

NOTICIAS

La Tercera Reunión Científica se realizó conjuntamente con la F.A.C. en la localidad de Ascochinga, Córdoba, los días 17, 18 y 19 de junio.

Se leyeron los siguientes trabajos:

1) ESTUDIO DE LA FUNCION VENTRICULAR EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

VI) CORRELACION ANGIOGRAFICA Y ANATOMO-PATOLOGICA

Dres. C. A. Otero y Garzón, L. A. Orodá, A. V. Garber, S. Rivarola, M. Aptecar y J. L. Monserrat. (Departamento Cardiovascular, Institutos Médicos Antártida, Buenos Aires).

En 50 pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) se estudió la función ventricular en la Unidad Coronaria, clasificándolos en 6 grupos hemodinámicos según el grado de severidad: Grupo I, IAM no complicado; Grupo II, IAM con fallo de bomba moderado; Grupo III, IAM con fallo de bomba severo, y Grupo IV, IAM predominante de ventrículo derecho.

Se realizó en 12 casos la correlación de los datos angiográficos y anátomo-patológicos, con el objeto de corroborar la sospecha clínica de áreas de necrosis de distinta extensión correspondientes a diversos grados de compromiso funcional.

En 6 casos se efectuó el estudiocine-angio-coronariográfico mediante la técnica de Sones, por presentar angina post-infarto agudo en 4 pacientes, shock cardiogénico en uno y como pre-quirúrgico de una comunicación interventricular en el restante. Se observaron presiones y volúmenes ventriculares normales en los enfermos del Grupo I, discretamente aumentados en el Grupo II, y francamente elevados en el Grupo III. La fracción de eyección y dp/dt fueron ligeramente disminuidos en el Grupo I, moderadamente descendidos en el Grupo II y severamente reducidos en el Grupo III. La compliance ventricular estuvo levemente disminuida en el Grupo I, 86 % promedio por debajo de los valores normales en el Grupo II, y 97 % debajo de lo normal en el Grupo III. El porcentaje de área aquinética, vista en el ventriculograma, aumentó progresivamente, de acuerdo con el deterioro funcional y en correspondencia con el incremento de la cifra de CPK máxima; fue del 10 % en el Grupo I, 25 % promedio en el Grupo II, y 88 % en el Grupo III.

La anatomía patológica confirmó en otros 6 casos esta muy buena correlación, demostrando un 6,4 % de área ventricular izquierda necrosada en el Grupo I, 26 % en el Grupo II, y un promedio de 45 % en el Grupo III, todos ellos calculados planimétricamente.

2) ESTUDIO DE LA FUNCION VENTRICULAR EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

V) VALORACION DE LA "PENDIENTE DE LA RESPUESTA HEMODINAMICA"

Dres. L. A. Orodá, A. V. Garber, C. A. Otero y Garzón, M. Baroni y M. Aptecar.

(Departamento Cardiovascular, Institutos Médicos Antártida, Buenos Aires).

En 40 enfermos con infarto agudo de miocardio (IAM), sobre un total de 50 pacientes, clasificados en 4 grupos de acuerdo a sus datos hemodinámicos basales, se estudió la respuesta a condiciones de carga variables, con el objeto de valorar en forma dinámica real la función ventricular, al obtener otro punto de la curva. Esta variación fue expresada como la "pendiente de la respuesta hemodinámica".

Métodos

Los métodos empleados se relacionaron a los datos hemodinámicos basales, una vez corregida la hipovolemia. En el Grupo I (IAM no complicado) se utilizó aumento de la pre-carga (expansión) y de la post-carga (hand-grip). En el Grupo II (IAM con fallo de bomba moderada) se aplicó hand-grip. En el Grupo III (IAM con fallo de bomba severo) se usó disminución de la pre-carga (ligaduras y dinitrato de Isosorbide). En el Grupo IV (IAM predominante de ventrículo derecho), se empleó expansión.

Resultados

Hubo diferencias significativas en las respuestas de los grupos, con una pendiente ascendente (promedio de + 7,98 %/mm Hg.) en el Grupo I; pendiente ascendente menos empinada (+ 2,22 %/mm Hg.) en el Grupo II; pendiente plana o deprimida (- 2,29 %/mm Hg.) en el Grupo III, y pendiente plana, de + 0,3 %/mm-Hg. en el grupo IV. Se analizó la evolución de la pendiente en los distintos grupos, encontrándose que los IAM no complicados mejoraron espontáneamente su pendiente; en los IAM con fallo de bomba moderado, una posible ausencia de acción útil de la digital, y en los pacientes con fallo de bomba severo una escasa respuesta a la terapéutica convencional. Además se realizaron correlaciones clínicas que muestran una mortalidad tres veces mayor y más precoz en la población con pendiente plena o deprimida.

Conclusiones

El estudio dinámico de la función ventricular en el IAM aporta elementos de gran utilidad para evaluar su grado de deterioro, evolución, terapia y pronóstico.

3) ESTUDIO DE LA FUNCION VENTRICULAR EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

IV) APLICACION DEL "HAND-GRIP" A SU EVALUACION DINAMICA

Dres. M. Aptecar, L. A. Orodá, A. V. Garber, C. A. Otero y Garzón y J. E. Camps.

(Departamento Cardiovascular, Institutos Médicos Antártida, Buenos Aires).

El estudio dinámico de la función ventricular se basa en la respuesta del corazón a variaciones de las condiciones de trabajo. Dichas variaciones se pueden obtener mediante cambios en la pre- y post-carga. Se presentan en este trabajo los resultados del ejercicio isométrico de la mano (hand-grip), como método de aumento de la post-carga.

Se efectuaron 40 estudios en 27 enfermos con infarto agudo de miocardio (IAM), pertenecientes a los Grupos I y II de nuestra clasificación (IAM no complicado e IAM con moderado fallo de bomba, respectivamente), en los cuales se determinaron presiones pulmonares mediante catéter de Swan-Ganz de 4 vías y volumen minuto por termo-dilución, datos que, sumados a los parámetros habituales, permitieron el cálculo del índice de trabajo sistólico ventricular izquierdo (ITSVI) y resistencias pulmonares y sistémicas. El ejercicio isométrico se realizó mediante un aparato diseñado en nuestro servicio, prac-

ticando un esfuerzo del 30 % del máximo durante 3 minutos. Para considerar como válida la respuesta se requirió una variación mínima de 3 mm Hg. en la presión capilar pulmonar (PCP).

En los 27 enfermos de los Grupos I y II, se comprobó que la PCP basal, de $11,2 \pm 4,9$ mm Hg., se elevó al doble ($23,3 \pm 3,3$ mm Hg.) con el esfuerzo, y volvió a valores prácticamente basales en el post-esfuerzo. En cuanto al ITSVI, con valor basal de $47,4 \pm 11,7$ gm.m/m²/lat., aumentó a $55,3 \pm 11,3$ con el esfuerzo, volviendo al mismo valor que el basal en el post-esfuerzo. Ambas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Se demuestra así que el hand-grip es un buen método de esfuerzo para lograr una respuesta hemodinámica en el IAM, ya que los cambios son significativos, y tienen una recuperación casi inmediata (menos de 5') a valores basales; por otra parte, no hemos observado inconveniente alguno, a pesar de tratarse de enfermos agudos.

4) CORRELACION ERGOMETRICA-CORONARIOGRAFIA: PRECOCIDAD DE LA RESPUESTA POSITIVA COMO INDICE DE SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD CORONARIA

Dres. F. R. M. de Aptekar, M. A. Canossa, H. Arenoso, C. A. Otero y Garzón y M. Aptekar.
(Departamento Cardiovascular, Institutos Médicos Antártida, Buenos Aires).

En base a los conceptos emitidos por Ellestad intentamos en este trabajo correlacionar la severidad de la enfermedad coronaria con la precocidad de la respuesta ergométrica positiva, expresada como porcentaje de la frecuencia cardíaca alcanzada en el momento de la aparición de la positividad, respecto de la frecuencia máxima teórica.

Se estudiaron 88 pacientes, 72 hombres y 16 mujeres, cuyas pruebas ciclo-ergométricas fueron realizadas con el método escaleriforme continuo habitual en nuestro servicio. La correlación se efectuó con el método de vasos lesionados demostrado en la cine-angio-coronariografía, practicada por el método de Sones, considerando significativas a las obstrucciones arteriales de un 75 % o más.

El resultado de las pruebas fue positivo en 57 casos, negativo en 18, e insuficiente en 13; estos últimos fueron descartados a los efectos del análisis estadístico.

La sensibilidad de la prueba en el grupo estudiado fue de 82,66 %, y la especificidad de 89,35 %.

En base a la precocidad de la respuesta, los enfermos fueron divididos en 4 grupos: menos de 60 %, 60-70 %, 70-80 %, y más de 80 % de la frecuencia máxima teórica. El porcentaje de enfermos con coronarias sin lesión significativa fue de 0 %, 9,5 %, 29,1 % y 60,9 %, respectivamente. A la inversa en porcentaje de pacientes con 2 y 3 vasos enfermos fue de 85,7 %, 47,6 %, 37,5 % y 17,3 %. Ambas series muestran diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,01$).

Se concluye que la precocidad de la respuesta ergométrica, valorada por este método guarda una buena correlación con la severidad de la enfermedad coronaria.

6) MODIFICACIONES ELECTROVECTOCARDIOGRAFICAS CAUSADAS POR LA MEGA-AURICULA IZQUIERDA

Dres.: N. Carnuccio, A. J. Carli, J. J. Llera, E. Sciandro, L. D. Suárez y A. M. Perosio.

(Sección cardiología del Hospital de Clínicas José de San Martín. Coordinador interino: Prof. Dr. Ignacio Corsini, Córdoba 2351, Buenos Aires).

Los agrandamientos marcados de la aurícula izquierda, además de producir alteraciones electrocardiográficas que sugieren necrosis de miocardio de cara lateral, son capaces de modificar en forma sustancial el vectocardiograma de los planos horizontal y sagital registrados con la técnica de Frank.

El desplazamiento que ocasiona a la cámara ventricular izquierda, determina que sus potenciales no sean adecuadamente registrados por los electrodos torácicos del método mencionado, induciendo a un diagnóstico erróneo y en discordancia con el resto de los exámenes.

Ello tiende a probar las limitaciones de los sistemas vectocardiográficos usuales, indicando la necesidad de utilizar múltiples sitios de registro, ante la falta de un método exacto para registrar componentes transversales y sagitales verdaderamente octogonales de las fuerzas eléctricas cardíacas.

19) BLOQUEO A-V CONGENITO EN GEMELOS MONOCIGOTAS

Dres. Martha Perriello y Alberto Rodríguez Coronel.

(Hospital de Niños de Buenos Aires).

El bloqueo A-V congénito es una entidad relativamente infrecuente. Esta condición puede o no estar asociada a otra cardiopatía. Se ha descrito ocasionalmente en forma familiar afectando a varios miembros de un mismo grupo, pero pocos datos existen en la literatura con respecto a la ocurrencia de bloqueo A-V congénito concordante en gemelos monocigotas.

El motivo del presente trabajo es presentar el caso de 2 hermanos gemelos monocigotas monocorionicos de 7 años de edad y sexo masculino. Ambos son asintomáticos y presentan idénticos exámenes físicos radiológicos y electrocardiográficos. Auscultación: SS eyectiva 2/6 tonalidad musical y ocasionalmente 3er. ruido con S.M.D. en punta. Rx: ligera cardiomegalia con circulación pulmonar normal. ECG: bloqueo A-V con una frecuencia ventricular de 50 por minuto que aumenta a 60 después del ejercicio, AQRS + 70°. La morfología del QRS es de tipo supraventricular.

Se ha demostrado que se producen alteraciones congénitas concordantes en 1 de cada 3 pares de gemelos monocigotas y sólo en 1 de cada 10 gemelos dicigotas.

Se concluye que los casos presentados indicarían que la noxa (genética, viral, tóxica, etc.) actúa idénticamente en ambos produciendo esta excepcional anomalía congénita.

7) COMUNICACION INTERAURICULAR TIPO OSTIUM SECUNDUM ASOCIADA A INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA. I. CUADRO CLINICO

Dres. L. E. Alday, E. Moreyera, M. Badra y A. J. Delfino

(Hospital de Niños y Nacional de Clínicas, Córdoba)

Sobre un total de 90 casos de comunicación interauricular tipo ostium secundum (CIA), 7 tenían insuficiencia mitral severa asociada. Las edades oscilaron entre 2 y 22 años. Seis pacientes eran de sexo femenino. Una tenía las características somáticas del síndrome de Marfan.

Cuatro pacientes tuvieron en algún momento de su evolución insuficiencia cardíaca grado 4, dos de grado 3 y el restante grado 2. El examen físico reveló signos auscultatorios de insuficiencia mitral agregados a los hallazgos típicos de la CIA en todos.

La radiología y electrocardiograma fueron compatibles con el diagnóstico de CIA y en 5 había signos electrocardiográficos de agrandamiento auricular izquierdo. Un paciente tenía bloqueo A-V de primer grado.

El cateterismo cardíaco y angiocardiografía selectivas confirmaron la presencia de CIA y mostraron insuficiencia mitral severa en todos los pacientes. En 5, ésta era por prolapso de la válvula mitral, en uno por hendidura de la valva anterior y en el restante, no pudo aclararse la etiología.

Se concluye que en esta asociación, es muy frecuente la insuficiencia cardíaca severa en contraste con la evolución de la CIA, aislada, y que es indispensable efectuar ventriculografía izquierda selectiva para determinar el grado de insuficiencia mitral y aclarar su etiología. Este procedimiento permite planear la corrección de ambas lesiones en el mismo acto quirúrgico.

8) COMUNICACION INTERAURICULAR TIPO OSTIUM SECUNDUM ASOCIADA A INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA. II. TRATAMIENTO QUIRURGICO

Dres. **A. J. Delñino**, H. Paladini, N. Valenti, J. de la Riva, T. Alvarez y L. E. Alday.
(Hospital de Niños y Nacional de Clínicas, Córdoba)

Sobre un total de 81 pacientes con comunicación interauricular tipo ostium secundum (CIA) operados con circulación extracorpórea, 6 tenían insuficiencia mitral severa diagnosticada clínica y angiográficamente. En 4 la insuficiencia mitral era por prolapso valvular debida a degeneración mixomatosa.

En el paciente de menor edad (2 años) la insuficiencia mitral era por hendidura de la valva anterior. En el restante, se debía a conformación anormal de la válvula. En los 4 pacientes con prolapso se efectuó anuloplastia a través de la CIA a nivel de la comisura anteromedial. En uno de ellos, fue necesario, además, realizar plicatura de la valva anterior.

El resultado fue excelente en 3, con desaparición total del soplo de insuficiencia mitral. En el restante fue muy bueno con persistencia de un soplo residual suave con click sistólico no eyectivo. En la paciente con válvula mitral malformada se efectuó anuloplastia con resultado pobre.

En la niña con valva mitral hendida se reparó el cleft pero esta paciente murió en el postoperatorio inmediato por edema cerebral. Del presente estudio se infiere que el resultado de la anuloplastia mitral, en la insuficiencia mitral por prolapso valvular que complica la CIA, ha sido excelente, evitando el uso de prótesis valvulares en una edad en que el reemplazo no es aconsejable.

9) ECOCARDIOGRAMA EN PACIENTES CON COARTACION DE AORTA

Dres. **E. Moreyra**, L. E. Alday, J. Martínez Oliva, R. Madoery y L. M. Amuchástegui
(Dptos. de Cardiología, Sanatorio Allende y Hosp. Privado, Córdoba).

Se efectuaron ecocardiogramas en 9 pacientes con coartación de aorta (CA). Cinco eran de sexo masculino. Las edades oscilaron entre 16 meses y 62 años. En tres casos el estudio fue postoperatorio. Se estudiaron la válvula aórtica (VA), las dimensiones de la raíz de aorta y aurícula izquierda (AI), la fracción de eyección ventricular izquierda (FE) y el movimiento valvular mitral.

La VA fue bicúspide en 6 pacientes por criterios ecocardiográficos (índice de excentricidad $> 1,3$). Cinco de ellos tenían clicks eyectivos aórticos, el sexto con VA bicúspide sin click, tenía calcificación valvular severa. En los dos pacientes que no tuvieron VA bicúspide por el ecocardiograma, no se auscultó click eyectivo.

El caso restante presentaba aneurisma de aorta ascendente y criterios ecocardiográficos de disección, pero en él no pudo individualizarse la VA. Este paciente tenía click eyectivo. En 4 pacientes en que el aortograma permitió definir las características de la VA, la correlación con el ecocardiograma fue correcta.

La raíz de aorta estaba dilatada en sólo dos casos. De dos pacientes que tenían soplo mesodiastólico persistente más de tres años después de la corrección, uno tenía pendiente EF lenta y AI grande. La FE fue normal en todos.

Se concluye que el ecocardiograma en pacientes con CA permite establecer las características de la VA, y sugerir que el mecanismo de producción del click radica en la alteración valvular. Las anomalías asociadas de la válvula mitral también pueden ser detectadas.

10) HALLAZGOS ECOCARDIOGRAFICOS EN LA COMUNICACION INTERAURICULAR

Dres. **E. Moreyra**, T. Caeiro, L. Alday, L. Amuchástegui y J. Martínez Oliva
(Dptos. de Cardiología, Sanatorio Allende y Hospital Privado, Córdoba).

Se obtuvieron ecocardiogramas en 12 pacientes con comunicaciones interauriculares tipo ostium secundum (CIA). Nueve eran mujeres; las edades oscilaron entre 26 meses y 40 años con promedio de 18 años. Cinco pacientes tenían insuficiencia mitral (IM) asociada.

En 4 de estos enfermos la IM era producida por prolapso valvular mitral (PVM) y en el 5º por cuerdas tendinosas cortas. En 4 enfermos se efectuaron ecocardiogramas preoperatorios y postoperatorios 2-4 semanas después de la cirugía. En 2 pacientes sólo se efectuaron ecocardiogramas 3 años y 3 meses después de la corrección quirúrgica de la CIA. Se analizó la movilidad del septum ventricular (MSV) siguiendo las modalidades fijadas por Radtke y col. (An. Int. Med., 84: 246, 1976) y las dimensiones de ventrículo derecho, aurícula izquierda y aorta relacionados con la superficie corporal (IVD, IAI e IAo, respectivamente).

También se midió la relación entre aurícula izquierda y aorta (AI/Ao). Cinco casos mostraron MSV tipo A, 3 del tipo AB y 2 del tipo B. En 2 pacientes el MSV fue normal. El IVD era elevado en 7 y normal en 2. El IAo era normal en 8 casos y aumentado en 1. El IAI estaba elevado en 4 y normal en 5 mientras que la relación AI/Ao fue alta en 6 y normal en 3 (3 pacientes con IM tenían AI/Ao elevado). La evolución post-operatoria del MSV fue: AB a A, A a AB, AB a AB y A a normal.

Se concluye que por medio de la ecocardiografía se detectan anomalías en el MSV y en las dimensiones del VD en la mayoría de los pacientes con CIA. No debe esperarse normalización del MSV después del cierre del defecto sino en un número reducido de casos. El hallazgo de una dimensión elevada de AI en pacientes con CIA sin IM es de difícil interpretación.

11) BLOQUEO A-V TIPO MOBILZ II INTRAHISIANO CON PROGRESION A BLOQUEO COMPLETO

Dres. L. M. Amuchástegui, E. Moreyra y L. E. Alday

(Departamento de Hemodinamia - Hospital San Roque - Córdoba).

Se presenta el caso de una mujer de 48 años con episodios sincopales frecuentes. El electrocardiograma demostró bloqueo A-V de alto grado con complejos QRS angostos. El electrograma del haz de His mostró dos deflexiones hisianas y bloqueo A-V de segundo grado tipo Mobitz II entre ellos.

El intervalo A-H estaba prolongado y ocurrió fenómeno de Wenckebach o similar frecuencia durante la sobreestimulación auricular antes y después de la administración de atropina. Durante el bloqueo A-V de alto grado, producido en forma espontánea o inducida, se observó un ritmo de escape originado en la porción distal del haz de His.

Un segundo estudio, efectuado un año después, demostró progresión al bloqueo A-V completo. El potencial hisiano proximal seguía a la onda A, mientras que el digital precedía a la deflexión ventricular. El intervalo H'-V estaba prolongado y se observó un mayor retardo después de la administración de ajmalina.

Todos estos hallazgos sugieren una lesión proximal, media y distal del fascículo de His.

12) EFECTO DE LA AJMALINA EN LOS BLOQUEOS DE RAMA DERECHA CON Y SIN HEMIBLOQUEO ANTERIOR IZQUIERDO

Dres. L. M. Amuchástegui, E. Moreyra y L. E. Alday

(Departamento de Hemodinamia - Hospital San Roque - Córdoba).

Se estudió la conducción aurículo-ventricular mediante registros del electrograma del haz de His en 15 pacientes con los siguientes trastornos de conducción: Grupo A: bloqueo completo de rama derecha (BCRD) aislado con intervalo H-V normal (6 pacientes); Grupo B: BCRD, hemibloqueo anterior izquierdo (HBAI) e intervalo H-V normal (2 pacientes); Grupo C: BCRD, HBAI e intervalo H-V prolongado (6 pacientes) y Grupo D: BCRD, HBAI y bloqueo a-v 2:1 (1 paciente)

Hubo 5 pacientes del sexo femenino y las edades oscilaron entre 16 y 66 años. Once tenían cardiopatía chagásica, tres enfermedad coronaria y uno comunicación inter-auricular. Se midieron los intervalos habituales antes y después de la administración de 50 mg. de ajmalina intravenosa. El intervalo A-H no sufrió modificaciones. El intervalo H-V se prolongó en todos los grupos:

En el grupo A la prolongación osciló entre 10 y 20 mseg. con un TM de 10,8 mseg. y en el B entre 10 y 25 mseg. con un TM de 17,5 mseg. En el grupo C 4 enfermos prolongaron el intervalo H-V entre 25 y 35 mseg. con un TM de 30 mseg., mientras que en los 2 restantes se observó un desdoblamiento del potencial hisiano y un bloqueo tipo Mobitz I infrahisiano respectivamente. El paciente del grupo D aumentó el grado de su bloqueo hasta 5:1. La ajmalina prolongó selectivamente la conducción infrahisiana en todos los pacientes estudiados. El alargamiento fue más pronunciado en los que tenían bloqueo trifásico, sugiriendo que estos pacientes requieren tratamiento con marcapasos definitivos.

13) RESULTADOS A LARGO PLAZO EN CIRUGIA CORONARIA CON DEFICIENTE DINAMICA VENTRICULAR IZQUIERDA

Dres. R. Ferreira, D. Carrera, J. d'Oliveira y C. Girardi.

(Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular. Hospital Militar Central, Buenos Aires)

Se evalúan los resultados quirúrgicos a largo plazo de un grupo de pacientes con patología coronaria que tenían como característica común, la de presentar una dinámica ventricular deficiente.

Se trata de 18 pacientes con un seguimiento postoperatorio de 3 a 5 años. Doce pacientes se hallaban en clase funcional III y IV y 6 en clase funcional II. Todos, excepto tres, tenían antecedentes de infarto de miocardio y el promedio de la presión de fin de diástole de VI era de 21 mm de Hg. La ventriculografía fue francamente patológica en todos los casos y la f.e. osciló entre 0,28 y 0,40, observándose lesión de naturaleza aneurismática en 9 oportunidades. La arteriografía demostró oclusión de la ACDA en 15 casos, de ACC en 9 y de la ACD en 13, siendo 9 los casos con lesión severa de tres vasos.

Cinco pacientes fallecieron en el postoperatorio inmediato (27 %) y 2 más en el período alejado por causas no relacionadas a su patología coronaria. Once enfermos han sido seguidos hasta la fecha, no perdiéndose ninguno de ellos al control periódico. Diez mejoraron su clase funcional y uno no tuvo modificaciones. Todos los pacientes se reintegraron a sus actividades habituales. Ergometría postoperatoria se efectuó en los once casos, con resultados negativos en 8, señalándose asimismo, resultados observados en los casos con reestudio hemodinámico.

En conclusión, se considera que este tipo de pacientes son tributarios de la cirugía y la intervención se puede efectuar con una mortalidad operatoria y alejada aceptable y significativamente inferior a la obtenida en series de seguimiento clínico.

Correo Argentino Central (B)	Tarifa Reducida Concesión N° 2169
	Franqueo Pagado Concesión N° 766