PROEDUCAR
SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

MARZO 2014
BOLETIN
ESPECIAL

Director del Programa ProEducar:
Dr. Leandro I. Lasave

Director Boletín Educativo:
Dr. Ari Mandil

Directores Asociados del Boletín Especial Jornadas: Dr. Pedro Hidalgo Useche – Dr. Jorge Mayol

Comité Editorial
Dr. Raul Arrieta
Dra. Alfonsina Candiello
Dr. Carlos Fava
Dr. Fernando Kozak
Dr. Gabriel Maluenda
Dr. Leandro Martínez Riera
Dr. Juan Simon Muñoz
Dr. Bruno Ramos Nascimento
Dr. Rodolfo Staico
Dr. Gustavo Vignolo

Coordinadora Marisa Desiervi
Diseño Gráfico Florencia Álvarez

EDICIÓN ESPECIAL JORNADAS SOLACI

La Paz, Bolivia 2013

EDITORIAL

Dres. Pedro Hidalgo Useche y Jorge Mayol ..... 02 VER

Autor de los resúmenes: Dr. Pedro Hidalgo Useche

TÓPICOS

Oclusión percutánea del conducto arterioso persistente ..... 04 VER
Presentado por la Dra. Alexandra Heath

Intervencionismo coronario de alto riesgo ..... 05 VER
Presentado por el Dr. Daniel Berrocal

Estratificación de riesgo en la emergencia. ¿Cuándo llamar al hemodinamista? ..... 06 VER
Presentado por el Dr. Erick Hórnez

Revascularización coronaria en pacientes diabéticos. Reflexiones después del estudio FREEDOM ..... 07 VER
Presentado por la Dra. Rosana Hernández Antolín

Valvuloplastia Mitral: ¿Qué hay de nuevo? ..... 10 VER
Presentado por la Dra. Rosana Hernández Antolin

Número de edición: Boletín Especial – ProEducar Nro 92 | **Fecha de edición:** Marzo 2014
Director responsable: Dr. Leandro I. Lasave.
Propietario: SOLACI - Sociedad Latinoamericana de Cardiología Intervencionista AC
Domicilio legal: A.Alsina 2653 2H, Buenos Aires, Argentina.
"Se prohibe la reproducción total o parcial del contenido de este boletín, si no se cita la fuente".
Registro propiedad intelectual: 829084

Jornadas SOLACI
La Paz, Bolivia 2013

Dr. Pedro Hidalgo Useche
Hospital Coromoto – Policlínica, Maracaibo, Venezuela
Director Jornadas SOLACI

Dr. Jorge Mayol
Co-Director del Servicio de Hemodinamia
Centro Cardiológico Americano - Sanatorio Americano, Montevideo, Uruguay
Subdirector Jornadas SOLACI

EDITORIAL

Estimados amigos, reciban desde la dirección de las Jornadas Regionales SOLACI un cordial saludo y los mejores deseos para este año 2014 el cual iniciamos con gran entusiasmo luego de haber concretado exitosamente, las tres jornadas regionales del año pasado realizadas en Caracas, Punta Cana y en La Paz. La Sociedad Latinoamericana de Cardiología Intervencionista (SOLACI) que este año arriba a sus primeros 20 años de feliz existencia ha crecido de forma exponencial aglutinando a los médicos y paramédicos que en esta especialidad hacen vida en nuestro continente, contribuyendo a su perfeccio-

JORNADAS SOLACI - LA PAZ, BOLIVIA 2013

namiento y a crear lazos de colaboración con otras sociedades científicas del área de la Cardiología y de la Cirugía Cardiovascular.

Llevar educación médica continua de calidad a los países que por razones logísticas no son candidatos a organizar nuestro congreso anual ha sido la misión que durante estos 7 años de existencia ha llevado a cabo Jornadas Regionales SOLACI. Desde su creación se han realizado 22 eventos reuniendo más de 7500 participantes, los cuales, no solo han adquirido conocimientos científicos sino que estos eventos han servido de verdaderos escenarios propicios para la confraternización y comunión entre los representantes de los países de cada región (Centroamérica y el Caribe, Andina y Cono Sur).

El compromiso de la SOLACI es el de redoblar los esfuerzos para dar respuesta a las múltiples expectativas que en cada país de Latinoamérica van surgiendo para lo cual, organizaremos en agosto por primera vez, las jornadas de Centroamérica y el Caribe en Puerto Rico y además visitaremos a Cali en Colombia (Andina) y Asunción en Paraguay (Cono Sur).

Este enorme esfuerzo, lo asumimos con gran responsabilidad y entusiasmo, pues nuestro objetivo es aumentar cada año el prestigio y solidez que nuestra SOLACI ya tiene ganado en el universo de la Cardiología Intervencionista mundial.

Dr. Pedro Hidalgo Useche

Dr. Jorge Mayol

Oclusión percutánea del conducto arterioso persistente

Las cardiopatías congénitas son 4 veces más frecuentes en la población nacida en las grandes alturas (2500 a 4200 metros) siendo la persistencia del conducto arterioso (PDA) la cardiopatía más frecuente en Bolivia donde aproximadamente 60% de la población vive a mas de 4000 metros de altura, y esta alta prevalencia es debida a la baja concentración de oxígeno ambiental que es factor fundamental para la anormal demora en el cierre de este conducto (que comunica las arterias aorta y pulmonar) después del nacimiento.

La Dra. Alexandra, reportó parte de la experiencia Boliviana con un novedoso dispositivo para el cierre del PDA llamado Nit-Occlud, reportando el cierre satisfactorio en 17 pacientes entre el año 2004 y 2006. Es de hacer notar que ya han sido implantados más de 2500 dispositivos de este tipo en el mundo entero de los cuales, mas de 850 han sido implantados en Latinoamérica con excelentes resultados y muy baja tasa de complicaciones entre las cuales destaca la embolización del dispositivo, complicación esta que afortunadamente puede ser resuelta con la utilización de dispositivos de rescate endovascular que permiten su captura y extracción sin necesidad de someter al paciente a una cirugía de urgencia.

Finalmente, la expositora destaco que la selección del dispositivo de cierre depende de varios factores: la edad y peso del paciente, la morfología y diámetro del conducto, y del grado de hipertensión arterial pulmonar; siendo el dispositivo ideal aquel que sea de manejo más amigable, capaz de ser introducido por cánulas de menor diámetro, óptima visualización, fácil recuperación, material biocompatible y precios accesibles.

Link directo a la presentación:

http://solaci.org/es/evento_detalle.php?id=401_Oclusi%C3%B3n-Percut%C3%A1nea-del-Conducto-Arterioso-Persistente

Intervencionismo coronario de alto riesgo

El riesgo atribuido a los pacientes portadores de enfermedad coronaria significativa es definido por el grado de complejidad anatómica y el perfil clínico de los mismos. Dentro de las características anatómicas destacan lesiones muy calcificadas y/o difusas en vasos con tortuosidad extrema o totalmente ocluidos y en el perfil clínico destacan pacientes muy añosos, con múltiples comorbilidades, angina refractaria al tratamiento estándar con cambios isquémicos severos del electrocardiograma y elevación de los marcadores enzimáticos.

A mayor riesgo clínico, más beneficios son observados con la revascularización coronaria percutánea (pacientes añosos con síndromes coronarios agudos con o sin elevación del segmento ST, ictus cerebral previo, signos de insuficiencia cardíaca o fracción de eyección menor a 30% e inestabilidad hemodinámica) y mientras mayor complejidad anatómica mejor es la cirugía de revascularización miocárdica (enfermedad multivaso con o sin enfermedad del tronco izquierdo principal especialmente en diabéticos con oclusiones totales crónicas o enfermedad difusa).

En la última década se ha propuesto para pacientes con ambos -alto riesgo clínico y anatómico, la llamada revascularización híbrida (percutánea y quirúrgica simultánea o escalonada) con muy buenos resultados como los publicados por el Dr. Bonatti quien realizó entre el 2001 y 2009, 130 casos de revascularización híbrida con < de 1% de mortalidad peri-operatoria y 75% de pacientes libres de eventos isquémicos coronarios en el primer año de seguimiento.

En conclusión: La correcta estratificación del riesgo clínico y anatómico es muy importante para tomar una adecuada conducta terapéutica en cada paciente en particular.

Link directo a la presentación:

http://solaci.org/es/evento_detalle.php?id=402_Intervencionismo-Coronario-de-Alto-Riesgo

JORNADAS SOLACI - LA PAZ, BOLIVIA 2013

Estratificación de riesgo en la emergencia. ¿Cuándo llamar al hemodinamista?

El dolor torácico es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los puestos médicos de emergencia y engloba una gran cantidad de diagnósticos diferenciales con pronósticos muy variados y con problemas bien definidos como lo son: el sub-diagnóstico y la demora en la intervención terapéutica. En el mundo entero, alrededor del 5% de los pacientes con infartos agudos del miocardio son dados de alta de las emergencias por diagnostico equivocado. Para hacer un diagnóstico certero debemos privilegiar las características anginosas del dolor, los cambios aunque incipientes del electrocardiograma y las alteraciones precoces de los marcadores enzimáticos de sufrimiento miocárdico, especialmente en el infarto con supra desnivel del segmento ST donde el diagnóstico y el inicio de la estrategia de reperfusión debe ser instaurada dentro de la primeras horas del inicio del cuadro doloroso. En estos casos, el hemodinamista debe ser llamado de inmediato y la angioplastia primaria con implante de stent estará siempre indicada si el procedimiento puede ser realizado dentro de los primeros 120 minutos después del primer contacto medico, si el paciente tiene contraindicación formal para terapia trombolítica o cursa con choque cardiogénico.

En el caso de los pacientes anginosos inestables, el hemodinamista debe ser llamado de inmediato si se trata de un paciente de alto riesgo (angina refractaria con insuficiencia cardiaca asociada o en pacientes con arritmias ventriculares potencialmente letales especialmente si se acompañan de inestabilidad hemodinámica).

En conclusión, la revascularización miocárdica percutánea precoz es piedra angular del tratamiento de los pacientes infartados y anginosos de alto riesgo, por su excelentes tasas de reperfusión y menor tasa de sangrado, que las terapias de reperfusión farmacológicas.

Link directo a la presentación:

http://solaci.org/es/evento_detalle.php?id=406_Estratificaci%C3%B3n-de-Riesgo-en-Emergencia-Cuando-llamar-al-Hemodinamista

Revascularización coronaria en pacientes diabéticos. Reflexiones después del estudio FREEDOM

La mejor estrategia de revascularización miocárdica (percutánea o quirúrgica) en pacientes diabéticos portadores de enfermedad coronaria severa ha sido motivo de debate en la últimas dos décadas. Los estudios BARI, MASS y SYNTAX han mostrado mayor sobrevida y menos eventos isquémicos así como menos necesidad de re-intervención en los pacientes sometidos a cirugía especialmente en diabéticos con enfermedad coronaria difusa y de anatomía compleja. Recientemente, fue publicado el ensayo clínico multicéntrico FREEDOM donde fueron randomizados (para cirugía o angioplastia con implante de stent medicado) 1900 pacientes en 140 centros con seguimiento promedio de 3,8 años mostrando beneficio estadísticamente significativo (26,6 vs. 18,7%) a favor de la cirugía para el objetivo primario compuesto de muerte, infarto del miocardio o accidente cerebro vascular.

Sin embargo, existen serias dificultades para trasladar estos beneficios a la globalidad de nuestros pacientes diabéticos, ya que del universo de 32.966 pacientes que fueron candidatos a ingresar en el estudio FREEDOM, por los estrictos criterios de inclusión, menos del 10% entraron finalmente al estudio, de manera que, los pacientes diabéticos de nuestra práctica clínica diaria son más viejos, se presentan con más cuadros anginosos inestables, son portadores de menos lesiones coronarias significativas pero con peor fracción de eyección que los incluidos en el estudio FREEDOM.

Así, estos resultados sólo pueden ser aplicados a pacientes similares a los incluidos en el estudio (relativamente jóvenes, con enfermedad de 3 vasos, buena función ventricular, angina estable, y lechos distales apropiados para la revascularización quirúrgica) y no deben ser aplicados al pie de la letra a pacientes diabéticos con enfermedad de 1 o 2 vasos con score de SYNTAX bajo, disfunción ventricular izquierda, alto riesgo quirúrgico o malos lechos distales.

JORNADAS SOLACI - LA PAZ, BOLIVIA 2013

En conclusión, la estrategia de revascularización miocárdica en diabéticos debe ser dirigida al tratamiento solamente de las lesiones termodinámicamente significativas (estimular el uso rutinario del FFR) que perfundan territorios micárdicos viables (estimular el uso de estudios de viabilidad miocárdica), usando plataformas de stent de última generación con polímeros biodegradables y eluidos con drogas antiproliferativas de eficacia comprobada en diabéticos y no olvidar los beneficios de la revascularización híbrida en casos complejos bien seleccionados.

Link directo a la presentación:

http://solaci.org/es/evento_detalle.php?id=411_Revascularizaci%C3%B3n-coronaria-en-pacientes-diab%C3%A9ticos:-reflexiones-despu%C3%A9s-del-FREEDOM

SOLACI CACI '14 ARGENTINA
In partnership with TCT

Actividad Pre-Congreso
PROEDUCAR
SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA

V Curso "José Gabay" para Intervencionistas en Formación

Directores: Leandro I. Lasave y Ari Mandil
Directores Asociados: León Valdivieso, Arturo Fernández Murga, Leandro Martínez Riera y Gabriel Maluenda

Hotel Hilton Buenos Aires, Salón Pucará - Av. Macacha Güemes 351, Buenos Aires, Argentina

08.45-09.00 Inicio
Coordinación: Arturo Férnandez Murga - Leandro Lasave

09:00-10:30 Módulo I: Materiales en Cardiología Intervencionista - Accesos
Coordinacion: Leandro Martínez Riera

09:00-09:15 Vías de acceso arterial. Elección de la vía adecuada. Paso a Paso: Acceso femoral y radial. José Alvarez (ARG)
09:15-09:30 Medios de contraste. Selección del tipo de contraste y Prevención de la nefropatía. Ernesto Torresani (ARG)
09:30-09:45 Protección Radiológica. Riesgos y Prevención. Ariel Duran (URU)
09:45-10:00 Fármacos coadyuvantes en intervencionismo. Eficacia y seguridad. Jamil Abdalla Saad (BRA)
10:00-10:15 Preguntas y respuestas.
10:15-10:30 Intervalo

10:30-12:15 Módulo II: Métodos diagnósticos en Cardiología Intervencionista. Valoración de lesiones intermedias
Coordinador: Ari Mandil

10:30-10:45 Estado actual de la Angiotomografía Coronaria. Utilidad en el intervencionismo. Gabriel Maluenda (CL)
10:45-11:00 Reserva fraccional de flujo coronario. Métodos de medición. Indicación. Estudios. Paso a Paso. Lucio Padilla (ARG)
11:00-11:15 Ultrasonido Intracoronario. Fundamentos, utilización y estudios clínicos. Paso a Paso. Leandro Lasave (ARG)
11:15-11:30 Integración de los métodos diagnósticos en Cardiología Intervencionista. Daniel Chamié (BRA)
11:30-11:45 Preguntas y respuestas.
11:45-12:00 Presentación de Caso premiado de Imágenes. Discusión

12:00-12:15 Intervalo pre lunch

12:15-13:15 "Sesión Almuerzo" Foro de Inserción Laboral de los Intervencionistas en Formación
Coordinadores: Hugo Londero - Marcelo Ruda Vega

13:15-15:00 Módulo III: Intervención Coronaria Compleja
Coordinador: Leandro I. Lasave

13:15-13:30 Angioplastia Primaria: Estrategia Actual de tratamiento. ¿Cómo manejar el trombo? Arturo Fernandez Murga (ARG)
13:30-13:45 Tratamiento percutáneo del TCI y Bifurcaciones. Indicación clínica del tratamiento. Daniel Berrocal (ARG)
13:45-14:00 Oclusión total crónica. ¿Cuándo debemos tratarlas?. Técnicas de tratamiento. Materiales. Fausto Feres (BRA)
14:00-14:15 Tratamiento de la Reestenosis. Stents, Balón, Cirugía, Tratamiento médico… Juan Granada (USA)
14:15-14:30 Preguntas y Respuestas.
14:30-14:45 Presentación de Caso premiado de Enf. Coronaria Compleja. Discusión
14:45-15:00 Intervalo

15:00-16:45 Módulo IV: Enfermedad Extracardíaca
Coordinador: Arturo Fernández Murga

15:00-15:15 Enfermedad Carotídea. Indicaciones de tratamiento. Pacientes asintomáticos. Hugo Londero (ARG)
15:15-15:30 Angioplastia Carotídea. Tipos de stents y sistemas de protección. Técnica de tratamiento. Oscar Mendiz (ARG)
15:30-15:45 Valoración de la estenosis renal y técnica de tratamiento. Luis Virgen (MEX)
15:45-16:00 Denervación Renal en la HTA refractaria. Dispositivos y Resultados. Paso a Paso. Christian Dauvergne (CL)
16:00-16:15 Preguntas y respuestas.
16:15-16:30 Presentación del caso premiado de Enfermedad Extracardíaca. Discusión
16:30-16:45 Intervalo

16:45-18:15 Módulo V: Cardiopatía Estructural
Coordinador: León Valdivieso

16:45-17:00 Estenosis Mitral. Indicación y técnica del tratamiento endovascular. Resultados inmediatos y tardíos. José A Mangione (BRA)
17:00-17:15 Cierre Orejuela Aurícula Izquierda. Técnica y resultados. Anibal Damonte (ARG)
17:15-17:30 Implante transcateter de Bioprótesis Aórtica. Selección de pacientes. Diferentes prótesis. Jorge Belardi (ARG)
17:30-17:45 Implante transcateter de Bioprótesis Aórtica. Paso a Paso. Dimytri Siqueira (BRA)
17:45-18:00 Preguntas y respuestas.
18:00-18:15 Presentación del caso premiado de cardiopatía estructural. Discusión

18:15-18:30 Cierre
Jamil Abdalla Saad, Ari Mandil y Leandro Lasave

18:30-19:30 Examen Múltiple Choice

JORNADAS SOLACI - LA PAZ, BOLIVIA 2013

Valvuloplastia Mitral: ¿Qué hay de nuevo?

La estenosis valvular mitral representa el 12% de las valvulopatías diagnosticadas en Europa y su origen es predominantemente reumático. La valvuloplastia con balón es una técnica segura y muy eficaz en pacientes sintomáticos con score anatómico favorable. La valvuloplastia con balón de Inoue es la técnica más utilizada en el continente europeo y en el Hospital San Carlos de Madrid se reporta 78% de éxito primario (área valvular> 1,5cm2 sin insuficiencia valvular severa) y menos del 7% de complicaciones peri-procedimiento. Casi todos los pacientes (95%) están libres de eventos a los 7 años de seguimiento, a excepción de aquellos que experimentan insuficiencia mitral moderada, los cuales tienen peor pronóstico clínico a mediano y largo plazo.

JORNADAS SOLACI - LA PAZ, BOLIVIA 2013

Aunque más del 50% de los pacientes con buena anatomía y resultado inicial satisfactorio mantienen la mejoría funcional por más de 20 años, la mayoría de los pacientes sometidos a valvuloplastia mitral necesitan un nuevo procedimiento después del décimo año.

En conclusión: En los 30 años de vida del procedimiento ha habido muy pocos cambios en la técnica y en sus resultados.

Link directo a la presentación:

http://solaci.org/es/evento_detalle.php?id=412_Valvuloplastia-mitral-%C2%BFQu%C3%A9-hay-de-nuevo?

Nos gustaría compartir su opinión sobre los artículos comentados en este número.

Puede escribirnos a: **proeducar@solaci.org**