

X CONGRESO ARGENTINO DE CARDIOLOGIA

La Sociedad Argentina de Cardiología realizará el X Congreso Argentino de Cardiología en la Ciudad de Mar del Plata, durante los días 18 a 23 de noviembre del corriente año. Contará para ello con la colaboración de la Sociedad de Cardiología del Sur, Institución que agrupa a la mayor parte de los cardiólogos del sur de la Provincia de Buenos Aires. Al cumplir de esta manera con lo dispuesto expresamente en sus Estatutos, la Sociedad Argentina de Cardiología procura ofrecer a los especialistas de nuestro país y países vecinos la oportunidad de confrontar los últimos adelantos producidos en el campo del diagnóstico y tratamiento de las distintas afecciones cardíacas que aquejan a la humanidad, incluyendo el empleo de modernos procedimientos electrónicos y de técnicas quirúrgicas de avanzada.

Participarán en este Congreso numerosos especialistas argentinos, muchos de ellos de prestigio internacional, también destacados exponentes de la cardiología mundial, expresamente invitados. Entre ellos, los Dres. P. Samet, C. Rackley y W. Abrams de Estados Unidos, B. L. Fishleder, de México, Radi Macruz de Brasil, Gonzalo Sepúlveda de Chile, J. Rodríguez Larraís, de Perú, J. C. Canessa, A. Fabius, L. Filgueiras y J. Dighiero de Uruguay.

Las deliberaciones incluirán un amplio programa científico en base a 5 simposios, 8 meses de debate, contribuciones libres, 4 ciclos de conferencias y 3 cursos de divulgación que versarán sobre Fonomecanografía, Arritmias Cardíacas y Cardiología Pediátrica.

I JORNADAS

Una verdadera novedad en este tipo de evento científico la constituirá la realización, a continuación del Congreso propiamente dicho y en el mismo local, de las Primeras Jornadas Argentinas de Enfermería de Unidad Coronaria.

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. Se ha 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.

PREMIO "BETA" EN CARDIOLOGIA

El Premio BETA de la "SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA" será adjudicado al autor o autores en colaboración, que presente el mejor trabajo inédito, realizado en el país, sobre un tema clínico o experimental del aparato cardiovascular y que constituya un aporte importante a la cardiología.

Podrán intervenir en el mismo egresados universitarios argentinos, sean o no Miembros de la Sociedad Argentina de Cardiología.

Los aspirantes al premio deberán entregar en la Secretaría de la Sociedad, Paraná 489, Piso 9º Of. 56, Capital, del 21 al 27 de setiembre inclusive, cinco copias de su trabajo escrito a máquina a dos espacios y de un sólo lado de la hoja.

2º REUNION CIENTIFICA - REALIZADA EN LA CIUDAD DE PERGAMINO, EL 1 y 2 DE JUNIO DE 1973

La Sociedad Argentina de Cardiología, realizó los días 1 y 2 de junio de 1973, conjuntamente con la Asociación Médica de Pergamino, la segunda sesión científica del año.

PROGRAMA DESARROLLADO

Conferencia sobre "Diagnóstico actual de la endocarditis bacteriana", por el Dr. Miguel Sciégata.

Mesa sobre "Infarto de miocardio, unidad coronaria", Coordinador: Dr. Raúl Olivari. Integrada por los Dres. C. Otero y Garzón, A. Cirio, Oscar Bazzino y J. A. Demonte.

Mesa sobre "Valvulopatía mitral", Coordinador: Dr. Guillermo Ricci. Integrada por los Dres. P. Cossio, R. Esper, A. Demartini y V. Roisenfeld.

Mesa sobre "Indicaciones en cirugía coronaria". Coordinador: Dr. Bernardo Boskis. Integrada por los Dres. R. Favalaro, J. Trongé y E. Zuffardi.

TEMAS LIBRES

1º Comunicaciones ventrículo izquierdo - aurícula derecha.

Dres. C. de Palma, E. Galíndez, G. Kreutzer y R. Neirotti.

Desde que Kirby operó en 1957 a esta poco común cardiopatía se han publicado hasta 1970 77 casos.

De los 2200 enfermos operados en el Hospital de Niños de la Ciudad de Buenos Aires, 9 eran comunicaciones ventrículo izquierdo - aurícula derecha; todas fueron corregidas con circulación extracorpórea, 8 con normotermia a 37° C y 1 con hipotermia profunda combinada (de superficie y con ayuda de la circulación extracorpórea) y parada circulatoria total a 18° C de temperatura.

Las edades de los pacientes oscilaron entre los 4 meses y 12 años y los pesos entre 4 y 33 Kilos.

La evolución en todos los casos fue favorable, desapareciendo la sintomatología que presentaban.

Se discuten los hallazgos anatómicos, clínicos, hemodinámicos y quirúrgicos.

2º Estenosis subaórtica diafragmática, coincidencia familiar

Dres. R. Esper, R. Esper y A. Rodríguez Coronel.

Las obstrucciones al tracto de salida del ventrículo izquierdo pueden situarse a nivel valvular, supra-auricular o subauricular, pudiendo en este último caso ser dinámica, por hipertrofia asimétrica del tabique interventricular o diafragmática fibrosa.

En todos los casos se han descrito coincidencias hereditarias y familiares a excepción de las subaórticas diafragmáticas-fibrosas.

La oportunidad de haber observado 2 casos en dos únicos hijos de distintas edades con padres sanos y el no haber encontrado antecedentes al respecto en la literatura al alcance de los autores, promueve a esta comunicación.

Los diagnósticos fueron probados por estudios hemodinámicos y certificados por la cirugía.

3º Contribución del registro del sistema de conducción para la evaluación de los pacientes portadores de bloqueos de rama con PR normal.

Dres. E. Valero, R. Pesce, J. Neuman y S. Drajer.

De un grupo de pacientes que presentaban trastornos de conducción intraventricular (QRS más de 0,12 seg.) estudiados mediante el registro del haz de His, se seleccionaron 7 que tenían la siguiente particularidad en común: intervalo PR normal con HQ prolongado. Cinco de ellos mostraron bloqueo de rama derecha con hemibloqueo anterior izquierdo y dos, bloqueo de rama izquierda. Todos con ritmo sinusal en el momento del estudio. Se realizó estimulación auricular a altas frecuencias con el objeto de "fatigar" la conducción en la rama indemne, pero en todos los casos se obtuvo un fenómeno de Wenckebach a nivel nodal sin que hubiera empeorado la conducción intraventricular,

es decir no aumentó el intervalo HQ; lo mismo ocurrió en un paciente que se volvió a estimular luego de la administración de atropina endovenosa. Dos de estos pacientes evolucionaron a corto plazo (24 a 72 horas después) hacia el bloqueo aurículoventricular completo. Un nuevo registro demostró que se trataba de un bloqueo intraventricular infrahisiano. Se señala la importancia del registro del sistema de conducción en aquellos pacientes que presentando un trastorno de conducción intraventricular tienen un PR normal, destacándose la utilidad que el registro del haz de His puede reportar para investigar la rama aparentemente indemne.

4º Empleo de un bloqueador adrenérgico beta en el tratamiento de la angina de pecho de pacientes asmáticos o portadores de insuficiencia cardíaca.

Dres. D. Werbin, A. Goldman, J. Grois, J. Sarquis y M. C. Rubens.

22 pacientes anginosos fueron sometidos a tratamiento con PRACTOLOL por vía oral. El síndrome tenía una antigüedad que oscilaba entre 1 y 6 años. El grupo constaba de 6 mujeres y 16 varones. Del conjunto, 12 eran hipertensos, 9 habían padecido infarto de miocardio, 8 tenían asma bronquial y 2 eran diabéticos; 16 tenían insuficiencia cardíaca de diverso grado.

El consumo promedio de trinitrina era de 4 tabletas por día. La capacidad funcional era de grado II en 8 pacientes y de grado III en 14.

Habiendo fracasado diversos enfoques terapéuticos y estando contraindicado en estos pacientes el propranolol, se ensayó el PRACTOLOL por vía oral, entre 100 y 500 mg/día.

Los resultados fueron calificados en malos, buenos y excelentes, encuadrándose 5 pacientes en el 1er. grupo, 7 en el 2º y 10 en el último.

5º Ensayo clínico con un nuevo agente B bloqueante: Sotalol.

Dres. F. Tewel, O. Bazzino, J. Romano, R. Oliveri, H. Doval y G. de Elizalde.

Esta droga demostró experimentalmente efectos semejantes a los de otros Beta bloqueantes con la ventaja de exhibir escaso o nulo efecto inotrópico negativo y estimulante de la musculatura bronquial.

Se presenta la experiencia con pacientes con angina de pecho crónica moderada o severa tratados durante 6 semanas con Sotalol o placebo, según un esquema doble ciego cruzado.

Se analiza la respuesta terapéutica y tolerancia clínica y de Laboratorio.

6º Un nuevo Beta bloqueador en el tratamiento de la angina de pecho.

Dres. J. Neuman, María P. P. de Neuman, A. Bronstein, J. Berkowski y E. Regatky.

El MK 950 es un nuevo bloqueante beta adrenérgico que en animales se ha comportado como un beta bloqueador relativamente puro, desprovisto de los efectos quinidínicos del Propranolol.

Este estudio es una evaluación controlada doble ciego con MK 950 en pacientes ambulatorios con angina de pecho estabilizada, durante 28 semanas. El mismo forma parte de un estudio multicéntrico llevado a cabo en 28 países.

Los pacientes fueron divididos en dos grupos: 12 recibieron droga y 12 placebo. Previo un período de control de cuatro semanas, 18 pacientes entraron al período de tratamiento de los cuales 12 completaron las 28 semanas, 7 con placebo y 5 con droga. Las dosis de MK 950 utilizadas variaron entre 15 y 45 mg por día.

Los resultados indican que: 1) Los pacientes que recibieron MK 950 tuvieron menos episodios anginosos y consumieron menos tabletas de trinitrina que los del grupo placebo; sin embargo las diferencias no fueron estadísticamente significativas, debido al limitado número de pacientes. Es posible que resultados similares a los nuestros, considerados globalmente en los múltiples centros, den conclusiones estadísticamente significativas. 2) A las dosis usadas la droga fue bien tolerada, no habiéndose evidenciado modificaciones de magnitud en los distintos parámetros bioquímicos y enzimáticos.

7º Estudio hemodinámico seriado en la unidad coronaria del infarto agudo de miocardio complicado con comunicación intraventricular.

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

La evolución del Infarto Agudo de Miocardio complicado con perforación del septum interventricular dependerá de la extensión de la necrosis, de la existencia o no de enfermedad pulmonar previa, del tamaño de la C.I.V. y de la capacidad de adaptación el ventrículo derecho (V.D.) a la brusca sobrecarga de volumen a la que se ve sometido. Por lo tanto el estudio de la función del V. D. durante la etapa aguda permitirá el mejor enfoque terapéutico médico o quirúrgico.

El catéter de Swan-Ganz de 4 vías permite medir simultáneamente la presión de aurícula derecha (A. D.), arteria pulmonar tronco (A.P.T.) y capilar pulmonar (C.P.) y también la obtención de la curva de termodilución; en este caso inyectando en A.D. la misma tendrá una configuración característica ya que el lavado del indicador dibuja una doble pendiente, la primera debida a la depuración de V.D. y la segunda debida a la permanente recirculación a través de la C.I.V. La extrapolación de la primera parte de la curva permite integrar el área de depuración de V. D. y con ello calcular el volumen minuto pulmonar. Cálculo del shunt de izquierda a derecha se efectúa mediante la obtención de muestras de sangre arterial sistémica pulmonar y venoso mixta. Conociendo el volumen minuto pulmonar es posible calcular el volumen minuto sistémico y el shunt es $ml \times minuto$, la resistencia sistémica (RS) y resistencia arterioar pulmonar (R.A.P.), el trabajo sistólico izquierdo y derecho. Además mediante las muestras arterial y pulmonar es posible calcular el shunt intrapulmonar fisiológico y anatómico y su relación con la presión C. P. y A.P. T. como así también R. A. P.

Del análisis de la extrapolación de la curva de termodilución se obtiene la fracción de eyección (F. E.) y el volumen de fin de diástole (V.F.D.). Con este último valor y la presión de fin de diástole (P.F.D.) es posible calcular la relación presión-volumen derecha y el módulo elástico de V.D. Por último es posible obtener la curva de función ventricular mediante lazos compresivos en los miembros.

El estudio seriado de estos parámetros permite detectar la falla precoz de V.I. o V.D., la causa que

la motivó (aumento de la post-carga izq., de la C.I.V. de la R.A.P., dilatación exagerada e incapacidad contráctil de V.D. para tolerar la nueva situación hemodinámica etc.) presumir la evolución posterior e indicar la mejor conducta terapéutica médica quirúrgica.

Por último aporta datos de cuyo análisis es posible conocer mejor la función de V.D., su adaptación a la sobrecarga de volumen y presión, la relación entre F. E. y curva de función, la variación de la distensibilidad y el módulo elástico, los cambios en la presión C.P., A.P.T. y R.A.P. en relación al flujo.

Se exponen los resultados obtenidos.

8º Clasificación clínica del síndrome anginoso.

Dres. R. Oliveri y G. Pujadas

"Nuestros métodos actuales de describir y clasificar la enfermedad de las arterias coronarias, son inadecuados, inexactos y provocan confusión". J. Willis Hurst.

Esta frase es ampliamente compartida por los integrantes de las secciones Hemodinamia y Unidad Coronaria del Hospital Italiano y a fin de poder ordenar el trabajo, evaluar a los enfermos tanto en estudios prospectivos como retrospectivos, hemos tratado de definir las formas del síndrome anginoso basándonos en los siguientes parámetros: 1) **Malestar o dolor**: analizamos su frecuencia, duración, intensidad, acción de los nitritos sobre el mismo y las circunstancias ambientales, físicas, químicas, precipitantes. 2) **alteraciones en el electrocardiograma**: cambios en el STT, cambios en el QRS. 3) análisis de laboratorio, sobre todo alteraciones enzimáticas y otros datos como eritrosedimentación, leucocitosis, etcétera.

Así se describen los siguientes cuadros clínicos del síndrome anginoso: 1) angina de pecho estable; 2) angina de pecho progresiva; 3) angina de pecho de reposo: a) estable, b) progresiva; 4) angina de pecho reciente; 5) angina de pecho prolongada, espontánea y aislada; 6) angina de pecho espontánea iterativa (síndrome intermedio); 7) infarto de miocardio; 8) angina de pecho en regresión.

En todos estos casos es de fundamental importancia determinar si ha habido o no infarto previo.

La necesidad de definición de las múltiples variantes clínicas del síndrome anginoso ha sido también reconocida en nuestro país (Bertolasi y colaboradores) y también discutida por lo que consideramos de utilidad intentar un ordenamiento que permita la comparación entre diferentes centros cardiológicos.

9º Prueba ergométrica graduada con respuesta positiva (por desnivel de SA) en seis pacientes con angina de pecho y cineangiocoronariografía normal.

Dres. J. C. Cassera, M. Traina, J. Menna, E. R. Ferreirós.

Se estudian seis pacientes que presentaban cuadros clínicos de angina de pecho típica y en los cuales la prueba ergométrica graduada dio resultados positivos, por desnivel del segmento ST.

El estudio cineangiocoronariográfico mostró en todos los pacientes que el lecho coronario tanto proximal como distal fue normal.

Se discuten las posibilidades diagnósticas y los mecanismos fisiopatogénicos, probables causantes de tal patología.

SIMPOSIO SOBRE CORONARIOPATIAS

Se remarca la evolución más favorable, así como el mejor pronóstico de estos enfermos, en relación a los pacientes portadores de enfermedad coronaria arterioesclerótica.

Se excluyen el angor estable con buena capacidad funcional y el infarto de miocardio sin angor posterior al mismo.

10º Anastomosis mamaria coronaria.

Dres. A. Roncoroni, E. Weinschelbaum, J. Navia, M. Kaplan, R. C. Vedoya, J. J. Favalaro y R. G. Favalaro.

Historia del procedimiento. Anatomía y características de la arteria mamaria interna.

Indicaciones para el uso de esta técnica de revascularización. Discusión y evaluación comparativa en relación al puente con vena safena.

Técnica operatoria. Detalles de la misma. By-pass libre de arteria mamaria. Flujo circulatorio transmamario.

Resultados postoperatorios. Evaluación de 30 casos operados con esta técnica. Recateterismo, índice de permeabilidad.

Conclusión: el uso electivo de la arteria mamaria. Su empleo de necesidad. Contraindicaciones al uso de la misma.

El Departamento de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Torácicas y Cardiovasculares de la Fundación Luis Güemes, dirigido por el Dr. René G. Favalaro, tiene previsto para los días 3 al 8 de setiembre la realización de un Simposio sobre Coronariopatías.

En él participarán prestigiosas figuras médicas de nuestro medio; ha aceptado concurrir, como invitado especial, el Dr. Mason Sones Jr., Jefe de Hemodinamia de la Cleveland Clinic (USA).

El desarrollo del mismo cuenta con conferencias, mesas redondas y un nutrido programa práctico, que consistirá en demostraciones sobre cirugía, cineangiografía, hemodinamia, ergometría, fonomecanocardiografía, electro y vectocardiografía, y anatomía patológica.

El Curso tendrá una amplia difusión continental, puesto que ya se han recibido solicitudes de médicos de otros países; además contamos con el auspicio de la Sociedad Argentina de Cardiología, Federación Argentina de Cardiología, Sociedad Argentina de Cirugía Torácica y Cardiovascular y Sociedad Argentina de Angiología.