



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
Dr. Ricardo Lluberás

Secretaria
Mercedes Boero

Diseño Gráfico
Florencia Álvarez

CONTENIDO

EDITORIAL:

Dr. Ricardo A. Sarmiento **02** [VER ▶](#)

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS:

Intervenciones Cardíacas: Dr. Gilberto L. Nunes.

“Obstrucciones Totales Crónicas. Técnica de Recanalización” **03** [VER ▶](#)

Intervenciones Extracardíacas: Dr. Ernesto Torresani.

“Angioplastia en los Accesos Vasculares de Hemodiálisis” **05** [VER ▶](#)

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **07** [VER ▶](#)

PRESENTACIÓN DE CASOS: **08** [VER ▶](#)

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA: **10** [VER ▶](#)

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

EDITORIAL: Dr. Ricardo Aquiles Sarmiento



//
Dr. Ricardo Aquiles Sarmiento
Hospital Francés
Buenos Aires, Argentina

Este número representa nuestro cuarto número del Boletín Educativo de ProEducar-SOLACI. Pensamos que en forma paulatina y con un esfuerzo compartido hemos podido llegar a un amplio número de cardiólogos intervencionistas con este boletín cuyo propósito es transmitir experiencias, conocimientos y actualidades bibliográficas.

El término educación proviene de “*educare*” ex: fuera y ducere: llevar; que implica la educación como desarrollo. Como lo señala Pestalozzi o como lo considera W. Cunningham en su Filosofía de la Educación: ***“la educación es un proceso de crecimiento y desarrollo por el cual el individuo asimila un caudal de conocimientos, hace suyos un haz de ideales de vida y desarrolla la habilidad de usar esos conocimientos en la prosecución de estos ideales”***.

Con la edición electrónica de este boletín, hemos dado comienzo al plan educativo de **SOLACI**. Para poder seguir creciendo, les solicitamos se acerquen con comentarios y sugerencias. La participación de todos hará, seguramente, crecer este emprendimiento.

Dr. Ricardo Aquiles Sarmiento
Comité Editorial
ProEducar-SOLACI

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Intervenciones Cardíacas

Obstrucciones Totales Crónicas: Técnica de Recanalización



//
Dr. Gilberto Lahorgue Nunes
 Hospital São Francisco
 Porto Alegre - Brasil

Desde que Andreas Gruentzig introdujo las intervenciones coronarias percutáneas en 1977, su uso evidenció un notable incremento en todo el mundo. Actualmente, los procedimientos de revascularización coronaria percutánea son la modalidad más utilizada de tratamiento invasivo de la cardiopatía isquémica, superando al número de procedimientos quirúrgicos realizados anualmente. Con la introducción de los stents liberadores de medicamentos, es posible proyectar un aumento aún más significativo de las indicaciones de la revascularización percutánea.

Sin embargo, a pesar de todos estos avances, el tratamiento percutáneo de las oclusiones totales crónicas (OTC) todavía representa un desafío. Las oclusiones crónicas se definen como oclusiones totales (flujo TIMI 0) con más de 3 meses de duración y están presentes en aproximadamente 30% de los pacientes con enfermedad coronaria sometidos a estudios angiográficos. En el estudio BARI, la presencia de una o más oclusiones totales crónicas constituyó la principal causa de no aleatorización de los pacientes. La limitación más importante del abordaje percutáneo de este tipo de lesión es el bajo índice de éxito de la recanalización de estas oclusiones, especialmente ante la presencia de determinadas características clínicas y angiográficas.

Tabla 1 – Factores predictivos de la falta de éxito del tratamiento de las OTC

- Tiempo estimado de oclusión > 3 meses
- Extensión > 20 mm
- Colaterales en “cabeza de medusa”
- Rama lateral originándose de la oclusión
- Oclusión abrupta del vaso (sin afinamiento previo)
- Calcificación
- Diámetro del vaso < 3mm
- No hay visualización del lecho distal del vaso

Además, los índices de reestenosis durante el seguimiento tardío son superiores a los observados en el tratamiento de las lesiones subtotales, aún con el uso de los stents coronarios. Debido a estos factores, la presencia de una o más oclusiones totales crónicas aún se mantiene como una de las principales razones de indicación de la revascularización quirúrgica en la actualidad. Por otro lado, existe evidencia de que el tratamiento percutáneo exitoso de estas oclusiones se asocia con un mayor alivio sintomático, mejora de la función ventricular izquierda, mayor estabilidad eléctrica y mejora de la supervivencia a largo plazo. En la práctica clínica se desarrollaron y se evaluaron diferentes dispositivos concebidos específicamente para el tratamiento de las oclusiones totales crónicas.

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Dispositivo	Descripción	Situación
Guía Magnum	Guía metálica con punta roma	Disponible para uso
Angioplastia rotacional de baja velocidad (ROTACS)	Catéter rotatorio accionado a batería	Abandonado
Guías láser (argón, excimer laser)	Recanalización utilizando energía láser	Abandonado
Ultrasonido terapéutico	Energía vibratoria aplicada a través de una guía metálica	Abandonado
Guías vibradoras	Utiliza la oscilación de la guía metálica	Abandonado
Catéter de reentrada (Outback)	Promueve la disección sub-intimal controlada con posterior reentrada de la luz verdadera	En investigación
Catheter Pioneer	Promueve la disección sub-intimal controlada con posterior reentrada de la luz verdadera (guiada por el IVUS)	En investigación
Frontrunner	Promueve la micro-disección no traumática de la oclusión	En investigación
ILT safe-steer y safe-cross	Combina la reflectometría de coherencia óptica con la energía de radiofrecuencia	En investigación
FlowCardia Crosser	Utiliza energía vibratoria de alta frecuencia	En investigación

Sin embargo, hasta ahora no hay evidencia consistente de que sean superiores al uso de las guías metálicas mecánicas. En el mercado, existen varios tipos diferentes de guías metálicas desarrolladas especialmente para el tratamiento de las oclusiones crónicas. Generalmente, estas guías tienen una punta más dura, con mayor "pushability" (capacidad de empuje) y torsión y, en al-

gunos casos, tienen un estrechamiento gradual (cónico) de la punta (hasta 0,010 pulgadas) y/o una cubierta hidrofílica. En consecuencia, el abordaje inicial de estas lesiones debe consistir en el uso de una de estas guías especiales, dado que, si una guía "floppy" (flexible) convencional es capaz de cruzar la oclusión, casi se puede garantizar que la misma no es realmente crónica.

Aspectos técnicos importantes:

- Utilizar catéter guía con buen soporte;
- Realizar múltiples proyecciones angiográficas para caracterizar adecuadamente la anatomía de la oclusión;
- Usar una inyección simultánea de contraste en el vaso contralateral que suministre una colateral para la oclusión (especialmente útil en oclusiones largas);
- Administrar bajas dosis de heparina endovenosa hasta obtener la recanalización del lumen verdadero;
- Evitar el uso de antagonistas IIb/IIIa (debido al mayor riesgo de tamponamiento cardíaco);
- El empleo de catéteres balón "over-the-wire" o de catéteres de intercambio puede aumentar el apoyo de la guía metálica y facilitar el cruzamiento de la oclusión;
- No dilatar la oclusión con el balón hasta asegurarse de que la guía está dentro de la luz verdadera;
- Guías metálicas de elección:
 - punta más dura (intermedia o estándar)
 - punta afinada (cónica)
 - hidrofílicas o revestidas (estar pendiente del mayor riesgo de crear un falso canal)
- La guía metálica accesoria ("buddy-wire") es útil para rectificar tortuosidades y en caso de utilización de la técnica de reentrada (se mantiene la primera guía en el falso lumen y se utiliza otra guía para entrar en la luz verdadera).

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Después de la recanalización exitosa de la oclusión total crónica, el uso de los stents coronarios es obligatorio ya que estas prótesis cursan con índices menores de recurrencia de la obstrucción en relación a la angioplastia con balón (estudios TOSCA y SICCO). Además, la evidencia reciente (registros SITCO y RESEARCH) muestra que los stents farmacológicos también son superiores a los convencionales en el tratamiento de las oclusiones crónicas. Por ello, deben utilizarse siempre que se pueda.

En conclusión, a pesar de los grandes avances tecnológicos, el tratamiento percutáneo de las oclusio-

nes totales crónicas aún representa un gran desafío. Aunque los índices de éxito hayan aumentado con el correr de los años (de 40-50% hasta niveles cercanos a 70-80%), todavía son inferiores a los obtenidos en el tratamiento de las lesiones subtotaletas o de las oclusiones totales recientes. Nuevos dispositivos actualmente en fase de investigación clínica pueden ser útiles, aunque el empleo de guías dedicadas y la experiencia del operador sean los principales factores determinantes de la recanalización exitosa.

Intervenciones Extracardíacas Angioplastia en los Accesos Vasculares de Hemodiálisis



//
Dr. Ernesto Torresani
Sanatorio Modelo Quilmes
Buenos Aires - Argentina

Por año, alrededor de 100 personas por millón de habitantes requieren accesos vasculares para hemodiálisis.

La eficiencia de la diálisis se define como la remoción de los metabolitos nitrogenados en el menor tiempo posible, para lo cual es necesario un alto flujo sanguíneo. Por ese motivo, uno de los factores más importantes en el cuidado de estos pacientes es la creación y mantenimiento a largo plazo de estos accesos.

La fístula radio-cefálica de Brescia-Cimino suele

preferirse sobre otros (fístula braquio-cefálica, *grafts*, fístula braquio-basílica, etc.) debido a la mayor permeabilidad alejada y menor incidencia de problemas relacionados (estenosis, síndrome de robo, infecciones); sin embargo hay un elevado número de pacientes en los que por distintas causas son requeridas las otras opciones.

Después de poner en funcionamiento el acceso, deben adoptarse medidas de control periódico con el objeto de evidenciar alteraciones, pudiendo ser puestas de manifiesto mediante el examen físico (cambios en el soplo, frémito, pulso, presencia de edema, etc.), recirculación, medición de presiones venosa estática y/o dinámica, flujo intra-acceso, eco-Doppler color, dificultad en la compresión pos-diálisis, dificultad en la canulación, ineficiencia de la diálisis manifestada por caída en el kt/v , reducción del URR o signos clínicos de inadecuado control de la insuficiencia renal.

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Una vez sospechado el mal funcionamiento del acceso, estaría indicada la angiografía con el objeto de evidenciar el o los probables sitios de obstrucción y las condiciones anatómicas para una adecuada decisión terapéutica.

En la mayoría de los casos son realizados en miembros superiores debido a la mayor comodidad, permeabilidad, menor índice de infecciones y síndrome de robo en pacientes que suelen tener además arteriopatía obstructiva de miembros inferiores.

Con el objeto de sistematizar la angiografía, debiéramos considerar los siguientes segmentos:

a) arteria dadora, b) anastomosis, c) prótesis (en el caso en que se hubiera interpuesto), d) vena receptora y e) drenaje de la vena hasta su desembocadura en la vena cava superior.

A pesar de tratarse de pacientes con ateromatosis, las arterias dadoras raramente están comprometidas (5%) y, en general, se asocian a obstrucción en el sitio de la anastomosis (35%). Éstas se relacionan a problemas técnico-quirúrgicos y habitualmente son solucionables con angioplastia o re-anastomosis.

Alrededor del 50% de las obstrucciones se localiza en la vena receptora. El alto flujo y presión a la que es sometida la vena, genera una zona fibrótica donde impacta el *jet* que recibe desde la arteria, lo que condiciona obstrucciones a dicho nivel. Por otro lado, estas venas son punzadas 3 veces por semana con 2 agujas de 1,65mm, lo que puede ocasionar hematoma peri-vascular o intra-parietal y/o ruptura, generando a mediano plazo lesiones obstructivas.

Alrededor del 10% restante se localiza en el sistema venoso distal al acceso (vena cefálica en su drenaje en la subclavia, subclavia o tronco innominado), de forma aislada o asociada. Las mismas suelen estar relacionadas con punciones previas en pacientes que, por diversos motivos (cardiopatías, diabetes,

arteriopatías, etc.) o incluso la necesidad de catéteres de hemodiálisis, se les ha colocado previamente una vía central. Si bien se han reportado casos de estenosis de vena central sin punciones previas como los secundarios a compresiones costo-claviculares-escalénicas, creemos importante remarcar que debido a esta posibilidad, hoy aconsejamos como acceso de elección para catéter venoso central la vena yugular derecha. Las venas subclavias o la yugular izquierda (por probable fricción sobre el tronco innominado) debido al daño endotelial y consecuente estenosis por fibrosis deberían evitarse. Sin duda, la vena yugular derecha no escapa a la posibilidad de estenosis u oclusión pero dadas las características anatómicas y geométricas de su drenaje, su compromiso no involucraría un futuro acceso vascular para hemodiálisis.

En los casos de oclusiones en *grafts*, se puede administrar trombolíticos locales (Urokinasa 250.000 UI o su equivalente), esperar unos 20 minutos y luego aspirar con catéter para finalmente realizar angioplastia de la estenosis siempre presente a nivel de la vena receptora. También existen dispositivos de trombectomía percutánea que nos permiten fragmentar y/o aspirar el trombo.

La angioplastia con balón es la primera elección para las estenosis venosas reservándose la posibilidad de colocar stent sólo ante un resultado insuficiente, debido a que, hasta el momento, no se ha demostrado mayor permeabilidad alejada con el uso sistemático de stent en este territorio.

El éxito de la angioplastia se define como la obtención de una estenosis residual <30% con posibilidad de diálisis inmediata. Debemos tener en cuenta que estos accesos de hemodiálisis están localizados en pliegues de flexión y/o zonas compresibles, por lo que los stents debieran ser auto-expansibles que-

REVISIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

dando la posibilidad de colocar stents balón-expandibles en algunos casos de venas centrales.

Dado que las lesiones son secundarias a fibrosis, suelen ser resistentes a la dilatación aún a altas presiones (20 Atm). Recientemente se ha publicado una experiencia con el balón Conquest® (Bard, Inc) que permite insuflaciones de hasta 30 Atm con resultados alentadores. En algunos casos, hemos logrado sortear esta dificultad utilizando 2 ó 3 cuerdas 0,009" (Rotablator® - Boston Scientific, Inc.) fuera del balón con el afán de cortar la obstrucción y disminuir la distensibilidad para poder luego dilatarla adecuadamente.

Con el advenimiento del Cutting Balloon® (Boston Scientific, Inc.) de uso periférico (5,0 a 8,0 mm), hay experiencias en este territorio con resultados

inmediatos excelentes y una reestenosis a los 6 meses < 20%. Si bien las casuísticas publicadas son pequeñas y es necesario realizar nuevos estudios, se presenta como el método futuro de primera elección para el tratamiento de este tipo de obstrucciones. Probablemente a mediano plazo, la administración local de drogas anti-proliferativas mediante dispositivos ad hoc, pueda mejorar aún más la vida útil de los accesos.

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.™

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 1

Embolización de rama lumbar por leak tipo III en endoprótesis de aorta abdominal

//

Martínez Riera L, Trucco E, Cabrera Ferreyra MJ, Paoletti F, Londero H.Sanatorio Allende,
Córdoba, Argentina

Paciente de sexo masculino, 77 años, historia de hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica con infarto de miocardio previo y angioplastia coronaria.

Aneurisma de aorta abdominal infrarenal tratado con endoprótesis aorto bi-ilíaca, Zenith® (Cook) en octubre de 2005, sin complicaciones.

El control de rutina con TAC a los 30 días detecta contraste en la cavidad del aneurisma vía una rama lumbar (Figura 1).

Se realiza angiografía y se comprueba el llenado de

un lago peri protésico a través de una rama lumbar anastomosada a la arteria hipogástrica derecha vía rama glútea (leak tipo III), (Figura 2). Se intentó cateterizar selectivamente la arteria por vía humeral y femoral derecha con el objeto de embolizarla, sin éxito. Se adoptó una conducta expectante y se realizó un control al mes con una nueva TAC. La tomografía de control a los 30 días mostró crecimiento del aneurisma, por lo que se decide reintentar la embolización de la rama lumbar. Por punción humeral derecha, se colocó un set Arrow® 7Fr. A través del mismo, se avanzó un catéter diagnóstico multipropósito con el que se cateterizó selectivamente la arteria hipogástrica derecha. Se avanzó un sistema conformado por un microcatéter Rapid Transit® (Cordis-J&J) y un alambre guía coronario 0,014", cateterizando en forma supraselectiva el ramo lumbar (Figura 3). Se retiró la guía y se realizó inyección de Histoacryl® más Lipiodol® logrando la total obstrucción de la rama lumbar y la comunicación con la rama glútea (Figura 4). Se retiró el microcatéter y se realizaron nuevas inyecciones de material de contraste que mostraron la total oclusión de las arterias que llenaban la cavidad del aneurisma.



Figura 1

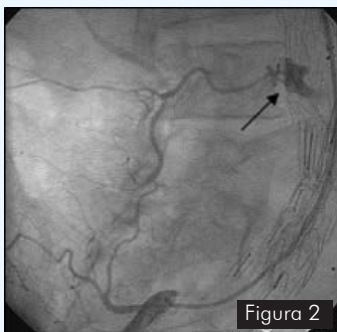


Figura 2



Figura 3

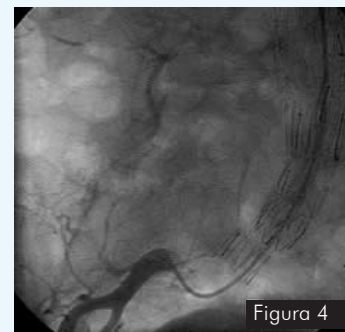


Figura 4

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 2

Cardiopatía Isquémica ¿Arteriografía renal de rutina?

//

Dr. Manuel Rivera Castaneda y**Dr. Jorge Zablah.**

INSACOR

El Salvador

El día 24 de diciembre de 2005, se efectuó una coronarioventriculografía a un paciente de sexo femenino, de 84 años de edad, por presentar episodio de angor pectoris al reposo, sin cambios electrocardiográficos y Eco Stress positivo en cara anterior.

La paciente era dislipémica e hipertensa severa manejada con más de 3 drogas antihipertensivas. Las pruebas de función renal estaban alteradas, con creatinina de 1,9.

En el año 2000, se le efectuó colocación de stent en arteria circunfleja; desde entonces, la paciente permanecía asintomática.

La angiografía coronaria mostró estenosis larga del 70 % a nivel de la interventricular anterior media.

La arteriografía renal mostró estenosis ostial del 80%.

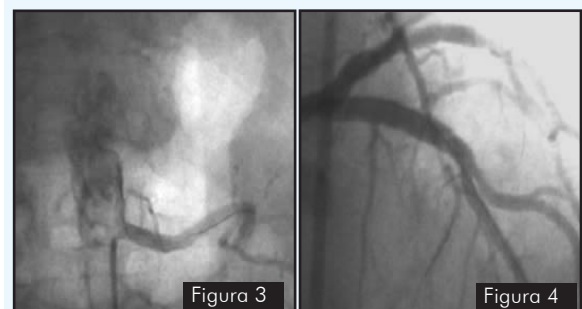


Figura 3

Figura 4

Problemas: ¿Revascularización percutánea sobre la Arteria Renal? ¿La revascularización percutánea de la Arteria Renal y de la Arteria Coronaria se efectuarán en una o dos sesiones? Si se revasculariza en una sesión, ¿cuál se dilata primero: la Arteria Renal o la Arteria Coronaria? Se dilató primero la Arteria Renal. Se colocó stent 5x15 mediante la técnica de no tocar el ostium. Posteriormente se colocó stent directo 3,5 x18 en la Arteria Coronaria.

El resultado de ambos procedimientos fue exitoso y la paciente fue dada de alta al día siguiente.

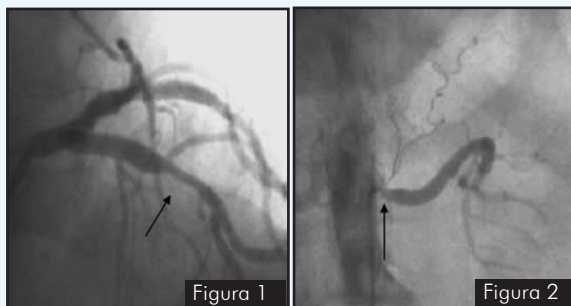


Figura 1

Figura 2

Nos interesa conocer su opinión sobre la táctica en esta intervención.

Por favor, enviarla a: mboero@solaci.org

ACTUALIDADES DE LA INDUSTRIA

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



GraftMaster

Stent coronário revestido com sistema de entrega
Sistema de Troca Rápida

**Tratamento de
perfurações em vasos
coronários ou Bypass
em veias safenas.**

www.abbottvascular.com



© 2006 Abbott Laboratories, Inc.
630-0451-1(01/06)

Abbott
Vascular

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Artículo 1

Angioplastia de rescate luego de trombolisis fallida en el infarto agudo de miocardio

Anthony H. Gershlick, M.B., B.S., Amanda Stephens-Lloyd, R.N., M.Sc., Sarah Hughes, R.N., B.A., Keith R. Abrams, Ph.D., Suzanne E. Stevens, M.Sc., Neal G. Uren, M.D., Adam de Belder, M.D., John Davis, M.B., B.S., Michael Pitt, M.B., B.S., Adrian Banning, M.D., Andreas Baumbach, M.D., Man Fai Shiu, M.D., Peter Schofield, M.D., Keith D. Dawkins, M.D., Robert A. Henderson, M.D., Keith G. Oldroyd, M.D., and Robert Wilcox, M.D., for the REACT Trial Investigators. *N Engl J Med* 2005; 353:2758-68.

Es conocido el mal pronóstico de los pacientes que tienen una trombolisis fallida en el curso de un infarto agudo de miocardio. Sin embargo, es discutido cuál es el mejor tratamiento en esta situación.

Se han realizado estudios de pequeña dimensión que han mostrado beneficio de la angioplastia de rescate. El estudio REACT comparó tres tipos de tratamiento luego de trombolisis fallida: angioplastia de rescate, repetición del trombolítico y tratamiento médico conservador.

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

El estudio se realizó en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST de menos de 6 horas de evolución al momento de la administración del primer trombolítico, en los que este tratamiento se consideró fallido. Se definió como trombolítico fallido la ausencia de un criterio electrocardiográfico predeterminado que consistió en la resolución del segmento ST mayor de 50% a los 90 minutos del trombolítico en la derivación con máxima elevación del segmento ST.

Los pacientes fueron randomizados a: 1) grupo de repetición del trombolítico (alteplase o reteplase más heparina endovenosa), 2) grupo de tratamiento médico (incluyendo heparina endovenosa) y 3) grupo de angioplastia de rescate precedida de angiografía. En este caso, la angioplastia se realizó cuando se constató una lesión en la arteria culpable mayor del 50% con flujo distal menor de TIMI 3.

Entre los criterios de inclusión se exigía que la angioplastia de rescate fuera realizada en las primeras 12 horas del inicio de los síntomas. Los pacientes con shock cardiogénico o con bloqueo de rama izquierda fueron excluidos del estudio.

El punto final principal fue una combinación de eventos mayores cardíacos y cerebrovasculares a seis meses: muerte, infarto recurrente, evento cerebral vascular e insuficiencia cardíaca severa. Los puntos finales secundarios fueron cada uno de los componentes por separado del punto final principal, sangrado y revascularización. El total de la población fue de 427 pacientes asignados a uno de los tres grupos.

Entre las características de la población debe destacarse que casi el 60% de los pacientes recibieron estreptoquinasa como primer trombolítico.

De los pacientes tratados con angioplastia de rescate, casi el 40% fue transferido desde hospitales sin sala de inter-

vencionismo, con un tiempo de traslado de 85 minutos, se administró abciximab a 43% y se colocó stent en 68%. A seis meses, la población libre de ocurrencia del punto final principal fue de 84,6% en el grupo de angioplastia de rescate, 70,1% en el grupo de manejo conservador y 68,7% en el grupo de repetición del trombolítico (p global = 0,004).

En relación a los puntos finales secundarios, no hubo diferencias significativas en la mortalidad global o cardíaca. La única diferencia significativa entre los grupos fue referida a la frecuencia de infarto agudo de miocardio recurrente, que fue menor en el grupo asignado a angioplastia de rescate ($p < 0,01$).

En el grupo de angioplastia de rescate no hubo diferencias significativas en la ocurrencia del punto final principal combinado entre los pacientes reclutados en hospitales con sala de intervencionismo y los transferidos desde hospitales que no la disponen.

En relación a la ocurrencia de sangrados no hubo diferencias significativas en la tasa de sangrados mayores y hubo mayor frecuencia de sangrados menores vinculados a la zona de abordaje en los pacientes tratados con angioplastia de rescate.

En relación a la necesidad de revascularización a 6 meses, hubo una tendencia a que fuera menos frecuente en los pacientes tratados con angioplastia de rescate ($p = 0,08$).

La conclusión más relevante de este estudio es que la angioplastia de rescate en caso de trombolisis fallida ofreció una reducción significativa de eventos adversos cardíacos y cerebrovasculares en relación al tratamiento médico conservador o la repetición del trombolítico.

Es de destacar que este beneficio del tratamiento intervencionista se constató en una población seleccionada donde fueron excluidos pacientes

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

de alto riesgo como son los portadores de shock cardiogénico o bloqueo de rama izquierda. Es sabido que en estos pacientes de alto riesgo el manejo intervencionista obtiene mayores beneficios que las conductas conservadoras.

La diferencia favorable a la angioplastia de rescate en relación a punto final principal combinado se debió fundamentalmente a la menor tasa de recurrencia de infarto agudo de miocardio. Por otra parte, esta diferencia favorable se verificó tanto en pacientes tratados en hospitales terciarios como en pacientes que debieron trasladarse para la intervención.

El exceso de sangrado menor en los pacientes tratados con angioplastia de rescate estuvo vinculada al sangrado en la zona de punción a lo que puede agregarse el efecto del uso de inhibidores IIb-IIIa en un porcentaje considerable de los pacientes.

El acceso radial en esta clase de pacientes debería considerarse para evitar este tipo de accidentes hemorrágicos.

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

Puede escribirnos a: mboero@solaci.org