraria (Tetraedro, Sagitales), pues las primeras registran preferentemente septum y las segundas preferentemente paredes libres.

Ello explica el escepticismo de las informaciones vectoriales resultantes en el plano horizontal, y el convencimiento que la explotación unipolar local (Wilson) en ese plano (paredes libres, septum) alrededor del tórax sigue siendo la correcta.

6º Factores de riesgo involucrados en la mortalidad de 150 casos de infarto de miocardio. (Servicio de Cardiología del Hospital Israelita.)
Dres. J. Neuman, G. Drelichman, J. Wigutov, J. Schurman, J. Bauerberg y D. Roizín.

Se analizaron 1.048 historias clínicas de pacientes crónicos que habían fallecido en el Servicio de Cardiología del Hospital Israelita. Se seleccionaron 150 casos en que constaba el diagnóstico de infarto de miocardio ratificado por electrocardiogramas típicos.

Fueron agrupados de acuerdo a edad, sexo y antecedentes de hipertensión arterial y diabetes.

El 69 % correspondió al sexo masculino y el 31 % al femenino. El mayor porcentaje de los fallecidos 45 % fue entre 60 y 69 años y en edad temprana entre 35 y 49 años el 7 %; 48 % de los casos tenían antecedentes de hipertensión arterial y 43 % de diabetes.

Hubo antecedentes de angor pectoris previo al infarto en el 43 % de los casos; hubo reinfarto en el 15 %; angor residual en el 31 % e insuficiencia cardíaca ulterior en el 37 %.

Se estudió la sobrevida desde la aparición del angor; las primeras alteraciones electrocardiográficas; del primer infarto y además la incidencia en la evolución fatal de la insuficiencia cardíaca residual y del reinfarto.

El objetivo de este trabajo retrospectivo ha sido analizar los factores de coronariografía y cirugía de revascularización miocárdica.

7º Estudio retrospectivo del electrocardiograma en 150 casos de pacientes fallecidos con el diagnóstico de infarto de miocardio. (Servicio de Cardiología del Hospital Israelita.)

Dres. J. Neuman, J. Wigutov, G. Drelichman, J. Schurman, J. Bauerberg y P. Litvak Bruno.

Se analizaron los electrocardiogramas de 150 pacientes crónicos que habían fallecido en el Servicio de Cardiología del Hospital Israelita y en los cua-

les constaba el diagnóstico de infarto de miocardio ratificado por electrocardiogramas típicos.

Se consideraron las particularidades clínicas y electrocardiográficas en relación con la evolución mortal de los pacientes: 69 % correspondió al sexo masculino y 31 % al sexo femenino.

La localización de los infartos en los 150 casos fue al siguiente: Anteroseptales: 31 %, Diafragmáticos: 29 %, Posterolaterales: 10 %, Anteriores extensos: 11 %, Diafragmáticos y anteroseptal: 7 %, Anterolateral: 9 %, Subendocárdico: 2 % y Lateral alto: 1 %.

De 32 de estos pacientes, se pudieron conseguir electrocardiogramas previos al infarto, en los cuales se encuentran las siguientes alteraciones: bloqueo de rama derecha: 6 %, Bloqueo de rama izquierda: 3 %, Bloqueo AV: 6 %, Alteraciones menores de ST y T: 70 %, Sobrecarga ventricular izquierda: 22 %, Hemibloqueo anterior izquierdo: 16 %, Fibrilación auricular: 9 %, Extrasistolia ventricular: 12 %, Isquemia miocárdica: 16 %.

En relación con los parámetros clínicos y factores etiológicos de riesgo en este subgrupo, se obtuvieron los siguientes resultados: Hipertensión arterial: 78 %, Diabetes: 34 %, Hipertensión y diabetes: 34 %, Angor: 74 %, Angor y diabetes: 25 %, Angor e hipertensión: 49 %, Angor, Hipertensión y diabetes: 21 %.

El objeto de estos estudios están dirigidos a las posibles implicancias con respecto a la evolución natural de la enfermedad coronaria y las indicaciones de coronariografía y cirugía de revascularización miocárdica.

8º Arritmias inducidas por la digital en el infarto agudo de miocardio.

Dres. J. Milei, J. Cors, E. Kurz, M. R. Fortunato y E. García.
(Servicio de Cardiología, Hospital Fernández.)

Se realizó un estudio en 152 pacientes con infarto agudo de miocardio, en el término de 5 años, que pasaron por nuestra Sala de Cardiología, y donde se puso especial énfasis en la aparición de arritmias graves.

Se estudiaron pacientes únicamente con necrosis e infarto transmural, en los cuales el interrogatorio, el examen físico, el electrocardiograma y la curva de enzimas, podía establecerse que la necrosis se había producido aproximadamente dentro de las 24 horas previas al ingreso. Se descartaron los pacientes que estaban en shock cardiogénico, paro cardiocirculatorio en el momento de su ingreso. Los pacientes permanecieron en la Sala de Cuidado Especializado entre 5 y 8 días y luego pasaron a la Sala General de Cardiología por el término de 3 a 6 semanas, en donde siguieron recibiendo el tratamiento.

Se dividió el estudio de los pacientes en dos grupos: El Grupo I constituido por 40 pacientes en los cuales existía una indicación precisa y absoluta para la digitalización, dado que en el momento del ingreso presentaban signos de insuficiencia cardíaca izquierda y/o global. El Grupo II comprende 112 pacientes, sin signos clínicos de insuficiencia cardíaca, por lo tanto no existía en ellos una indicación de tratamiento digitálico; 55 de ellos no recibieron digital, mientras que 57 recibieron cardiotonificación a partir del primer día.

Para realizar una selección de los pacientes con arritmias se tomaron en cuenta las extrasístoles supraventriculares y las ventriculares, cuando eran más frecuentes que una por cada 10 latidos normales.

De los 152 pacientes vistos por nosotros fallecieron 22. La mortalidad por complicaciones cardíacas (ruptura, insuficiencia cardíaca, reinfarto, arritmia) fue mayor en el grupo con más repercusión hemodinámica (Grupo I); la diferencia en la mortalidad entre el grupo que recibió digital (Grupo II A) y el que no recibió digital (Grupo II B) no fue significativa (2 y 3 respectivamente).

El presente trabajo no revela diferencias significativas en el grupo sin repercusión hemodinámica, entre los pacientes tratados con digital o sin él. Por esta causa los pacientes que reciben digital en los primeros días (Grupo I y II B), tienen arritmias, antes de iniciar el tratamiento digital en un 40 %.

No se discute la indicación de la digitalización en la insuficiencia cardíaca grave, en la fibrilación auricular con respecta ventricular alta, o en la taquicardia supraventricular.

Por lo tanto la terapéutica digital, no aumenta la incidencia de arritmias en el infarto agudo de miocardio, teniendo esta relación con otras causas, independiente de la administración de digital.

9º Mixoma de aurícula derecha (Servicio de Cardiología del Hospital Militar Central).

Dres. R. J. Esper y P. R. Cossio.

Se presentan dos pacientes portadores de mixoma de aurícula derecha estudiados clínica, radiológica, electrocardiográfica y fonomecanocardiográficamente. Los diagnósticos fueron corroborados por la hemodinamia y certificados por la cirugía.

Se comentan algunos aspectos en el diagnóstico diferencial de esta entidad con otras patologías de aurícula y ventrículo derechos, en especial la enfermedad de Ebstein.

Se hace referencia a algunos hallazgos fonomecanocardiográficos que permitieron sospechar el diagnóstico.

10º Tronco común - Tipo IV. (Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Aivear).

Dr. J. Valmaggia.

Se comenta el hallazgo de esta rara malformación congénita en un paciente de 28 años de edad que fue poco sintomático hasta los 23 años y que desde esa edad intensifica su sintomatología hasta llegar a un grado IV de incapacidad con disnea y cianosis muy intensa.

El estudio FCG y Angiocardiográfico permitió hacer el diagnóstico presuntivo y luego la necropsia reveló la existencia de un tronco común tipo IV con ausencia total de arterias pulmonares, trombos intraventriculares organizadas, dos grandes arterias bronquiales, con trombos organizados y recientes en su luz, lo cual fue la causa desencadenante de la descompensación del paciente.

11º Tronco arterioso verdadero: Operación de Restelli con hipotermia profunda. (Servicio de Cardiología del Hospital de Niños).

Dres. R. Neirotti, G. Kreutzer, E. Galíndez y A. Schlichter.

Se presenta un paciente de 1 año de edad con diagnóstico de Tronco Arterioso Verdadero Variedad I, severa hipertensión pulmonar con resistencia elevada en que se indicó la operación correctora.

Se empleó la hipotermia profunda para realizar la técnica propuesta por Rastelli que consiste en separar la aorta de la arteria pulmonar, efectuar una ventana en el ventrículo derecho a través de la cual se cierra la comunicación interventricular interfundibular y luego se coloca un homoinjerto extraído de cadáver entre el ventrículo derecho y la arteria pulmonar.

La evolución postoperatoria fue muy satisfactoria siendo recateterizado en el momento del alta, encontrándose disminución de la presión en la arteria pulmonar.

Se presentan los hallazgos de cateterismo y pre y postoperatorio, la técnica empleada y se comenta este tipo de corrección.

REUNION CONJUNTA S.A.A. - S.A.C.

En homenaje a la memoria del Dr. Guy Feune de Colombí el día 4 de julio se realizó en la Asociación Médica Argentina una reunión conjunta organizada por la Sociedad Argentina de Angiología y la Sociedad Argentina de Cardiología. El Tema desarrollado fue "Avances en marcapasos cardíacos".

Presidieron la reunión los Dres. Alfredo Buzzi y Carlos Gentile, actuando como Secretarios los Dres. Miguel A. Lucas y Carlos Nijenshon.

Fueron relatores: el Dr. José Neuman sobre "Indicaciones"; el Dr. Alejandro Dussaut sobre "Técnicas para el tratamiento quirúrgico"; el Dr. Adolfo Mondejar en "Criterios para la correcta ubicación de un catéter electrodo" y el Dr. Carlos T. Sampere sobre "Resultados y complicaciones".

X CONGRESO ARGENTINO DE CARDIOLOGIA

Organizado por la Sociedad Argentina de Cardiología con la colaboración de la Sociedad de Cardiología del Sur.

Del 18 al 23 de noviembre de 1973.

Sede del Congreso: Hotel "13 de Julio" de Luz y Fuerza. 9 de Julio 2777, Mar del Plata.

Comité Ejecutivo: Presidente: Dr. Carlos Gentile; Vicepresidente 1º: Dr. Carlos Bertolasi; Vicepresidente 2º: Dr. Carlos Castro; Secretario: Dr. Guillermo P. Hardie; Prosecretario: Dr. Carlos H. Nijensohn; Tesorero: Dr. José Farnes; Protesorero: Dr. Manuel H. Noales; Presidente Comité Científico: Dr. Roberto F. Galicer.

La Sociedad Argentina de Cardiología realiza su Congreso bianual en la ciudad de Mar del Plata dejando caer, en esta oportunidad, el mayor peso de la organización de tan importante evento en la Sociedad de Cardiología del Sur, entidad ésta que en el curso de los años ha conseguido nuclear y estimular la cardiología sureña.

El lugar elegido comporta la vuelta una vez más a esta hermosa y hospitalaria ciudad, sede ya tradicional de Congresos y donde tuvieron lugar las Primeras Jornadas Argentinas de Cardiología 1955.

Si bien los esfuerzos nacionales se están volcando al VII Congreso Mundial de Cardiología que se realizará en Buenos Aires en 1974, éste, nuestro Con-

e) Cursos (3):

1. Fonomecanocardiografía.
2. Arritmias. Diagnóstico y metodología analítica.
3. Cardiología Pediátrica.

Cuota de inscripción:

Miembros Titulares:

Hasta 30/8: \$ 300,00 (u\$s 40),

Desde 1º/9: \$ 400,00 (u\$s 50).

Miembros Adherentes: \$ 250,00 (u\$s 25).

Miembros Acompañantes: \$ 250,00 (u\$s 25).

La cuota de inscripción incluye los eventos sociales programados.

Se consideran Miembros Adherentes a los médicos Residentes y/o Becarios que acrediten su condición de tales.

Cursos. - Cuota de inscripción:

	Hasta 30/8	Desde 1º/9
1º Arritmias	\$ 60,00 (u\$s 6)	\$ 80,00 (u\$s 8)
2º Fonomecanocardiografía	\$ 80,00 (u\$s 8)	\$ 100,00 (u\$s 10)
3º Cardiología pediátrica	\$ 100,00 (u\$s 10).	

Para Miembros Adherentes que acrediten su condición de tales, la cuota de inscripción a los Cursos será de \$ 50,00 o (u\$s 5).

Temas Libres: Cada Miembro Titular o Adherente no podrá presentar personalmente más de dos trabajos, cuya comunicación no exceda de los 7 minutos.

De acuerdo a una resolución de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Cardiología, los trabajos presentados en este Congreso serán computables ad-referendum de su presentación, para Miembros Titulares o Adherentes de la Sociedad Argentina de Cardiología.

I JORNADAS ARGENTINAS DE ENFERMERIA EN UNIDAD CORONARIA

Organizadas por la Sociedad Argentina de Cardiología. Auspiciadas por la Federación Argentina de Enfermería.

Del 24 al 27 de noviembre de 1973.

Sede de las Jornadas: Hotel "13 de Julio" de Luz y Fuerza. 9 de Julio 2777, Mar del Plata.

Subcomité de la Sociedad Argentina de Cardiología:

Presidente: Dr. Carlos A. Bertolasi; Secretarios: Dres. Esteban Bergoglio y Jorge E. Trongé.

Comité Ejecutivo de Enfermería:

Presidenta: Srta. Estrella Fernández; Vicepresidenta 1º: Sra. Elida C. de Casalins; Vicepresidenta 2º: Srta. Elsa Padrón; Secretaria General: Sra. Josefina Blanco; Secretarías adjuntas: Srtas. Norma Greppi, Adriana Pecoroff y Beatriz de Vera; Tesorera: Srta. Clara Gantes; Protesorera: Srta. Vera Dormi.

Esta reunión, auspiciada por la Federación Argentina de Enfermería, se hará con el aval de la Sociedad Argentina de Cardiología a continuación del X Congreso Argentino de Cardiología.

La organización está a cargo de enfermeras especializadas en el tema y su objetivo es docente, científico y de intercambio informativo. Están dirigidas, por lo tanto, a todas aquellas enfermeras y auxiliares de enfermería que se desempeñan en cardiología como a otras colegas interesadas en incrementar sus conocimientos en este campo de creciente desarrollo profesional.

Las actividades serán múltiples y posibilitarán un amplio intercambio de experiencias. Hemos tratado de darle un ritmo dinámico mediante la inclusión de sesiones académicas, mesas de trabajo, grupos de consulta, y aprovechamiento del mediodía para almorzar con médicos y enfermeras especializadas. Asimismo, durante el desarrollo de las jornadas se dictará un curso de capacitación en la materia.

En síntesis, el propósito de esta reunión nacional es brindar una posibilidad educativa integral a todo el cuerpo de enfermería con criterio práctico y amplias oportunidades de consulta y discusión.

PROGRAMA CIENTIFICO:

a) Simposio:

1. Organización de una Unidad Coronaria.
2. Papel de la enfermera en Unidad Coronaria.
3. Arritmias. Su diagnóstico y tratamiento.

b) Mesas de debate:

1. Educación en servicio.
 2. Drogas.
 3. Marcapaso. Choque eléctrico.
 4. Aspectos psicológicos y legales de enfermería en unidad coronaria.
 5. Post-operatorio en cirugía cardiovascular.
 6. Shock. Insuficiencia cardíaca.
1. Detención circulatoria.

c) Mesa de temas libres.

d) Curso a cargo de invitados especiales.

e) Almuerzo con expertos.