



COMITÉ EDITORIAL

Dr. Hugo F. Londero
Dr. Expedito Ribeiro
Dr. Alejandro Martínez
Dr. José Manuel Gabay
Dr. Fernando Cura

Dr. Dionisio Chambré
Dr. Sergio Brieva
Dr. Alejandro Cherro
Dr. Ricardo Sarmiento

Secretaria
Mercedes Boero

Diseño Gráfico
Florencia Álvarez

CONTENIDO

EDITORIAL:

Dr. José Manuel Gabay **02** [VER ▶](#)

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS:

Intervenciones Cardíacas: Dra. Carla Agatiello.

“Implante Percutáneo de Válvula Aórtica” **03** [VER ▶](#)

Intervenciones Extracardíacas: Dr. Mario Fava.

“Tromboembolismo Pulmonar” **04** [VER ▶](#)

PRESENTACIÓN DE CASOS: **07** [VER ▶](#)

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS: **10** [VER ▶](#)

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **11** [VER ▶](#)

INTERROGANDO A LOS EXPERTOS:

Entrevista al Dr. Alberto Sampaolesi.

“PCI en Infarto Agudo de Miocardio” **12** [VER ▶](#)

EDITORIAL: Dr. José Manuel Gabay.



//
Dr. José Manuel Gabay
Hospital Italiano de Buenos
Aires, Argentina.

Con una profunda satisfacción hemos completado nuestro tercer número, tarea que desde un comienzo, sabíamos requería mucho tiempo y dedicación. Sin embargo, gracias al esfuerzo y potencial de todos los que integran este proyecto, quienes se suman día a día y quienes colaboran en su armado y confección, alcanzamos y superamos con creces nuestro objetivo.

Creemos que este boletín es un puente que une a todos los profesionales de la especialidad distribuidos en distintas partes de América Latina ya que a través del mismo logramos: compartir experiencias con la participación activa de los miembros, difundir los avances y aprender de los referentes en el campo de la Cardiología Intervencionista.

Una vez más reiteramos nuestro agradecimiento y esperamos contar con su participación para que, de esa manera, continuemos "dándole vida" a este proyecto.

Afectuosamente,

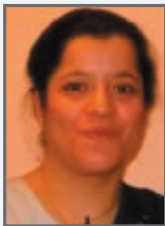
Dr. José Manuel Gabay

Comité Editorial
ProEducar-SOLACI

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Intervenciones Cardíacas

Implante percutáneo de la válvula aórtica: Estado actual y visión futura

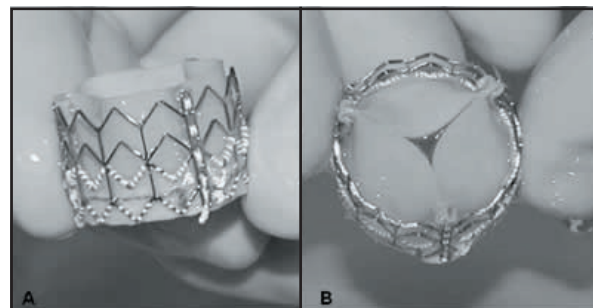


//
Dra. Carla Agatiello
 Coordinadora del Programa de Válvulas Percutáneas.
 Hospital Universitario Charles Nicolle Rouen, Francia.

El reemplazo valvular aórtico (RVA) es el tratamiento de elección en pacientes portadores de estenosis aórtica severa adquirida. Sin embargo, existe un gran número de pacientes en quienes el riesgo quirúrgico es extremadamente alto o inaceptable debido a factores de co-morbilidad asociados.

El Pr. Alain Cribier investiga desde hace más de diez años la posibilidad de implantar una bioprótesis aórtica sin cirugía cardíaca. El primer implante fue realizado en abril de 2002, en un paciente de 57 años con antecedentes de enfermedad vascular periférica, cirugía cardíaca previa, insuficiencia renal, Score de Parsonnet a 52 y un Euroscore de 13. A este caso le siguieron 40 pacientes con las mismas características de enfermedad asociada. Todos los pacientes candidatos a esta técnica fueron formalmente contraindicados a cirugía por dos equipos quirúrgicos y formaron parte del primer protocolo monocéntrico desarrollado en Francia.

La bioprótesis aórtica implantada es una válvula tri-
 valva de pericardio equino, suturado a un stent de
 23mm, con una durabilidad in vitro superior a seis
 años.



A: Vista lateral de la bioprótesis aórtica B: Vista superior de la bioprótesis aórtica

La bioprótesis es compatible con un introductor de 24Fr. y la vía de implantación fue transeptal (anterógrada) o retrógrada. El procedimiento se realiza con anestesia local y como pre-medicación se prescribe aspirina 160mg, clopidogrel 300mg y heparina 70U/Kg durante el implante.

De los 41 pacientes enrolados en el estudio, tres no fueron intentados (un paciente se negó al procedimiento, otro falleció antes de intentar la técnica y el tercero falleció durante una valvuloplastia aórtica previa).

El éxito del implante se observó en 31/38 casos.

	Pre -PHV	Post -PHV
Área valvular aórtica (cm ²)	0.58 ± 0.12*	1.70 ± 0.08*
Gradiente medio transvalvular (mmHg)	45 ± 12*	9 ± 3*
Insuficiencia aórtica	n=31	n=31
Grade 1	15	16
Grade 2	16	8
Grade 3	0	7
Grade 4	0	0

(*) p < 0.0001

PHV: Percutaneous Heart Valve

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Se constató en 7 pacientes una insuficiencia aórtica peri protética moderada residual. Los pacientes que no lograron implantarse fueron por migración, inestabilidad hemodinámica e imposibilidad de cruzar la válvula estenótica nativa.

Los pacientes evolucionaron con mejoría hemodinámica y clínica remarcable. Actualmente dos pacientes llevan dos años de seguimiento, un paciente alcanza un año y medio y ocho pacientes llevan más de seis meses de seguimiento, todos sin complicaciones. Los pacientes fallecidos durante el seguimiento lo hicieron de causa no cardíaca (cáncer, embolia pulmonar posquirugía de cadera, neumonía intrahospitalaria, etc.)

Perspectivas: La primera generación de bioprótesis aórtica ha demostrado tener una durabilidad sin deterioro a 2 años. La técnica retrógrada continúa mejo-

rándose con la colaboración del Dr. John Webb en Canadá, mediante la utilización de un catéter con "pusher" para facilitar el cruce de la válvula aórtica calcificada nativa por vía retrógrada. Se desarrolla otra bioprótesis aórtica de 26mm que permitiría una mejor aposición del stent a la válvula nativa y con ello disminuir la incidencia de insuficiencia aórtica peri protética residual.

Sin duda, esta área de la cardiología intervencionista mostrará grandes avances en los próximos años y gracias a estudios multicéntricos como REVIVE y REVIVAL en Europa y en Estados Unidos respectivamente, darán un gran paso en cuanto a indicaciones y contraindicaciones en el uso de esta técnica promisoría.

Técnica de implante (n=38)	Anterógrada	Retrógrada
Intentados	31	7
Éxitos en implante	26	4
Causa de falla en la técnica:	n=5	n=3
Migración	3	0
Inestabilidad Hemodinámica	2	0
Falla en cruzar la válvula nativa	0	3

Intervenciones Extracardíacas

Tromboembolismo pulmonar



//
Dr. Mario Fava Peirano
Radiología Intervencional
Pontificia Universidad
Católica de Chile

El tromboembolismo pulmonar (TEP) se define como la oclusión de las arterias pulmonares y es la tercera causa de mortalidad cardiovascular con 50.000 muertes por año en Estados Unidos.

Habitualmente nos referimos con el término de TEP cuando la causa de esta obstrucción corresponde a émbolos originados en trombos en las venas de las extremidades, si bien existen émbolos de otras fuentes. Esta patología corresponde a un espectro continuo y amplio de presentación, en cuyos extremos están los pequeños émbolos subsegmentarios y los grandes émbolos que obstruyen las arterias principales, lo que determina un aumento de la presión en la arteria pulmonar, pudiendo desencadenar la claudicación ventricular, el shock y finalmente la muerte.

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Podemos así definir tres grupos de pacientes: 1) TEP agudo sin compromiso hemodinámico, 2) TEP agudo con compromiso hemodinámico, 3) TEP de evolución crónica.

La presentación clínica es muy variable con manifestaciones inespecíficas (disnea, cianosis, dolor torácico, palpitaciones, etc.). Esto ha llevado a la creación de múltiples sistemas de puntajes clínicos para tratar de sistematizar el diagnóstico que, sin embargo, no arrojaron resultados muy alentadores.

Por supuesto que es en el extremo de la presentación clínica donde se encuentra el shock y es allí donde el tratamiento endovascular tiene sus mejores resultados. En la actualidad, el algoritmo de diagnóstico debe dividirse en dos rutas: por un lado, pacientes en que el compromiso hemodinámico no es clínicamente evidente y, por el otro, aquellos con significativo compromiso hemodinámico quienes se beneficiarán de una intervención precoz, debiendo evitar perder el tiempo con exámenes innecesarios.

TEP sin compromiso hemodinámico significativo:

En este grupo, el estudio imagenológico inicial es la Angiografía de Arterias Pulmonares por Tomografía Axial Computada (Angio-TAC) que, junto con las técnicas con multidetector existentes hoy en día, permiten una excelente visualización incluso hasta ramas subsegmentarias.

En la actualidad, la cintigrafía V/Q ya no tiene relevancia en el algoritmo diagnóstico de TEP, reservada sólo para los casos en que existan contraindicaciones formales para el uso de contraste yodado. Este subgrupo de pacientes es tratado con anticoagulación al menos por 6 meses, siendo el mayor riesgo el desarrollo de hipertensión pulmonar crónica que dependerá de la extensión de la embolia y del retraso en el inicio del tratamiento.

TEP agudo con compromiso hemodinámico: Este es el grupo de pacientes en que los tratamientos percutáneos tienen su mayor rendimiento. El paciente con inestabilidad hemodinámica y/o shock no dispone

del tiempo para efectuar múltiples exámenes y requiere no sólo diagnóstico sino también tratamiento inmediato que está dirigido a recuperar rápidamente la permeabilidad del lecho arterial pulmonar y disminuir la hipertensión pulmonar. Es en este punto del algoritmo de manejo del TEP en que aparece la angiografía pulmonar convencional como un elemento fundamental. Durante el examen se miden en forma directa presiones en arteria pulmonar, en cavidades cardíacas derechas y presión venosa central. Además de visualizar los defectos de opacificación característico del TEP, es posible realizar inmediatamente procedimientos terapéuticos percutáneos para recuperar la permeabilidad arterial y así cambiar el curso natural de la enfermedad. En medio de estos extremos del espectro de la enfermedad, existen pacientes en que la repercusión hemodinámica de émbolos centrales no es tan evidente clínicamente y donde es clave la ecocardiografía para evaluar la repercusión hemodinámica sobre el ventrículo derecho. Los pacientes con signos de sobrecarga ventricular derecha en el ecocardiograma tienen peor pronóstico con mayor probabilidad de shock cardiogénico en su evolución incluso si no presentan signos clínicos de falla ventricular derecha en el momento del diagnóstico. Este grupo de pacientes se beneficiaría también de tratamiento agresivo. Es importante además conocer que la sobrecarga ventricular derecha también puede inferirse desde las imágenes del Angio-TAC, por lo que actualmente están en discusión cuáles serían los signos que se correlacionarían mejor con los hallazgos ecocardiográficos para, de esta forma, tomar decisiones sólo con la tomografía. En este sentido, uno de los signos que ha sido evaluado, es la relación entre el tamaño del ventrículo derecho con el izquierdo (VD/VI), y si ésta es más de uno, es decir que el VD sea más grande que el VI, correspondería a un signo de mal pronóstico.

TEP de evolución crónica: Una excepción a lo anterior son los casos de evolución crónica, en que se hace el diagnóstico, por ejemplo, a través de un Angio-TAC pudiendo aparecer sobrecarga ventricu-

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

lar derecha en el ecocardiograma lo que traduce hipertensión pulmonar, pero a quienes sin embargo se trata únicamente con anticoagulación.

OPCIONES DE TRATAMIENTO PERCUTÁNEO EN TEP AGUDO CON COMPROMISO HEMODINÁMICO (“masivo”):

a) Trombolisis farmacológica: La opción incluye la administración de una droga trombolítica por vía sistémica o local a través de catéter percutáneo. La trombolisis sistémica no ha demostrado mejorar la supervivencia en TEP “masivo” o central. Los trabajos en embolia pulmonar han reportado el uso de estreptokinasa, urokinasa y t-PA, y concluyen que disminuyen el tamaño del émbolo en forma más efectiva que la heparina sola. La infusión in-situ permite mayor concentración en el trombo y menor en territorio sistémico, lo que hace posible disminuir las dosis requeridas y por tanto las complicaciones hemorrágicas, que más frecuentemente son en el sitio de punción, intracraneanas, gastrointestinales y genitourinarias.

b) Fragmentación mecánica y trombectomía percutánea: en la década de 1990 se perfecciona la tecnología y se diseñan nuevos catéteres, con lo que comienzan a describirse las primeras técnicas

de trombolisis farmacológica asociadas a fragmentación y/o trombectomía con catéteres, cuyo objetivo es obtener la disolución de los trombos proximales para aspirarlos o desplazarlos hacia ramas de menor calibre donde el área de sección del lecho vascular es mayor que en las ramas proximales, además de exponer mayor superficie del trombo al fármaco.

Un algoritmo publicado en la literatura internacional, derivado de nuestra experiencia en pacientes en shock, que corresponde al extremo máximo del compromiso hemodinámico, se encuentra graficado en la Figura 1.

En suma, podemos dividir los pacientes en tres grupos fundamentales: los pacientes con TEP agudo con compromiso hemodinámico, los pacientes con TEP agudo sin compromiso hemodinámico y aquellos con TEP de evolución crónica; los dos últimos son tratados con anticoagulación, reservando los fármacos y procedimientos más invasivos para pacientes con sobrecarga ventricular derecha, ya sea evidenciada clínicamente o por ecocardiografía. De esta forma, el manejo de estos pacientes debe contar con un equipo multidisciplinario que incluya cardiólogos y radiólogos intervencionistas.

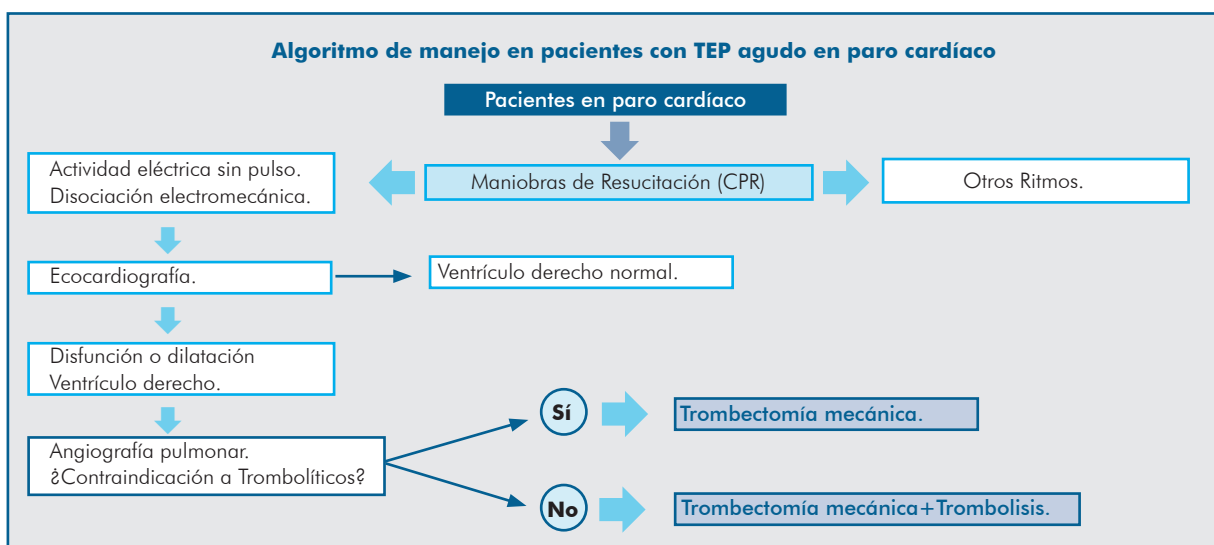


Figura 1.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 1

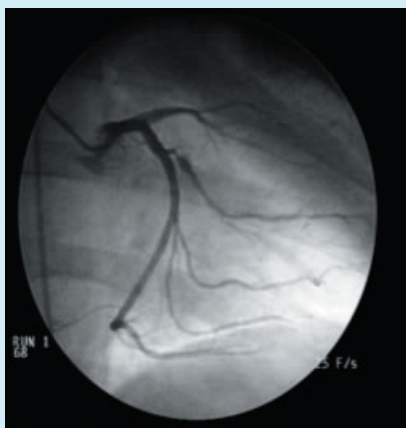
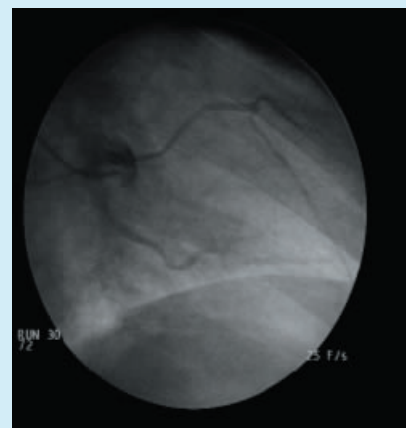
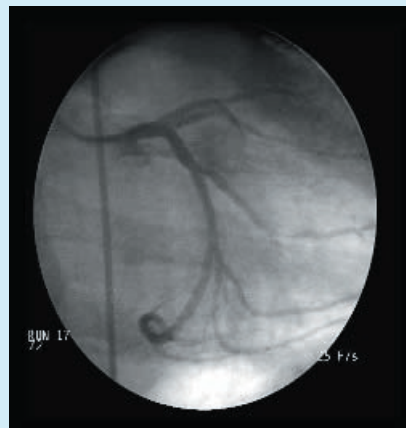
Angioplastia a arteria descendente anterior con origen anómalo desde el seno de valsalva derecho

//

**Dr. A. Salvatierra Ruiz, Dr. G. Marchetti,
Dr. A. Palacios, Dr. A. Pocoví**Sanatorio Mitre
Buenos Aires, Argentina

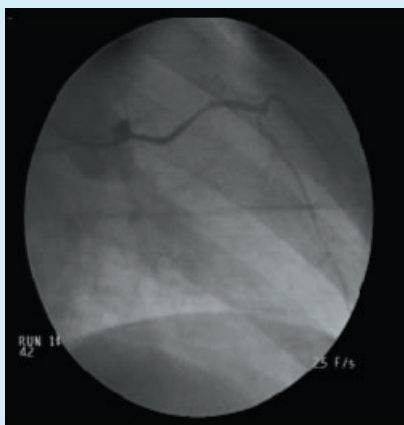
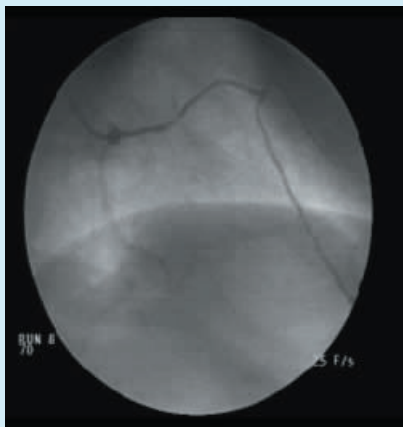
Paciente de 58 años, sexo masculino, hipertenso, tabaquista y dislipémico. Angina crónica estable, clase funcional II. En tratamiento con atenolol y aspirina. El estudio de perfusión miocárdica con Talio201 (SPECT) reposo-esfuerzo muestra isquemia en territorio anterior y lateral. En la coronariografía se demuestra nacimiento anómalo de arteria descendente anterior (DA), desde el seno coronario derecho, con lesión severa y segmentaria en su trayecto proximal. La arteria circunfleja presenta un nacimiento normal, con lesión severa en el origen de una rama lateroventricular. La arteria coronaria derecha no muestra alteraciones significativas.

Se realiza angioplastia con implante de stents liberadores de fármacos (CYPHER®): 2,5mm x 23mm a descendente anterior y 3,0mm x 18mm a rama lateroventricular de circunfleja, en forma exitosa y sin complicaciones.



PRESENTACIÓN DE CASOS

A los seis meses el paciente comienza con angina de esfuerzo progresiva por lo que se decide realizar nueva coronariografía observándose reestenosis focal intrastent en DA. Se decide implantar un nuevo stent (CORDIS®) 3,0mm x 8mm. Cuatro meses más tarde presenta similar cuadro clínico evidenciándose nueva reestenosis focal intrastent en DA. Se realiza angioplastia con implante de stent (CORDIS®) 2,75mm x 13mm. Desde entonces, permanece asintomático.



Las anomalías congénitas de las arterias coronarias tienen una incidencia del 0,3% al 1,3% y son más frecuentes en hombres. El origen de DA del seno coronario derecho tiene una incidencia angiográfica del 0,02% al 0,03%. La arteria descendente anterior puede originarse en el seno coronario derecho en forma independiente a la arteria coronaria derecha o, con menor frecuencia, nacer desde esta última. En general, transcurre por delante del infundíbulo del ventrículo derecho hasta llegar al surco interventricular anterior y continuar con el recorrido habitual. La arteria circunfleja nace en forma independiente desde el seno coronario izquierdo.

La expresión clínica de esta anomalía coronaria es muy variable; está descrita su asociación con infarto agudo de miocardio, arritmia ventricular, síncope de origen desconocido y muerte súbita, especialmente en pacientes jóvenes y con un trayecto interarterial de la coronaria izquierda anómala (entre aorta y arteria pulmonar).

Si bien algunos autores postulan que la angiografía coronaria es suficiente para la evaluación de la mayoría de estos pacientes, la tomografía computada multi-slice se ha transformado en el método de oro para determinar la trayectoria de las coronarias anómalas.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 2

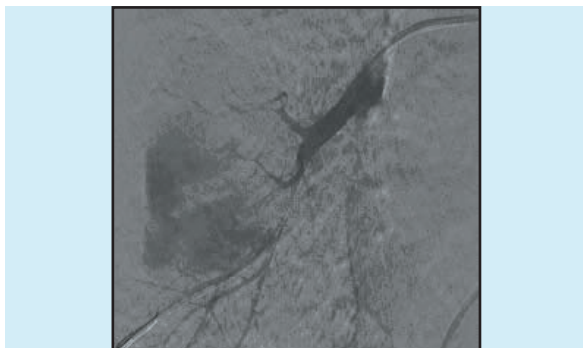
Complicación de cateterismo derecho y su resolución

//

**Dr. R. Román, Dr. R. Feldman, Dr. J. Gabay,
Dr. D. Berrocal, Dra. L. Grinfeld**

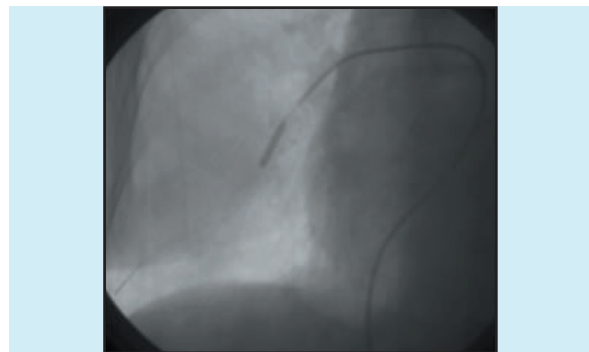
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Paciente de 82 años de edad, del sexo femenino, con antecedentes de hipertensión arterial sistólica, anemia crónica y osteoporosis. Derivada con diagnóstico de estenosis aórtica severa sintomática con angina de pecho y disnea en CF II para la realización de un cateterismo derecho e izquierdo previo a la cirugía de reemplazo valvular. De acuerdo a sistemática se procede a realizar cateterismo derecho; como complicación al momento de insuflar el balón del catéter Swan-Ganz la paciente comienza con hemoptisis masiva y descompensación hemodinámica. Requiere intubación orotraqueal de urgencia, aspirándose abundante material sanguinolento por vía aérea. Se realiza de emergencia una angiografía pulmonar que evidencia pérdida de contraste a nivel de la rama superior del lóbulo inferior derecho.



Se canaliza selectivamente la rama superior del lóbulo inferior derecho, se introduce una cuerda coronaria y se insufla un balón periférico ocluyéndola.

Posteriormente se realiza oclusión selectiva de la rama afectada con un balón coronario.



Se decide implantar tres coils para realizar hemostasia, con resultado exitoso en los controles angiográficos.



Evoluciona con asistencia respiratoria mecánica prolongada, requiere transfusiones (5 unidades de sangre), inotrópicos, sepsis por bacilos Gram (-). Después de permanecer en unidad coronaria 18 días pasa a sala general, donde permanece 36 hs, dándose el alta con cuidados ambulatorios.

Si usted tiene un caso interesante para compartir en este espacio, lo invitamos a enviarlo por correo electrónico a: mboero@solaci.org

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Artículo 1

Casos de hipersensibilidad asociados con stents coronarios de liberación de fármacos: Una revisión de casos del estudio RADAR

(Hypersensitivity Cases Associated with Drug-eluting Coronary Stents: A Review of Available Cases from the Research on Adverse Drug Events and Reports (RADAR) Project. Nebeker JR, Virmani R, Bennett ChJ, Hoffman JM, Samore MH, Alvarez J, Davidson ChJ, McKoy JM, Raisch W, Whisenant BK, Yamold PR, Belknap SM, West DP, Gage JE, Morse RE, Gligoric G, Davidson L and Feldman MD. JACC Nov 29, 2005).

Con los stents liberadores de fármacos (DES) se han publicado algunos casos aislados de reacciones de hipersensibilidad pero hasta el momento no había ningún dato sobre el porcentaje de pacientes que podrían manifestar estas reacciones. En este estudio RADAR (*Research on Adverse Drug/Device Events and Reports*), los autores analizan la incidencia de casos de hipersensibilidad asociados con el implante de DES. Los datos para este estudio se obtuvieron de la FDA (*Food and Drug Administration*), del MAUDE (*Manufacturer and User Device Experience Center*) de datos obtenidos de bases electrónicas y de la práctica clínica diaria.

Fueron evaluados 5783 casos identificados como

implante de DES. Se observó reacción alérgica de hipersensibilidad en 262 casos (4,53%), 17 casos fueron identificados como probable o ciertamente relacionados con el DES. De éstos, 9 tuvieron síntomas que duraron hasta cuatro semanas. En 4 autopsias de pacientes que fallecieron por trombosis del stent se observó inflamación, infiltrado eosinofílico, ausencia de reparación del endotelio y trombosis en la zona del stent.

Basados en estos resultados, los autores concluyen que los DES pueden causar una reacción alérgica sistémica e intrastent y que éste podría asociarse a largo plazo con trombosis del stent.

Artículo 2

Tratamiento con Sildenafil en el fenómeno de Raynaud resistente a la terapia vasodilatadora convencional.

(Sildenafil in the Treatment of Raynaud's Phenomenon Resistant to Vasodilatory Therapy. Roland Fries, MD; Kaveh Shariat, MD; Hubertus von Wilmowsky, MD; Michael Böhm, MD. *Circulation* 2005;112: 2980-2985).

El fenómeno de Raynaud ocurre como resultado de la vasoconstricción de arterias digitales, arteriolas precapilares y shunts arteriovenosos cutáneos lo que causa isquemia digital y lesiones tróficas en algunos pacientes, muchas veces resistentes a la terapia vasodilatadora convencional. Actualmente, si bien el número de enfermos tratados con Sildenafil es pequeño, estudios doble ciego con placebo vs. Sildenafil 50 mg cada 12 hs. por 4 semanas

demuestran que pacientes resistentes a los fármacos convencionales, mejoran el flujo capilar (aumentando la media de éste hasta en un 400%) y alivian los síntomas de los mismos. El uso de Sildenafil en estos pacientes favoreció además la cicatrización de úlceras digitales, llegando en algunos casos a la restitución ad-integrum del tejido. Estos resultados abren la esperanza, hacia un tratamiento más efectivo en el desafío terapéutico de esta patología.

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

Este es un espacio comercial. Los anuncios son responsabilidad de la empresa patrocinante.

TAXUS™ Liberté™

Paclitaxel-Eluting Coronary Stent System

Liberación con confianza

El primero en ser
la 2ª generación
de DES diseñado
específicamente
para ser un stent
con fármaco



www.bostonscientific.com

**Boston
Scientific**

Delivering what's next.™

FLEXMASTER F1

RAPIDEZ NA LIBERAÇÃO



Excepcional flexibilidade e conformabilidade do stent, como resultado de um novo desenho

Excelente capacidade de cruzamento em virtude de melhorias significativas no catéter balão

INTERROGANDO A LOS EXPERTOS

Entrevista al Dr. Alberto Sampaolesi

PCI en Infarto Agudo de Miocardio



//
Dr. Alberto Sampaolesi
 Aconcagua Sanatorio Privado
 Córdoba, Argentina.

1- ¿Con qué arteria comienza la angiografía: arteria culpable o arteria no culpable?

En la mayoría de los casos, comenzamos la angiografía con la arteria no culpable para evaluar lesiones asociadas y circulación colateral. En otros, cuando la situación hemodinámica lo requiere, cateterizamos selectivamente la arteria culpable con catéter guía.

2- ¿Realiza sistemáticamente ventriculografía izquierda?

No. En los pacientes con signos de insuficiencia cardíaca y/o inestabilidad eléctrica evaluamos la función ventricular por Gamma Cámara y/o Ecocardiografía.

3- ¿Qué catéter guía utiliza: curva y diámetro?

Actualmente utilizamos acceso radial con catéteres guías convencionales, XB o VODA, generalmente de curva pequeña 3.0 ó 3.5 en mujeres y 3.5 ó 4.0 en hombres en relación a la coronaria izquierda, en su mayoría ó Fr. Sólo en situaciones especiales preferimos catéteres con curvaturas específicas.

4- ¿Qué alambre guía .014" utiliza para iniciar el procedimiento?

Generalmente utilizamos Hi-Torque Floppy II™ en forma inicial y dejamos como segunda opción las guías hidrofílicas.

5- ¿Qué diámetro de balón, qué presión y tiempo de insuflación prefiere para predilatarse?

En general, utilizamos balones pequeños (2.0 - 2.5 mm) para la recanalización y posterior dilatación a atmósferas nominales (dependiendo del tamaño de la arteria), durante 60 – 90 segundos.

6- ¿Es adepto al stent directo? ¿Cuándo?

Sí, cuando posteriormente a la recanalización (con guía, sin o con balón sin insuflar) se pueda definir el largo de la obstrucción, calibre del lecho distal y no exista marcada tortuosidad y/o calcificación severa.

7- ¿Cuál es su indicación inicial ante el llamado desde la sala de emergencia para una ATC primaria? ¿Facilita siempre o nunca? ¿Cuándo? ¿Qué droga utiliza?

La indicación inicial es 15.000 UI de heparina. En general no facilitamos, excepto una demora considerable en la realización del procedimiento. De preferencia Abciximab, por razones de costos Tirofiban.

8- ¿Qué dosis de heparina utiliza durante el procedimiento?

Depende de la dosis realizada y el tiempo del bolo inicial. En forma no habitual y en situaciones no

INTERROGANDO A LOS EXPERTOS

claras realizamos control de TCA e instauramos la dosis necesaria. En la mayoría 10.000 UI como mínimo.

9- ¿Utiliza sistemáticamente los bloqueadores IIb/IIIa? Si no los usa en forma sistemática, ¿cuándo los indica?

No. Generalmente, los indicados en situaciones de rescate, fenómeno de no reflujo, o evidencia de trombosis significativa residual y/o distal.

10- Ante una obstrucción con un coágulo importante, ¿qué estrategia utiliza: trombolíticos, bloqueadores IIb-IIIa, tromboaspiración?

Ante esa situación utilizamos tromboaspiración y bloqueadores IIb-IIIa.

11- ¿Utiliza algún tipo de protección distal? ¿Cuál prefiere? Si no los utiliza sistemáticamente, ¿cuándo los usa?

No lo utilizamos sistemáticamente, sólo en trombos muy significativos, ectasias, puentes venosos. Preferimos la utilización de filtros.

12- ¿Cuál es su estrategia ante un IAM con shock cardiogénico? ¿Revascularización completa o del vaso responsable? ¿De qué depende?

Revascularización completa dependiendo de la complejidad de las obstrucciones, importancia funcional y situación hemodinámica pos revascularizable del vaso culpable.

13- ¿Qué sistema de soporte circulatorio usa en pacientes en Killip III o IV? ¿Los usa sistemática u ocasionalmente?

Utilizamos sólo balón de contrapulsación aórtica en situaciones hemodinámicamente inestables

pos-reperusión (hipotensión severa, TIMI < 3, enfermedad multiarterial no revascularizable, etc.)

14- ¿Anticoagula a los pacientes después de una PCI primaria? ¿Qué régimen utiliza?

No, excepto en arterias ectásicas, enfermedades difusas, puentes venosos, donde habitualmente anticoagulamos con heparina de bajo peso molecular y dicumarínicos. En el resto, sólo utilizamos esquema de doble antiagregación plaquetaria.

15- ¿Cómo trata el fenómeno de no reflujo?

Inicialmente lo tratamos con nitroglicerina o verapamilo intracoronarios, o sino nitroprusiato de sodio intracoronario, si la tensión arterial lo permite. Por lo general, agregamos inhibidores de las Glicoproteínas IIb-IIIa.

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

Puede escribirnos a: mboero@solaci.org