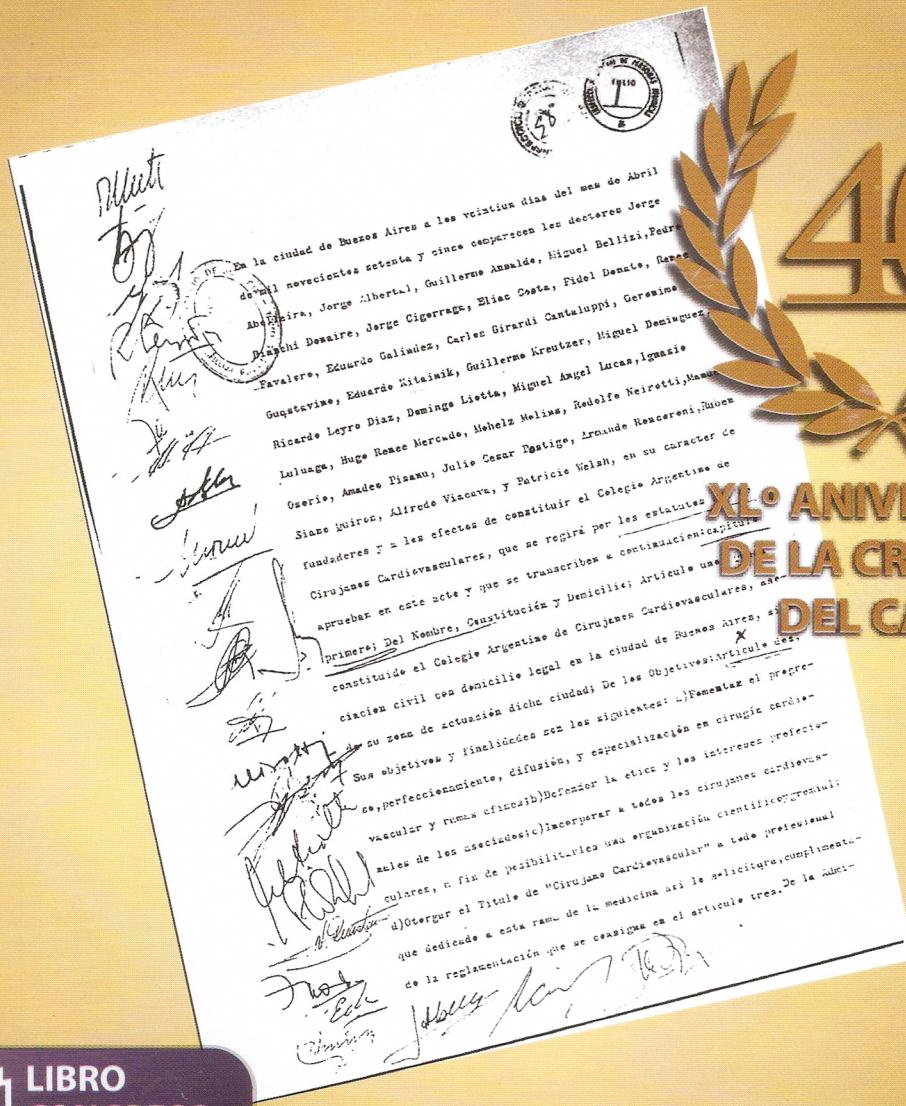




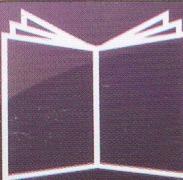
Revista Argentina de CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Órgano de Difusión del Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares
REVISTA EDITADA EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, REPÚBLICA ARGENTINA

Indezada en Latindex y LILACS. Listada en ICMJE.



**XLº ANIVERSARIO
DE LA CREACIÓN
DEL CACCV**

 LIBRO
CONGRESO
CACCV 2015
PÁG. 45

VOLUMEN XIII

Número 2

Mayo - Junio - Julio - Agosto

2015

Versión online:
www.caccv.org.ar/raccv



Revista Argentina de CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Órgano de Difusión del Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares

DOCUMENTO HISTÓRICO

► ACTA FUNDACIONAL DEL CACCV

ACTA FUNDACIONAL DEL CACCV

En la ciudad de Buenos Aires a los veintiún días del mes de Abril
de mil novecientos setenta y cinco comparecen los doctores Jorge
Alberto Alveira, Jorge Albertal, Guillermo Ansaldi, Miguel Bellizi, Pedro
Bianchi Domaire, Jorge Cigarraga, Eliac Costa, Fidel Denate, Renée
Favalero, Eduardo Galimdez, Carlos Girardi Cantaluppi, Geremíme
Guqstavine, Eduardo Kitaimik, Guillermo Kreutzer, Miguel Domínguez,
Ricardo Leyro Diaz, Deming Lietta, Miguel Angel Lucas, Ignacio
Luluanga, Hugo Renée Mercado, Mehelz Melius, Rodolfo Neiratti, Manuel
Oserio, Amadeo Pisano, Julie Cesar Pestiga, Armando Remoroni, Rubén
Sianeguiros, Alfredo Viscaya, y Patricia Welsh, en su carácter de
fundadores y a los efectos de constituir el Colegio Argentino de
Cirujanos Cardiovasculares, que se regirá por las estatutas que se
aprueban en este acto y que se transcriben a continuación: capitulo
primero; Del Nombre, Constitución y Domicilio; Articulo uno. Queda
constituido el Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares, asocia-
ciación civil con domicilio legal en la ciudad de Buenos Aires, siem-
pre dentro de su zona de actuación dicha ciudad; De los Objetivos; Articulo dos.
Sus objetivos y finalidades son los siguientes:
a)Fomentar el progreso
de la ciencia, perfeccionamiento, difusión, y especialización en cirugía cardiovase-
cular y ramas afines;
b)Defender la ética y los intereses profesionales
de los asociados;
c)Incorporar a todos los cirujanos cardiovascu-
lares, a fin de posibilitarles una organización científica y profesional;
d)Otorgar el Título de "Cirujano Cardiovascular" a todo profesional
que dedicado a esta rama de la medicina así lo solicite, cumpliendo
con las reglamentaciones que se consignan en el articulo tres. De la Admi-





Revista Argentina de CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Órgano de Difusión del Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares

FUNDADA EN 2003

ISSN 1667-5738

REVISTA CUATRIMESTRAL PROPIEDAD DEL COLEGIO ARGENTINO DE CIRUJANOS CARDIOVASCULARES
VOLUMEN XIII - NÚMERO 2 - MAYO - JUNIO - JULIO - AGOSTO 2015

COMITÉ EDITOR

Director de Honor

LUCAS, MIGUEL ÁNGEL

Miembro Emérito Cirugía Cardiovascular
de la Universidad del Salvador

Director

TRAININI, JORGE CARLOS

Director y Jefe de Servicio de Cardiocirugía y Transplante Cardíaco
del Hospital Presidente Perón de Avellaneda, Buenos Aires

Directores Ejecutivos

BRACCO, DANIEL

Médico Honorario del Servicio de Cirugía Cardiovascular
del Hospital Italiano de Buenos Aires

SAADIA, ADOLFO

Miembro Emérito CACCV

SFARCICH, DINO

Profesor Consulto Universidad de Buenos Aires

Secretario de Redacción

PAOLINI, JUAN ESTEBAN

Servicio de Cirugía Vascular Sanatorio Dr. Julio Méndez,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Comité de Redacción

ALLENDÉ, JOSÉ NORBERTO

Profesor Consulto y Maestro de Cirugía de la
Universidad Nacional de Córdoba

BATTELLINI, ROBERTO

Ex-Presidente del Colegio Argentino
de Cirujanos Cardiovasculares

CEREZO, MARCELO

Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad Nacional de La Plata

CICHERO, FERNANDO

Jefe de Cirugía Cardiovascular Hospital Fernández, CABA

DE PAZ, JORGE

Médico Staff Cirugía Cardíaca Hospital
Presidente Perón de Avellaneda, Buenos Aires

ETCHEVERRY, RICARDO

Académico Titular Academia Argentina de Cirugía

FRANK, LUIS

GENOVESE, JORGE

GOLDENSTEIN, CARLOS

Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular y Tórax
Hospital Dr. Luis Güemes, Haedo, Buenos Aires

LAMELZA, VÍCTOR

Jefe de Servicio de Cirugía Vascular Sanatorio Dr. Julio Méndez,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

LUCAS, FERNANDO

Jefe de Servicio Cirugía Vascular y Endovascular Sanatorio
Colegiales-Fundamed, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

MANCINI, BLAS

Jefe de Cirugía Cardíaca Torácica Hospital Alemán,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

MOLTENI, LUIS

NAVIA, JOSÉ

Vicepresidente Academia Nacional de Medicina

NOJEK, CARLOS

Jefe de Cirugía Cardiovascular Sanatorio de los Arcos,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

PARODI, JUAN

Profesor Honorario de la Universidad de Buenos Aires

PASTONI, DIEGO

Hospital Naval Pedro Mallo

PATARO, EDUARDO

Sanatorio Profesor Itoiz, Buenos Aires

PEIRANO, MIGUEL

Jefe de Cirugía Vascular Hospital Municipal
Ramos Mejía, Buenos Aires

PRESA, CARLOS

Senior Staff del Servicio de Cardiocirugía del
Hospital de Niños de La Plata

RIVAS, ROBERTO

URIBE ECHEVARRIA, ADOLFO

Académico de la Academia de Medicina de Córdoba

WEINSCHELBAUM, ERNESTO

Jefe de Cirugía Cardiovascular Sanatorio de los Arcos,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

ALBANESE ALFONSO (CONSULTOR ANATOMÍA)

Prof. Universidad del Salvador Cátedra Anatomía

ALBANESE EDUARDO (CONSULTOR ANATOMÍA)

Prof. Universidad del Salvador Cátedra Anatomía

Comité de Redacción Extranjero

BAHAMONDES, JUAN CARLOS (CHILE)

BAZÁN, MANUEL (CUBA)

BERNAL, JOSÉ MANUEL (ESPAÑA)

BRAILE, DOMINGO (BRASIL)

Decano de Posgrado de la Facultad Estatal de Medicina del Río Preto (FAMERP)

BROFMAN, PAULO (BRASIL)

CHACHQUES, JUAN CARLOS (FRANCIA)

Director Sección Técnicas Quirúrgicas del Instituto de Investigaciones del Hospital Georges Pompidou

CONNOLLY, JOHN E. (EEUU)

DANIL DE NAMOR, ÁNGELA (REINO UNIDO)

Vicerrectora School of Physical Sciences, Universidad de Surrey

DERIÚ, GIOVANNI (ITALIA)

Jefe de Servicio de Cirugía Vascular del Hospedale Maggiore di Padova

GALLO, SANTIAGO (PARAGUAY)

HERREROS, JESÚS (ESPAÑA)

Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular Hospital Marqués de Valdecilla

JUFFE STEIN, ALBERTO (ESPAÑA)

MESTRES, CARLOS (ESPAÑA)

NOVITSKY, DIMITRI (EEUU)

OVIEDO ORTA, ERNESTO (REINO UNIDO)

Investigador de Cardiovascular Biology Research, University of Surrey

PÉREZ LÓPEZ, HORACIO (CUBA)

PICARELLI, DANTE (URUGUAY)

PRIMO, PACHECO N. (PERÚ)

RÁBAGO, GREGORIO (EEUU)

SICARD, GREGORIO (EEUU)

SIORDIA, RODOLFO (MÉXICO)

VERA, ANDRÉS (CHILE)

ZALAQUET SEPÚLVEDA, R. (CHILE)

ZAPOLANSKY, ALEJANDRO (EEUU)

*Jefe de Servicio de Cirugía Cardíaca The Valley Hospital, Columbia University Heart Center***Coordinador de Edición:** D. G. GASTÓN LABONIA**Traducciones al Portugués:** LIC. ELEONORA GUIMARAES OSTA**Traducciones al Inglés:** PROF. MARÍA DEL CARMEN MANZANO**Corrección de Estilo:** LIC. JOSEFINA MIGUEL**Editor:**COLEGIO ARGENTINO DE CIRUJANOS CARDIOVASCULARES
Catamarca 536, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel. (0054 11) 4931-5066 - Tel./Fax: (0054 11) 4931-2560
www.caccv.org.ar / raccv@caccv.org.ar**COMISIÓN DIRECTIVA CACCV****Presidente:** DR. EMILIO TURCO**Vicepresidente:** DR. FERNANDO CICHERO**Secretario General:** DR. JUAN ANTONIO NICRO**Tesorero:** DR. CARLOS COHEN**Secretaría de Actas:** DR. MARCELO DÁNDOLLO**Secretario Gremial:** DR. JUAN ESTEBAN PAOLINI**Vocales Titulares:** DR. JAVIER F. AYARRAGARAY

DR. ROBERTO REGINATO

DR. HERNÁN DEL PERCIO

DR. ALFREDO UEZ

Revista Argentina de Cirugía Cardiovascular ; ISSN 1667-5738

VOLUMEN XIII - NÚMERO 2 - MAYO - JUNIO - JULIO - AGOSTO 2015

La Revista Argentina de Cirugía Cardiovascular es el órgano de difusión del Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares; la misma comienza a ser editada en el año 2003 con el fin de brindar información actualizada a través de investigaciones realizadas por especialistas de todo el mundo; presentación de técnicas quirúrgicas; artículos históricos sobre personajes y hechos bisagra en la historia de nuestro país y el resto del mundo sobre nuestra especialidad y otros temas relacionados con la especialidad de Cirugía Cardiovascular, Cirugía Endovascular, Cirugía Cardíaca, Asistencia Circulatoria, Flebología, Linfología hasta llegar a las nuevas tendencias, incorporando la innovación tecnológica como el tratamiento con Células Madre y otros. La misma es una revista esencialmente quirúrgica de edición cuatrimestral.

Propiedad Intelectual en trámite. Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial sin la autorización previa y por escrito del editor.

El contenido de los artículos es responsabilidad directa de sus autores y no necesariamente refleja la opinión del Consejo Editorial. En la elección del material publicado se provee información correcta y actualizada pero la continua evolución de la Medicina hace que el médico, en última instancia, sea quien evalúe si ella es válida y adecuada para un paciente. Tampoco se asume ningún tipo de responsabilidad científica o jurídica de los productos o servicios publicitados como tampoco se responderá a quejas realizadas por los responsables de los mismos.

Versión online (ISSN 1669-7723) e información complementaria: www.caccv.org.ar/raccv - E-mail: raccv@caccv.org.ar

Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares, Catamarca 536, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tel. (0054 11) 4931-5066 - Tel./Fax: (0054 11) 4931-2560

► SUMARIO

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
ÓRGANO DE DIFUSIÓN DEL COLEGIO ARGENTINO DE CIRUJANOS CARDIOVASCULARES



EDITORIAL

- 7 FONDO NACIONAL DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (FONACICA)

DR. JORGE C. TRAININI

EDITORIAL

- 10 PALABRAS DEL PRESIDENTE DEL CACCV POR LOS 40 AÑOS

DE LA FUNDACIÓN DEL COLEGIO

DR. EMILIO TURCO

ARTÍCULO DOCUMENTAL

- 14 MEMORIA INSTITUCIONAL:

COLEGIO ARGENTINO DE CIRUJANOS CARDIOVASCULARES 1975-2015.

DR. DANIEL A. BRACCO

ARTÍCULO DOCUMENTAL

- 42 NACIMIENTO DE LA REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR - RACCV

DR. MIGUEL A. LUCAS

CONGRESO

- 45 LIBRO CONGRESO CACCV 2015

XXIVº CONGRESO NACIONAL E INTERNACIONAL DEL

COLEGIO ARGENTINO DE CIRUJANOS CARDIOVASCULARES

- 102 SÍNTESIS DEL REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

► SUMÁRIO



REVISTA ARGENTINA DE CIRURGÍA CARDIOVASCULAR
ÓRGÃO DE DIFUSIÓN DO COLÉGIO ARGENTINO DE CIRURGIÕES CARDIOVASCULARES

EDITORIA

- 7 FUNDÓ NACIONAL DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR (FONACICA)
DR. JORGE C. TRAININI

EDITORIA

- 10 PALAVRAS DO PRESIDENTE DO CACCV POR OS 40 ANOS
DA FUNDAÇÃO DO COLÉGIO
DR. EMILIO TURCO

ARTIGO DOCUMENTAL

- 14 MEMORIA INSTITUCIONAL:
COLEGIO ARGENTINO DE CIRUJANOS CARDIOVASCULARES 1975-2015.
DR. DANIEL A. BRACCO

ARTIGO DOCUMENTAL

- 42 NASCIMENTO DA REVISTA ARGENTINA DE CIRURGIA CARDIOVASCULAR – RACCV
DR. MIGUEL A. LUCAS

CONGRESSO

- 45 LIVRO CONGRESSO CACCV 2015
XXIVº CONGRESSO NACIONAL E INTERNACIONAL DO
COLÉGIO ARGENTINO DE CIRURGIÕES CARDIOVASCULARES

- 102 SÍNTESIS DEL REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

► SUMMARY

ARGENTINE JOURNAL OF CARDIOVASCULAR SURGERY
SCIENTIFIC JOURNAL OF THE ARGENTINE COLLEGE OF CARDIOVASCULAR SURGEONS



EDITORIAL

7 NATIONAL FUND OF CARDIOVASCULAR SURGERY (FONACICA)

DR. JORGE C. TRAININI

EDITORIAL

10 SPEECH BY THE PRESIDENT OF CACCV ON ACCOUNT OF THE 40TH ANNIVERSARY OF THE COLLEGE FOUNDATION

DR. EMILIO TURCO

DOCUMENTAL ARTICLE

14 INSTITUCIONAL MEMORY: ARGENTINE COLLEGE OF CARDIOVASCULAR SURGEONS

DR. DANIEL A. BRACCO

DOCUMENTAL ARTICLE

42 BIRTH OF THE ARGENTINE MAGAZINE OF CARDIOVASCULAR SURGERY - RACCV

DR. MIGUEL A. LUCAS

CONGRESS

45 CONGRESS BOOK CACCV 2015

24TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONGRESS OF THE
ARGENTINE COLLEGE OF CARDIOVASCULAR SURGEONS

102 SUMMARY OF RULES TO PUBLICATIONS

EDITORIAL

► FONDO NACIONAL DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (FONACICA)

AUTOR:
DR. JORGE CARLOS TRAININI*

Correspondencia: jctrainini@hotmail.com

"Somos conscientes que la mejor manera de disminuir la morbilidad de las afecciones cardiovasculares se logra con la prevención y educación a nivel social. Sin embargo este punto de vista no invalida la necesidad real del tratamiento asistencial."

FONACICA. Proyecto de Ley Reg. 63425

En la República Argentina la salud es un tema no resuelto, pero paradójicamente no es necesario contar con más dinero, sino con más salud, la cual debe distribuirse también más equitativamente. Los índices tomados de la OMS, del Ministerio de Salud y de la Dirección de Estadística de la Nación nos configuran un perfil de buena cantidad de recursos económicos pero de un mal logro. Argentina ocupa el lugar número 34 entre los países que destinan más dinero para este menester. Sin embargo por performance se halla en el puesto 75. Esta diferencia entre aporte y eficiencia tiene como causas: distribución desigual de los recursos, falta de administración clara, ausencia de un plan nacional de salud. En las condiciones actuales, la salud deja de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. Es nece-

sario comprender que el mercado no sabe de justicia, sabe de precios, configurando esta falta adecuada de política en Salud un negocio para pocos. Los recursos han sido intermediados con el solo fin de propender a un desvío de los fondos, los cuales llegan en cuantagotas a los usuarios y a los prestadores. Por lo tanto a pesar de disponerse de una cantidad de recursos para la prestación, hay subutilización de los mismos en salud, lo cual acarrea discapacidad, sufrimiento, injusticia, desigualdad y muerte.

Argentina destina un porcentaje importante del PBI a gastos en salud, el cual es uno de los índices más altos del mundo, pero si no se implementa una distribución equitativa de los recursos dentro de un plan nacional de salud la situación caótica que ostenta nuestro país no va a cambiar. Por ejemplo, Chile, que destina 350 dólares anuales per cápita, tiene la mitad de la mortalidad infantil. Cuba, con sólo 106 dólares por habitante, posee una mortalidad infantil del 7/1000, algo más baja actualmente que la de Estados Unidos que invierte 3000 dólares por habitante. Estas cifras de la Argentina se repiten matemáticamente con cada indicador (mortalidad materna, esperanza de vida, etc), implicando la necesidad de cambios fundamentales que democratizan a la salud.

*Director de la Revista Argentina de Cirugía Cardiovascular

En algunas zonas geográficas esta situación se ha agravado en relación a los índices de desempleo, trabajo "en negro", obras sociales insolventes, falta de cumplimiento de las mismas. Así, en el conurbano bonaerense con 10 millones de habitantes, la cantidad de población que acude a los hospitales públicos ha aumentado ostensiblemente en los últimos años. Actualmente un 44% de los habitantes de dicha zona se atienden en hospitales públicos.

"En nuestra sociedad el resolver problemas parciales, como atañe a la problemática cardiovascular, no va en desmedro de contribuir a un desarrollo definitivo del sistema social médico."

FONACICA. Proyecto de Ley Reg. 63425

En alta complejidad la situación es también grave, por los costos, por la tecnología y por la capacitación profesional necesarias. Hay más desigualdad, menor prestación y menor claridad en la administración. El diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares no escapa a esto. Hay grave subprestación y una gran franja de excluidos. Si consideramos por ejemplo que una tasa lógica de prestación en cirugía cardíaca sería de 800 por millón, vemos que las cifras actuales indican menos de 300. Países del primer mundo como Alemania, Estados Unidos, Francia, Suiza ostentan una tasa por encima de mil por millón, mientras que Uruguay con un fondo de recursos solidario alcanza 822. Por otra parte debemos aclarar que las enfermedades cardiovasculares representan la primer causa de mortalidad en nuestro país con un 34,5%. Así, sobre una tasa de mortalidad general del 7.7/mil/año, al corazón y las arterias le corresponden una tasa de 2.7/mil/año. De estos datos estadísticos se deduce que del total de muertes, un segmento se debe inferir, corresponden a las prestaciones cardiovasculares faltantes. La gran cantidad de excluidos para esta prestación de alta complejidad, no es un problema derivado de la falta de recursos sino proveniente de ausen-

cia de principio solidario, desorganización administrativa y pérdida poco claras de los recursos por ineptitud y corrupción.

El Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares ha entendido esta problemática y ha trabajado en un proyecto llamado FONACICA. Este fondo permitirá acceder a toda la población a estas prácticas sin menoscabo económico para los grandes contribuyentes: Estado, Obras Sociales, Prepagas, Seguros, INSSJP.

Las virtudes de este proyecto pasan por:

1) principio de universalidad. Legisla para todos los habitantes sin exclusiones, con posibilidad de acceso a la prestación para los profesionales, equipos médicos e instituciones que ostenten el nivel lógico de capacitación humana y técnica.

2) Permite la libre elección por parte del paciente, acto de enorme valor humano y jurídico, actualmente perdido en la práctica médica.

3) Presenta distribución equitativa de los recursos en beneficio de toda la población.

4) La claridad administrativa, sustentada por el número de prácticas, aleja el fantasma de la corrupción e inequidad.

Los macrónumeros indican que esto es absolutamente posible al solo costo de 1.5 dólares/habitante/mes, los cuales serían aportados por los grandes recaudadores actuales, desligándose de esta manera de la necesidad de administrar estas prácticas. Dentro de los recursos per cápita anuales, esta cifra de 1.5 dólares por mes (18 anuales) implica menos del 2%, para atender a la primer causa de la mortalidad. Su implementación permitirá el acceso a toda la población, evitando la subprestación, la rémora en los pagos de las prestaciones y otorgando a la canalización de los fondos su verdadero sentido.

La confección de este proyecto no invalida desconocer la necesidad de que sobre él se debe aposentar el resto de las prácticas médicas como también propender a la prevención de las enfermedades. El avanzar rápidamente como proyecto dentro de una democracia es una consideración estratégica que se debe corregir. Es necesario ampliarlo buscando que se agreguen todas las prestaciones médicas con el fin de caminar hacia un plan nacional de salud. Para ello es fundamental la cohesión de los profesionales y hacer participar a la población con el fin de que comprendan de la necesidad imperiosa de democratizar el acceso a la salud. En esta Argentina de hoy nada es poco aunque las soluciones que se necesitan se hallen lejos de las circunstancias con las

cuales nos congratulamos. En este aspecto el Colegio tiene la posibilidad de mostrar como fuente de inspiración y desarrollo cultural y ético al FONACICA. Su defensa es desafío y deber para cada colegiado. La caída de los modelos perversos que debían sucumbir indefectiblemente deben dejar paso a los pensamientos comunitarios que no dudo están alojados en cada uno de nosotros, más allá de la máscara con la que actuamos en los últimos años.

Nota: El proyecto desde setiembre del 2000 se halla en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados de la Nación. A pesar de los denodados esfuerzos de los profesionales y de la comunidad no fue tratado. Aún a la espera de una oportunidad.

EDITORIAL

► **PALABRAS DEL PRESIDENTE DEL CACCV POR LOS 40 AÑOS DE LA FUNDACIÓN DEL COLEGIO**

AUTOR:

DR. EMILIO TURCO*

Correspondencia: emilioturco@yahoo.com.ar

La conmemoración del cuarenta aniversario de la creación del Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares es un momento propicio para recordar algunos momentos significativos en el desarrollo de la especialidad y los destacados aportes hechos por colegas argentinos, en muchos casos, miembros de nuestro Colegio.

El alumbramiento de una Institución en el seno de la sociedad responde a la conveniencia de poder hacer un aporte grupal y consensuado para el estudio, abordaje y resolución de una determinada problemática por un grupo con conocimiento específico sobre dicha materia.

La contribución potencial de nuestro Colegio fue delineada con exactitud en el momento de su fundación. Debería ocuparse de la formación de los jóvenes médicos que se incorporen a la práctica de esta Especialidad, procurar su actualización, la formación continua y hacer disponibles similares oportunidades de aprendizaje para todo aquel que lo requiera. Como así también, salvaguardar las relaciones desde el punto de vista ético con los pacientes y los colegas en procura de un trabajo armonioso y centrado en el compromiso de obtener un resultado óptimo; la observancia de la defensa gremial en cuanto a condiciones de trabajo, la apropiada retribución económica de nuestras prácticas, la previsibilidad en la percepción

de las mismas en tiempo y forma, la adecuada vinculación del profesional con el lugar donde desarrolla sus prestaciones. Además de contribuir con las autoridades distritales correspondientes para la mejor asignación de los recursos con el fin de propender a la universalización del acceso a las prestaciones en Cirugía Cardiovascular.

Quiero expresar mi agradecimiento a todos los miembros del Colegio de Cirujanos Cardiovasculares, quienes desde distintos lugares, contribuyen a que nuestra Institución pueda mirar con orgullo su pasado y con esperanza su futuro.

Es para esta Comisión Directiva, a la vez que un honor, una gran responsabilidad continuar la empresa acometida por los miembros fundadores y de quiénes la continuaron a lo largo de estos 40 años.

De quienes nos precedieron aprendimos el respeto y el amor por esta Institución Científica.

Valoramos como discípulos a quienes nos traspitieron su pasión por el quehacer científicamente avalado. Nos enseñaron los valores necesarios para convertirse en cirujano cardiovascular ideal, buscar la perfección técnica, poseer un acabado conocimiento anatómico, mantener un conocimiento cabal de la evolución natural de la enfermedad y el comportamiento de la misma después de las diversas intervenciones tera-

*Presidente saliente del Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares

péticas del especialista y nunca abandonar al paciente sin haber hecho lo necesario para brindar la mejor solución posible.

La capacidad de trabajo, la sagacidad científica y quirúrgica, acompañados de rigurosa metodología en la investigación potenciaran el beneficio de nuestros pacientes.

Valoramos especialmente de las figuras paradigmáticas del Colegio, además de los muchos conocimientos que nos han trasmido, el sentido verdadero y profundo de su lealtad y amistad, aún sin tener los merecimientos para tal distinción.

Si recordamos, en grandes pinceladas, el desenvolvimiento de la especialidad podremos justificar aún más el rol determinante que han tenido muchos colegas de esta parte del fin del mundo en el permanente avance de la terapéutica específica para este grupo de enfermedades.

El abordaje de los trastornos vasculares hasta el siglo XVIII se refería principalmente al control de las hemorragias vasculares y los aneurismas.

Los intentos iniciales consistían en compresiones, ligaduras y cauterizaciones. Se atribuye la ligadura para el control de hemorragias a Ambroise Paré en el Siglo I. Y a Antyllus la ligadura proximal y distal de arterias para el tratamiento de los aneurismas, la apertura del saco y evacuación de su contenido.

En 1768 William Heberden describe el cuadro de angor pectoris.

En 1878 Adam Hammer relacionó el angor con la obstrucción coronaria, previo a la muerte del paciente y corroborado en la necropsia.

En 1910, Alexis Carrel realizó un *bypass* coronario experimental entre aorta descendente y coronaria. Asimismo trabajó en el desarrollo de una bomba de circulación extracorpórea.

Este desarrollo quedó en espera mientras Ionesco en 1916 en Bucarest realizaba simpaticectomía cérvico-torácica en pacientes con angina de pecho con el propósito de suprimir el dolor.

El comienzo de la Cirugía Vascular debe referirse a reportes aislados de reconstruc-

ción vascular directa como la reparación exitosa de una humeral en 1759 por Hallowell en Inglaterra.

Sin embargo, lo usual para la época, era proceder a realizar amputaciones y a lo sumo la ligadura arterial (por temor a las hemorragias fatales que usualmente comprometían los intentos de reconstrucción vascular).

Se procuraba realizar las amputaciones en el tiempo más corto posible. Debe mencionarse en tal sentido al cirujano escocés Robert Liston, quien en la primera mitad del siglo XIX, realizó en tres minutos la amputación de un miembro con gangrena, dos dedos del ayudante y cortó el traje a un observador. El aprensivo espectador pensó que el cirujano en su ímpetu curativo lo había herido y colapsó en el acto, el paciente y el ayudante fallecieron producto de infección incontrolable. Ostenta el record de mortalidad: 300% en una sola intervención.

Ya a comienzos del siglo XX, el español José Goyanes Capdevila comunicó en 1905 la ligadura de un aneurisma poplíteo de origen sifilítico y restableció la continuidad vascular con la vena adyacente. Llamó a dicho procedimiento arterioplastia venosa. Si bien esta intervención fue publicada no se popularizó.

Se atribuye la paternidad de la cirugía vascular moderna a Alexis Carrel y René Leriche. Aquél fue premio Nobel de Medicina en 1912 por su labor experimental en la sutura vascular y el trasplante de vasos y órganos, describió su técnica de triangulación para las anastomosis vasculares. También diseñó los hospitales de campaña en la primera línea del frente y desarrolló una bomba de circulación extracorpórea. Por su parte, René Leriche dio una explicación fisiopatológica de los fenómenos que se producían al interrumpirse la circulación. Desarrolló su teoría de arteritis obliterante crónica con un correlato de espasmo vascular distal desencadenado por mediadores neurales. Propuso la resección del segmento vascular comprometido (arteriectomía) y la supresión de la inervación simpática (simpatectomía) que fue realizada por primera vez por Julio

Diez en 1925 y denominada por el mismo Leriche como operación de Diez. La suya es la primera escuela de Cirugía Vascular.

Antes de 1939 las únicas operaciones cardíacas realizadas con regularidad consistían en intervenciones sobre el pericardio y sutura de heridas cardíacas. En aquel año Gross en Boston ligó el conducto arterioso permeable con éxito y dio comienzo a la era moderna de la cirugía cardíaca y los grandes vasos.

En ese período, entre 1939 y 1948, las intervenciones eran extracardíacas y se realizaban sobre los grandes vasos. En 1944, Blalock y Taussig comunicaron su primera intervención de la tetralogía de Fallot mediante *bypass* subclavio-pulmonar izquierdo. En 1945 Gross y Crafoord reportan casos de resección y anastomosis en coartaciones de aorta.

Entre 1948 y 1953 fue el tiempo de la cirugía intracardíaca ciega. Brock en Londres desarrolló un método para dilatar la válvula pulmonar estenosada a través de la pared del ventrículo derecho. Brock y Bailey en Filadelfia describen la técnica para aliviar la estenosis mitral mediante dilatación digital a través de la orejuela auricular izquierda.

Simultáneamente destacan en la escuela alsaciana discípulos de la envergadura de: Joao Dos Santos quien popularizó en la década del '40/'50 la tromboendarterectomía. Con resultados mejorados con el empleo de heparina postoperatoria.

Jean Kunlin introdujo los puntos de fijación de la placa residual ateroésclerótica distal en un intento de equiparar los resultados de Dos Santos, pero no lograba igualar sus resultados. Entonces, tuvo la ocurrencia de saltar la obstrucción mediante un puente.

En 1948 realizó el primer *bypass* arterial con safena invertida en un paciente a quien Leriche había resecado la femoral superficial izquierda por gangrena de tres dedos del pie. El paciente presentaba dolor permanente de reposo y se resistía a la amputación. Kunlin, con la experiencia del laboratorio de experimentación, realizó un *bypass* femoro-poplítico con vena safena interna invertida. No sólo salvó la pierna y la vida del

paciente, sino que unos meses más tarde repitió el procedimiento en el miembro inferior derecho que tenía una situación circulatoria también comprometida. El paciente falleció años más tarde por un ictus.

En 1951 se realizó la primera reconstrucción carotídea exitosa en el mundo, por obstrucción sintomática de carótida interna. La intervención fue realizada en nuestro país por los Dres. Carrea, Molins y Murphy.

Los cirujanos americanos, con Michael De Bakey a la cabeza, optaron por la técnica de *bypass* y le dieron gran impulso con el empleo de prótesis vasculares sintéticas de Dacron y PTFE. Se constituyó desde los años '60 como la técnica más difundida para la reparación vascular.

En tanto, en 1950, Bigelow y colaboradores publicaron resultados experimentales sobre los efectos de la hipotermia. Entre los adelantos debe sumarse a Gibson que en 1937 diseña una bomba corazón-pulmón, que emplea en 1953 para corregir una CIA.

Lillehei en Minneapolis realiza una operación de circulación cruzada utilizando al padre del paciente como "oxigenador" y, a posteriori, él y Kirklin de la Clínica Mayo crean un dispositivo mecánico corazón-pulmón.

En 1950, Arthur Vineburg anastomosa la arteria mamaria interna sobre el miocardio provocando un hematoma que debería ser recirculado por los sinusoides del músculo cardíaco y mejorarla la perfusión.

Gordon Murray, de Canadá, publica en 1953 injertos arteriales suturando secciones de arteria axilar, mamaria interna y carótida para reemplazar secciones de arteria descendente anterior enferma en cinco pacientes sin éxito.

En 1955, Sidney Smith extrajo vena safena y la usó como injerto desde la aorta para llevar flujo sanguíneo al miocardio.

En 1960 Robert Goetz realizó un *bypass* de mamaria interna a la descendente anterior.

En 1962 Sones y Shirey, en Cleveland Clinic, usaron la angiografía para visualizar bloqueo de las arterias coronarias. Se valieron de un abordaje por arteria braquial bajo visualización con rayos X, manipularon un

catéter hasta los ostia coronarios e inyectaron solución de contraste, visualizando y grabando las imágenes.

En mayo de 1967, René Favaloro interpone un segmento de vena safena interna en la coronaria derecha obstruida de una mujer de 57 años. Reestudiada después de una semana por Mason Sones, se observa permeabilidad de la arteria. Se comienza a realizar esta intervención en forma sistemática. En el decimoquinto paciente realiza una variante técnica y anastomosa la parte proximal del *bypass* a la aorta ascendente y efectúa un bypass aorto-coronario.

Para 1968, en Cleveland Clinic, consigue restaurar el flujo coronario en 171 pacientes con injerto de vena safena, hace *bypass* por occlusiones en varias ubicaciones y a veces múltiples injertos en un mismo paciente.

En 1973, Federico Benetti establece la técnica de *bypass* coronario sin bomba, realizando anastomosis directa entre la arteria mamaria izquierda y la arteria descendente anterior.

En los años subsiguientes se desarrollan diversos dispositivos para facilitar estos procedimientos miniinvasivos, se incorporan estabilizadores, toracoscopía, cirugía robótica y dispositivos de anastomosis automática.

Las intervenciones vasculares sufren un nuevo impulso con la incorporación del *stent* expandible por balón desarrollado por Julio Palmaz hacia fines de los años '80.

El 7 de septiembre de 1990, Juan Carlos Parodi trató un aneurisma de aorta abdominal con una técnica endovascular en un paciente que había sido descartado para cirugía por sus comorbilidades. Excluyó el aneurisma con una prótesis de Dacron anclada en el cuello infrarrenal con un stent balón expandible de acero inoxidable y consiguió despresurizar el saco.

Este procedimiento se constituyó en una fuerza conductora y estímulo para un crecimiento explosivo en el interés, la creatividad e innovación en el modo de abordar la atención de este grupo de pacientes.

La incorporación de nuevas tecnologías se

hace de modo incesante permitiendo tratar la patología con una mayor variedad de recursos y menor invasividad. Angioplastias, *stents* desnudos o cubiertos, expandibles por balón y autoexpandibles, sistemas de endarterectomías mediante aterotomos, balones con droga, *stents* con droga, crioplastías y otros son en el presente recursos habituales.

Asimismo ha ganado espacio en el arsenal terapéutico el tratamiento mini invasivo de la patología valvular, sin olvidar tampoco el avance de los sistemas de asistencia circulatoria (en los que ha trabajado incansablemente Domingo Liotta), la cardiomioplastia de Juan Carlos Chachques en 1985, que permiten mejorar la condición de muchos enfermos hasta que su patología puede ser definitivamente resuelta. El aporte en la investigación con células madre. Y la enumeración podría continuar.

El aporte de cirujanos argentinos a la cirugía cardiovascular ha sido muy importante.

Realizar un listado siempre resultará parcial, y en alguna medida injusto, pero creo que en el desarrollo de la especialidad a nivel mundial deben resaltarse en forma destacada: la simpaticectomía de Julio Diez, la acertada decisión de revascularizar una carótida sintomática por parte del grupo de Carrea y Molins, la revascularización miocárdica de René Favaloro, el aporte de Federico Benetti con la revascularización sin bomba y la resolución endovascular de los aneurismas de Juan Carlos Parodi. Estos aportes y muchos otros no incluidos en esta enumeración no son el fruto fortuito de la casualidad sino el resultado de muchas horas de trabajo y estudio aplicadas al conocimiento médico.

Es compromiso del colegio continuar trabajando incansablemente para que, orgullosos de nuestro pasado, mantengamos la esperanza de poder hacer nuevos aportes en esta desafiante especialidad.

Contamos para esto con todos los miembros del Colegio a quienes saludamos cordialmente en esta fecha.

ARTÍCULO DOCUMENTAL

► **MEMORIA INSTITUCIONAL:
COLEGIO ARGENTINO DE CIRUJANOS
CARDIOVASCULARES 1975-2015.**

AUTOR:

DR. DANIEL ÁNGEL BRACCO

Correspondencia: dbracco@fibertel.com.ar

EN NUESTRO PODER ESTA BORRAR ENTRE-
RAMENTÉ LOS INFORTUNIOS DE NUESTRA
MEMORIA Y EVOCAR EN NUESTRA MENTE, EL
AGRADABLE RECUERDO DE CUANTO NOS SU-
CEDIÓ DE DICHOSO.

CICERÓN

INTRODUCCIÓN

Todo progreso y desarrollo de una institución está vinculado con conocimientos de lo actuado, a veces correctamente y otras veces no. Ésto depende de un conjunto de complejas experiencias, perseverancia y tenacidad de sus hombres, intenciones, creatividad y compromiso en sus funciones.

Este documento no pretende ser una narración histórica, ni un anecdotario, tampoco está escrito en forma novelada. Hasta podría resultar tedioso leerlo; es un relato de lo acontecido en cuarenta años de la vida del Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares, sobre la que se describen los hechos de una manera veraz con los datos que he logrado reunir en mi vasta investigación. Este trabajo tiene la finalidad de provocar reflexiones que nos ayuden a mejorar, en lo humano, en lo profesional, en lo comunitario y lograr crecer con buenos frutos y producir acciones correctas.

Para ello me he comunicado telefónicamente con todos los ex-presidentes de la institución, me he basado en sus testimonios, en algunos de los escritos que me han enviado, en la lectura de los Boletines del CACCV y en mi experiencia vivida durante muchos años compartidos con colegas a lo largo de todas las épocas transcurridas. Exploré también actas pero lamentablemente, las de los primeros años no se encontraron.

Tengo la impresión de que pude haber omitido algún hecho por no contar con toda la información, lo que podrá ser subsanado por otro colega quien conociéndolo, con su aporte, complete estas memorias.

En esta descripción, mi mirada sobre el Colegio percibe, en él, un proceso vital y fértil. Alguien sembró buenas semillas, aparecieron los brotes, luego el árbol fue creciendo, superó serias "condiciones climáticas" y dió algunos buenos e importantes frutos con la esperanza que, basado en sus raíces y trayectoria, seguirá creciendo fuerte y con energía vital e indestructible.

MEMORIA VIVA

Los comienzos. Los que sembraron semillas.

Corría en el país el año 1974, Juan Do-

*Director de la Revista Argentina de Cirugía Cardiovascular

mingo Perón había fallecido, el gobierno de Isabel Perón comenzaba a mostrar desprolijidades y flaquezas, épocas difíciles pero no desconocidas para los argentinos. No obstante dos cirujanos cardiovasculares destacados, con experiencia de vida profesional en el extranjero y que trabajaban en el Instituto Hermenegilda Pombo de Rodríguez y en el Hospital Argerich de esta ciudad, después de varias reuniones, comenzaron a idealizar la conformación de un Colegio de Cirujanos Cardiovasculares; basados en la historia y en los estatutos del Board de Cirugía Torácica de los Estados Unidos de Norteamérica, como así también en los antecedentes de la Asociación Argentina de Anestesiología (AAA).

Uno de ellos era el Dr. Jorge Albertal, cirujano cardíaco, y el otro el Dr. Patricio Welsh, cirujano vascular periférico, quienes sin ánimo de competencia y en la búsqueda del bien común, se proponían fundar una institución que los nucleara y los cobijara, incluso con fuerza gremial, este último era uno de los objetivos primordiales.⁽¹⁾ Asemejándose a la Asociación Argentina de Anestesiología de Buenos Aires, jerarquizando a la especialidad del cirujano cardiovascular, se fomentó el perfeccionamiento y el progreso de la misma.

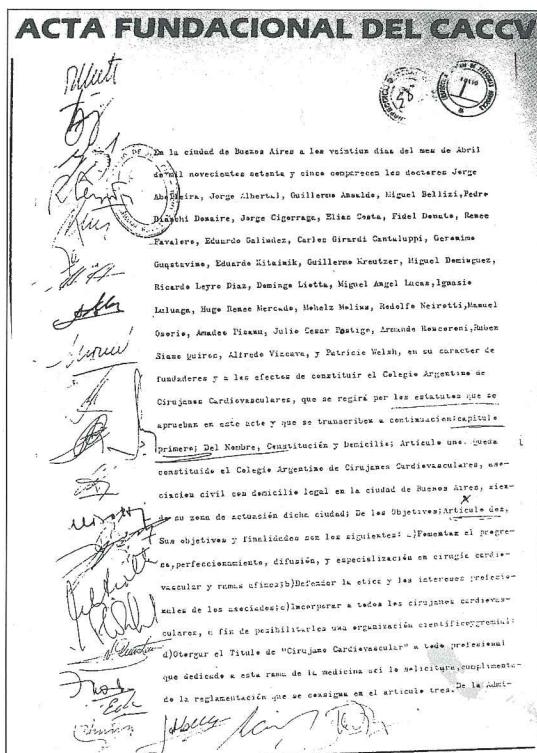
Hubo muchas reuniones con variados especialistas de aquella época hasta ponerse de acuerdo en los principales objetivos del futuro Colegio, los que fueron plasmados en el estatuto original. Finalmente, aquél nació como una Asociación Civil 'sin fines de lucro en el año 1975.

El 21 de abril de 1975 se llegó a firmar un Acta Fundacional, refrendada por 29 cirujanos del área metropolitana denominados socios fundadores. Se elaboró un estatuto muy amplio y completo, con domicilio legal en la Ciudad de Buenos Aires pero con jurisdicción y actuación en todo el territorio de nuestro país y con representación en el exterior.

Los objetivos y fines de la institución están muy bien definidos y ampliamente descriptos en el artículo segundo de dicho estatuto. Se complementó con un Reglamento de Asuntos Gremiales y otro acerca del funcionamiento del Tribunal de Evaluación. También se lo dotó de un Código de Ética.

En aquel tiempo, hubo que elegir el primer presidente y se tuvo la prudencia de buscar una figura representativa, con destacada imagen profesional y que, por su prestigio, generara poca controversia entre sus pares. La presidencia recayó en la persona del Dr. René G. Favaloro. En un principio se había acordado la alternancia en la presidencia de un cirujano cardíaco y un cirujano vascular periférico⁽²⁾, alternando en los distintos períodos presidenciales.

Con respecto al aspecto científico o académico, se tuvo la precaución de no colisionar con otras sociedades científicas afines de la época pero sin desmedro de los aspectos antedichos.⁽³⁾



Acta Fundacional CACCV

(1)(2) Testimonio de Patricio Welsh

(3) Testimonio de Guillermo Kreutzer

Al poco tiempo de su fundación y a solicitud de los Dr. Jorge Albertal, el Dr. Florentino Sanguinetti, médico amigo, con gran afinidad con el arte y la pintura, diseñó el logo del Colegio⁽⁴⁾, “un dibujo delicado y significativo; una mano que proyecta un clamp sobre la silueta del corazón, enmarcado en una corona de laurel”, que posteriormente fue aprobado. Exhibe elementos relacionados con nuestra especialidad quirúrgica que nos identificaban como institución, los que perduraron en el tiempo.

El Colegio rápidamente adquirió Personalidad Jurídica como primer signo de vida y, aparentemente, se desaconsejó la personalidad gremial en aquel tiempo.

En los años 70, las comisiones directivas se reunían en un lugar facilitado por la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) en su sede central de la calle Azcuénaga 980; se encargaron de difundir los objetivos fundamentales en todo el país a los cirujanos, que no eran tan numerosos en sus comienzos.

Organizar un listado completo de los ci-

rujanos cardiovasculares dispersos era una meta, la comunicación no era tan fluida como es hoy e integrar a la gran mayoría de ellos no fue tarea fácil. Gran parte de ellos estaban en Buenos Aires, seguidos en número por Córdoba y Santa Fe. En menor número, se encontraban en Mendoza y Tucumán. Se ingresaba al Colegio con un examen anual escrito y luego uno teórico-práctico. Por esa época, se debatía tibiamente respecto de los honorarios médicos.

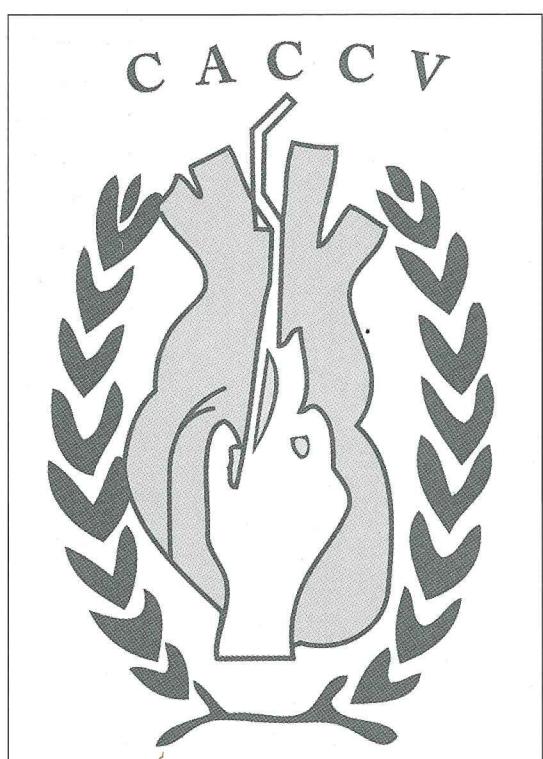
Recordemos que durante la década del 70, se formó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y también nace el famoso Galeno, unidad patrón para identificar y cuantificar los honorarios médicos propulsando en escena el célebre Nomenclador Nacional (NN).

En el año 1977 el Dr. Sampere representa por primera vez al Colegio en el Exterior, en un simposio sobre “La incidencia de las Sociedades Científicas y Colegios en la Actividad Asistencial”, en la Universidad de Chuquisaca, Sucre, Bolivia⁽⁵⁾.

Recién en el año 1978, se consigue homologar con el Ministerio de Salud de la Nación el Título de Especialista otorgado por nuestra Institución. Se consideró éste un muy buen logro como resultado de la labor que realizaron las comisiones directivas actuantes.

Haciendo memoria junto a los Dres. Jorge Pérez Rovira y Héctor Rafaelli, dos ex-presidentes que tuvieron un largo y productivo paso por nuestra institución, recordamos una Asamblea Extraordinaria realizada a mediados del año 1982, durante la presidencia del Dr. Jorge Oglietti, en el auditorio de la Sociedad Argentina de Cardiología. Allí se trató el cobro de honorarios, en forma directa a las empresas de medicina prepaga; este tema había sido intensamente debatido en el seno de la Comisión Directiva.

Por ser una de las primeras asambleas que



Isologotipo del CACCV

(4) Dr. F. Sanguinetti; Historia del Logotipo del C.A.C.C.V. en Rev Arg de Cir Cardiovasc; Volumen XII- N° 1, p. 235

(5) Testimonio de Tulio Sampere

se realizaba para tratar ese sensible tema, tuvo una numerosa y destacada concurrencia; los oradores expusieron los fundamentos, las razones y la necesidad de cobrar en forma directa, sin intermediarios.

Tomaron la palabra muchos de los presentes y comenzaban a aflorar discrepancias entre los asistentes. En la discusión se pusieron de manifiesto los intereses personales por sobre el interés común, no pudiendo llegar a un acuerdo solidario, la reunión por momentos tumultuosa se extendió en el tiempo y se fue agotando el tema como también el entusiasmo inicial de los participantes. En los temas donde se necesitaba la solidaridad de los socios afloraba el egoísmo y la individualidad.⁽⁶⁾

En 1984, durante la presidencia del Dr. José A. Navia, me refirió el Dr. Santiago Muzio, que realizaron varias visitas al INOS con el objeto de mejorar los honorarios del NN; en una de las últimas audiencias y ante la insistencia de nuestros colegas, un alto directivo les manifiesta: "se creen que son Gardel" ante el fastidio de nuestros cofrades.⁽⁷⁾

Cuando solía referirse el Dr. Jorge Albertal al "*ineludible amigo del cirujano*"⁽⁸⁾, se refería a la máquina del corazón pulmón artificial para el soporte de la circulación extracorpórea (CEC). En razón de esto, a mediados del año 1985, se fundó el Capítulo Argentino de Perfusión y Asistencia Circulatoria (CAPAC). Fueron impulsores de dicha idea los Dres. Félix Fabrycant y Juan Carlos Vázquez con el apoyo del recordado amigo Sr. Jorge L. Serra.

Con la CAPAC, el Colegio tuvo una integración asistencial y una relación amigable de cooperación científica, años más tarde hemos realizado jornadas y encuentros conjuntos con singular éxito. Más aun, conviviendo un tiempo bajo un mismo techo en la calle Catamarca 536, domicilio actual.

(5) Testimonio de Túlio Sampere

(6) Testimonio de Guillermo Kreutzer

(7) Testimonio de Santiago Muzzio

(8) Dr. J. Albertal; en Rev Arg de Cir Cardiovasc; Volumen III - N° 1, 2005

(9) Boletín informativo, Año 11, N° 1, Abril 1990

PRIMER ENCUENTRO DE CIRUJANOS CARDIOVASCULARES. APARECEN LOS PRIMEROS BROTES.

También ese mismo año se llevó a cabo una jornada de Cirugía Cardiovascular en el Hospital Privado de la Comunidad en la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, con un cirujano expositor invitado y proveniente de Alemania, organizado por el Dr. Roberto Batellini y auspiciado por nuestro Colegio. Fue ese el primer encuentro que recuerdo, enteramente de cirujanos, ya que con anterioridad lo hacíamos dentro de los eventos de la SAC o de la Sociedad de Cirugía Torácica y Cardiovascular o de la Asociación Argentina de Angiología dependientes de la Asociación Médica Argentina (AMA).

En abril de 1990 se imprime, sin encuadrinar, lo que fue el primer Boletín del CACCV⁽⁹⁾ con el objeto de mantener una mejor comunicación. Tenía una introducción en la que se tocaban temas relacionados con la profesión, la moral y la cultura médica. Las palabras del presidente saliente, Dr. Jorge Abelleyra, quien instó a una mayor participación de residentes e instituyó el Premio Anual CACCV a partir del año 1990. Organizó una gran reunión de camaradería en el delta del Tigre, que se recordó por mucho tiempo por su ambiente agradable y lo afectuoso del evento.

En ese boletín están las palabras del Dr. Luis Molteni que asumía su primera presidencia, sus preocupaciones en ese discurso fueron: la salud del cirujano cardiovascular debido a la cantidad de socios que padecían



Primeras Jornadas Cardiovasculares, de Mar del Plata, 12 al 14 de diciembre de 1985.

Hepatitis B; los juicios por mala praxis que comenzaban a tomar fuerza; las condiciones desparejas de cobro de honorarios y la unidad de los miembros del Colegio.

A mediados de ese año 90 se da a conocer una resolución de IOMA en la que se pagará un global llamado "módulo" donde los valores establecidos para el equipo cardiovascular no alcanzaban a lo establecido en el NN. El colegio no aceptó esa resolución por lo antedicho y se desató un conflicto con esa entidad que llevó meses superarlo.

En el año 1990 aparece en escena la Revista Actas Cardiovasculares, dirigida por el Dr. Carlos Túlio Sampere, ex-presidente de nuestra institución. Dicho *journal* representaba a la Asociación Argentina de Angiología y fue el órgano de difusión del Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares por más de doce años. La revista fue mantenida durante ese tiempo por la perseverancia del Dr. Sampere y sus colaboradores Dres. Jorge Guasch y Carlos Paladino y el auspicio de la Fundación Angiológica de Buenos Aires.

Durante la primera presidencia del Dr. Jorge Trainini, en el año 1992, se realizó el Primer Encuentro de Cirujanos Cardiovasculares en Mar del Plata. Fue el comienzo de una larga y fructuosa serie de logros; éramos pocos en cantidad, buscábamos congeniar lo científico con la confraternidad creando programas equilibrados en lo

académico, entre temas de cirugía cardíaca y vascular.⁽¹⁰⁾ Ese mismo año la Asociación Argentina de Angiología se incorpora como área científica del Colegio.

Tratábamos que no hubiera superposición de temas en los programas científicos ni simultaneidad horaria⁽¹¹⁾. Incluso dedicábamos tiempo libre para los eventos sociales que en general eran gastronómicos. En esos tiempos las empresas cubrían todos los costos de la organización del evento, eran otros tiempos, los del uno a uno.

Los programas científicos estaban a cargo de la Asociación de Angiología y Cardiovascular en la parte concerniente a la patología vascular periférica y del Consejo de Cirugía Cardíaca de la SAC en lo referente a la de cirugía cardíaca.

En este tiempo ingresa como contadora *ad honorem* la Sra. Silvia Perigo⁽¹²⁾, con ella surgió el verdadero padrón de inscriptos, lo que constituyó un paso importante para la organización. Se redactaron las normas de funcionamiento de la Secretaría del Colegio y se tramitó la reinscripción ante la IGJ, presentando balances y registrándolos en los libros contables. Más tarde presentó los balances de los encuentros realizados. La contadora comenzó a percibir sus honorarios cuando el Colegio se mudó a la calle Billinghurst y permaneció trabajando en él hasta el año 2004.

Por el entusiasmo que originara el primer encuentro, se llevó a cabo el segundo en el año 1993; también en Mar del Plata, con la presidencia del Dr. Ricardo Ferreira y en dicho evento se sumaron los perfusionistas médicos y técnicos del CAPAC. Tratábamos de elegir lugares atractivos desde el punto de vista turístico y de fácil traslado para los asistentes. La intención era llevarlo a la mayor cantidad de lugares del interior del país, con el deseo de federalizar los Encuentros. Con estas primeras jornadas hicimos las primeras armas para luego expandirnos.



Primer Encuentro de Mar del Plata

(10) Testimonio de Jorge Pérez Rovira

(11) Testimonio de Héctor Raffaelli

(12) Testimonio escrito de Silvia Perigo

Durante el año 1994 y bajo la presidencia del Dr. Túlio Sampere comenzó un trabajo arduo, espinoso, que consistió en lograr la firma de un convenio para cobrar honorarios directos, nada menos que con PAMI. Innumerables reuniones laboriosas se realizaron entre ambas direcciones. Algo inesperado sucedió porque 48 horas antes de firmar el convenio se malograron las trámites. Afortunadamente fue una frustración pasajera.

Ese mismo año realizamos el IIIº Encuentro, esta vez en Iguazú, Misiones, a esa altura de la historia, la concurrencia era importante. Aparecían en el programa científico algunos distinguidos invitados extranjeros, en número de dos o tres, a los que hacíamos trabajar duro y terminaban exhaustos. En la conferencia inaugural asomaron temas humanísticos, esta vez a cargo del Profesor Dr. Guillermo Jaim Etcheverry reconocido médico y educador; la plática versó sobre Educación Médica y fue muy fructífera, dando oportunidad al debate.

Ese mismo año nos desvinculamos de la SAC, previo acuerdo y en buenos términos entre el Presidente de la misma, Dr. Marcelo Elizari, y Túlio Sampere.

PRIMER CAMBIO DE DOMICILIO Y EL ÁRBOL CRECE

A principios del año 1995, tras una gestión de Sampere con el Presidente Dr. Elías Hurtado Hoyos, nos mudamos a la Asociación Médica Argentina (AMA) en la calle Santa Fe 1171. La secretaría era la Sra. Lilianna Losada quién también trabajaba para la Asociación Argentina de Angiología y Cardiovascular.⁽¹³⁾

Allí teníamos lugar para reuniones de comisiones directivas y asambleas. Y además de contar con la secretaría, trabajaba una cobradora, la Sra. Alida Trucco de Rivera,

quién nos perseguía por el pago de las cuotas, ella estuvo con nosotros, con gran sentido de pertenencia, hasta el año 2004 cuando se jubiló.

Durante el año 1995, siendo presidente el Dr. Héctor Raffaelli se comenzaron a evaluar posibles modificaciones al Estatuto, con la ayuda legal del hermano del Dr. Sampere y la de nuestro asesor legal Dr. Gómez Iguña. Con la aprobación del mismo, entre otras modificaciones, se permitiría la reelección del presidente con el objetivo de tener más continuidad en los proyectos que se iniciaban por considerarse que un año era un corto período de tiempo para concretarlos.

Además en ese mismo año se realizó el IVº Encuentro anual en Villa Carlos Paz, Córdoba, esta vez con el auspicio de una sola empresa, cosa inusual para nuestro medio. La economía del país se regía por el uno a uno. Los Encuentro eran, cada vez, más multitudinarios; los invitados extranjeros nos enriquecían con sus intervenciones, elevando el nivel científico y académico.

Llegamos al año 1996 con la presidencia del Dr. Jorge Pérez Rovira y con el acompañamiento de Raffaelli iniciaron otra tarea de difícil realización, consistía en el cobro directo de honorarios por prestaciones realizadas a IOMA, hubieron engorrosos trámites en el Colegio Médico de La Plata; mucho tiempo invertido, ilusiones, esfuerzos que no fueron suficientes para el logro del objetivo. Existió la sospecha de que un colega nos hubiera podido jugar en contra, nunca lo sabremos.⁽¹⁴⁾

También en ese año propiciamos desde el Colegio un Registro de la Disección Aórtica⁽¹⁵⁾ en el que intervinieron ocho centros, los que contribuyeron con 121 pacientes durante un año. Lo integraban cinco sedes de capital y tres del interior. Se incluían disecciones Tipo A y Tipo B y los tratamientos médico y quirúrgico. Nos aportaron los síntomas más frecuentes, signos, antecedentes, tiempo de comienzo de la enfermedad hasta el tratamiento, métodos de diagnóstico, técnica quirúrgica y la morbilidad. Los resultados preliminares fueron presentados en nuestros encuentros.

(13) Testimonio de Túlio Sampere

(14) Testimonio de Jorge Pérez Rovira

(15) Testimonio de Daniel A. Bracco

Además en esa época, el Dr. J. Albertal se hizo cargo de las funciones del Tribunal de Evaluación, se creó un cronograma y la reglamentación para optar al otorgamiento de certificado de especialista en cirugía cardiovascular. Estableciéndose así, un modelo de Curriculum Vitae y la metodología para rendir el examen que habilitaría como miembro Titular del Colegio.

Durante ese período se reglamentó la acreditación de centros para la práctica de la cirugía cardiovascular. Asimismo se llevó a cabo el Convenio de Recertificación, el 10/6/1996, con la AMA a través del Consejo de Recertificaciones Médicas (CRAMA) y el 24 de octubre del mismo año se acordó con la SAC que los cirujanos recertificarían a través del Colegio.

En el año 1996 se realizó el Vº Encuentro de Cirujanos Cardiovasculares en San Carlos de Bariloche, Río Negro, en conjunto con el CAPAC. Las reuniones para esa época eran grandes en número de participantes e importantes invitados extranjeros, con gran intervención de empresas y laboratorios.

Las Asambleas Extraordinarias se llevaban a cabo dentro del encuentro ya que se congregaban gran cantidad de socios en el evento. Fue allí donde se empezaron a hacer sentir las quejas y fuertes reclamos de los cirujanos del interior, y con razón, ante la escasa política de federalización del Colegio que ellos percibían.

En el año 1997 se edita el Boletín⁽¹⁶⁾ con



Dr. Alfonso R. Albanese junto al Dr. Adolfo Saadia

la publicación del discurso del presidente saliente, Jorge Pérez Rovira, quién resaltó el trabajo realizado con la AMA para el proceso de Recertificación que se pudo llevar a cabo. Manifestó allí también la satisfacción por los Encuentros de Cirujanos Cardiovasculares. Entre otras cosas, señaló que el Tribunal de Ética tuvo más tareas que otros años debido a denuncias en distintos aspectos, de cuestiones gremiales y recalco lo penoso que resultaba tener que dirimir conflictos entre colegas.

En el año 1997 asume el Dr. Adalberto Camou siendo éste el primer presidente del interior, procedente de la Provincia de Santa Fe. Una de las primeras medidas fue la regionalización del Colegio en siete áreas regionales: Metropolitana, NEA, NOA, Litoral, Centro, Cuyo y Sur. Se hicieron reuniones presenciales o telefónicas con participación de diferentes interlocutores y se alternaban, con las distintas regionales, para presentar propuestas o problemas.

Nos abocamos de lleno a defender los lugares de trabajo de cada integrante, no permitiendo arreglos con autoridades de clínicas o sanatorios ni con otro grupo quirúrgico, en el caso de existir una deuda de honorarios con un colega-socio del Colegio que hubiera actuado en el lugar previamente. De esa manera se lograron cobrar honorarios que parecían incobrables.

Creamos una bolsa de trabajo bajo la iniciativa del Dr. Adolfo Saadia y con él surge la idea de imprimir nuevamente un boletín periódico informativo que Saadia dirigía. El boletín era un órgano de difusión, comunicación y de opinión de los asociados. Se abordaban temas de actualidad, economía y salud, el aspecto socio cultural, humanístico y de recuerdos históricos. Atraídos por el trabajo responsable de Adolfo Saadia ingresaron al Colegio, ese año, un número relevante de cirujanos cardiovasculares de la Provincia de Buenos Aires.

Trabajamos intensamente para lograr la independencia de los honorarios profesio-

(16) Boletín N° 1, Año 1997

nales de los cirujanos. Se confeccionó un nomenclador sobre la base de borradores de comisiones anteriores. Se iniciaron tráctivas con la Asociación de Médicos Municipales, que luego se concretó con la firma de un convenio de cobertura por el Seguro de mala praxis, otorgando beneficios para los socios titulares. Como complemento se instituyó un área de Asesoría Legal bajo la conducción del Dr. Gómez Iguña para quién lo requiriera.

Nuestra Institución sufrió un revés durante una Asamblea Extraordinaria al presentarse un Amparo Judicial, por parte de un socio, que exigía no tocar un tema relacionado con su ingreso a un lugar en conflicto y por él, que él y su equipo, podían ser sancionados. Este tema, más tarde, se dirimió en una audiencia de mediación judicial. Este constituyó el primer caso de "judicialización" de un conflicto ético gremial; con el correr de nuestra historia se repitió en otros casos, el hecho de recurrir a la Justicia antes que al Tribunal de Ética y de este modo, correr el riesgo de una sanción por parte del Colegio.

Con la necesidad de evaluar, actualizar resultados y conocer las prestaciones ofrecidas en diecisiete servicios de CCV del país, con alto volumen quirúrgico, se comprometieron a reunir sus datos en el Estudio Multicéntrico de Cirugía Cardíaca (ESMUCICA 1 y 2, entre los años 1997 y 2002). Se reunieron 7000 pacientes auditados, sobre los que surgieron múltiples publicaciones; fue un estudio promovido y dirigido por el Dr. Jorge Albertal con la coordinación de la Dra. Ruth Henquin y los Jefes de los Servicios involucrados en la investigación, bajo el auspicio del Colegio.

BUSCANDO MAYOR IDENTIDAD: EL COLEGIO EN LA CALLE BILLINGHURST. EL ÁRBOL TIENE MÁS RAMAS

Fue en ese tiempo que volvimos a mudar-

nos para tener mayor independencia, alquilamos un departamento de tres ambientes que había dejado la Sociedad de Hemodinamia, sito en la calle Billinghurst 2143, piso 3, departamento B de esta ciudad. Este fue un salto de calidad institucional. Recuerdo que tuvimos la ayuda de varias empresas amigas benefactoras como Boston Científic, Emeclar y Carbomedic.

En ese período, el VIº Encuentro fue realizado en la ciudad de Mendoza, en el mismo hubo 220 cirujanos inscriptos y dado que ya éramos independientes y la institución necesitaba fondos, se cobró la inscripción a los participantes, lo que se hizo por primera vez. Se obtuvo también un muy buen ingreso por los stands de la exposición comercial.

La conferencia central estuvo a cargo del economista Dr. Antonio I. Margaritis quién disertó sobre el tema Economía y Medicina. Recuerdo una frase de su conferencia que transcribo: "*Es frecuente confundir mercado con negocio y negocio con monopolio*"⁽¹⁷⁾; fue un disparador que abrió el debate entre nosotros, de gran interés, y más en esa época de la llamada "economía de mercado".

En dicho encuentro, el Dr. Trainini presentó el anteproyecto del Fondo Nacional de Cirugía Cardíaca (FONACICA).

La originalidad de las sesiones de video de cirugía cardíaca "en vivo" movió no solo a la discusión sino también al asombro de gran parte de los concurrentes por la calidad del "modelo" utilizado. Fue una buena idea impulsada por el Dr. Albertal.

Se conocieron las Resoluciones de la Asamblea del 30 agosto de 1997, con la presencia de 104 socios titulares, realizada durante el encuentro; se decidió la confección de un Nomenclador con honorarios básicos que constituiría el piso, siendo los colegiados los que regularían los honorarios, pero nunca por debajo del denominado piso. Se procedió a confirmar a los representantes de cada Regional y que quedaran expuestas las realidades territoriales de cada Regional en el aspecto laboral.

Surgieron interesantes y repercusiones gremiales del Encuentro y del discurso del Dr. E. Valverde, ex-presidente y fundador

(17) Boletín N° 2, Año 1999, Pág. 7-8

de la Asociación Argentina de Anestesiología, quién en síntesis expresó: *"Es necesario definir la Identidad del Colegio, es bueno que tenga una sede aunque sea modesta. Cuando se planteen conflictos manejarlos con prudencia y habilidad. Ser agentes de cobro, evitar intermediarios. Poseer fondo de reserva. Diferenciar al empleado del empleador médico. Honorarios básicos. Proponer auditorias compartidas con entidades prestadoras de salud. Recordó el concepto de Honorarios: es retribución al trabajo realizado. En cambio el concepto de módulo encierra un artificio para disminuir la retribución".⁽¹⁸⁾*

El 10 de diciembre de 1997 la Asamblea Extraordinaria tomó como tema central a tratar: el Nomenclador o aranceles básicos; Colegio como Gestión de cobro y Colegio como gestión de pago. Se presenta el proyecto elaborado durante seis meses por una comisión designada a tal efecto a la que tuve la misión de coordinar. Los temas se discutieron en profundidad y luego del debate, se aprobó el proyecto dándose lectura a un Acta de Compromiso confeccionada por quién fuera nuestro abogado, el Dr. Gomez Iguña.⁽¹⁹⁾ En el Boletín se destacaron los conceptos discutidos para informar los colegiados. El Acta de Compromiso alcanzó a ser firmada por 204 socios.⁽²⁰⁾

Nuevos conflictos se sumaron por deuda de honorarios con nuestros socios: el del Hospital Ferroviario se solucionó en forma favorable; se agregaron el del Sanatorio Urquiza-Empresa RTC y otro de la Clínica Bernal por disminución de honorarios al trabajar bajo la modalidad decápita.

Se dieron nuevos problemas en: La Clínica Modelo de Lanús y la Clínica de Rawson "Nuestra Señora de la Merced", ambas fueron declaradas en conflicto hasta la solución del mismo. En la Provincia de Mendoza, el entredicho fue con la Obra social Ferroviaria y la Unión Obrera Metalúrgica intimádoseles el pago de la deuda por honorarios.

El 10 de marzo del 98, en nuestra sede, se realizó la primera reunión de las regionales del país.⁽²¹⁾

En ese año, A. Camou fue reelecto en la Asamblea del 15 de abril de 1998 ya que el

nuevo estatuto así lo permitía. Se estimuló a los socios a adherir al programa voluntario de recertificación en la especialidad Cirugía Cardiovascular conjuntamente con la AMA.

En el discurso de inicio de su segunda presidencia, citó una parte de la conferencia dictada en el año 1935 por el Dr. Bernardo Houssay con palabras que aún hoy tienen vigencia y deseo transcribirlas para los que aún no la conocen; *"La profesión médica debe dirigir el movimiento de su progreso, con amplio ideal humanitario, corrigiendo ella misma los defectos, abordando los problemas higiénicos, sociales y económicos. Nada debe esperar de otros grupos, especialmente políticos o asociaciones comercializadas que buscan explotar a bajo precio al médico, sin cuidar de su bienestar material, intelectual y moral, el cual importa mucho a la colectividad".⁽²²⁾*

Los conflictos gremiales con nuestros socios, en el período que nos ocupa, por honorarios adeudados fueron: con la Clínica Ciudadela, Clínica del Buen Ayre, Clínica Espora (este fue por reintegro de insumos utilizados) y Hospital Francés. Los mismos se fueron solucionando en forma paulatina y favorable, especialmente los problemas referentes al cobro de honorarios.

En septiembre de 1998 se realizó el VIIº Encuentro de Cirujanos Cardiovasculares conjuntamente con el Encuentro Luso Hispano americano en la Ciudad de Mar del Plata, con la participación del CAPAC. El mismo contó con la presencia de numerosos participantes argentinos y 19 reconocidos invitados extranjeros que produjeron un fecundo intercambio académico.

La conferencia inaugural versó sobre: "Encuentros Iberoamericanos" a cargo de la Profesora de Historia Mabel A. Mayochi. Otro tema abordado fue sobre "El rol del médico en la preservación de la calidad", por la Licenciada María A. Contreras y, finalmente el aporte del "Análisis Crítico de

(18) Boletín N° 3, año 1997, pág. 5

(19) Boletín N° 1, año 1998, pág. 6-7

(20) Boletín N° 2, julio 1998, pág. 5

(21) Boletín N° 1, año 1999, pág. 7

(22) Boletín N° 2, julio 1998

la Cirugía de Revascularización Coronaria”, por el Dr. René G. Favaloro. Esta conferencia será recordada como su última y generosa participación en nuestros Encuentros.

En Buenos Aires, comenzaron los cursos teóricoprácticos para cirujanos, organizados por el Colegio, en distintos temas inherentes a nuestra especialidad. El primero lo dirigió el Dr. Juan Carlos Parodi, con la colaboración de los Dres. Ricardo La Mura y de Mariano Ferreira, efectuado en el FLENI y su tema fue cirugía endovascular.

También se realizó un *workshop* teórico con mostración quirúrgica de procedimientos coronarios con conductos arteriales sin CEC, dirigido por el ex-presidente de nuestra institución: Dr. Ernesto Weishelbaum, en la Fundación Favaloro. Ambos eventos tuvieron gran aceptación y fueron muy fructíferos. Sendos cursos fueron auspiciados por empresas relacionadas con los temas tratados.

Desde fines de 1998 se implementó el pago de la cuota social a través de dos reconocidas tarjetas de crédito, sin embargo, recuerdo que no fueron más de 30 los socios que se adhirieron, conozco alguno de ellos que todavía la usan como tarjeta de crédito; desconozco si actualmente siguen pagando las cuotas con dichas tarjetas⁽²³⁾. Un problema crónico de nuestra Institución fue la elevada morosidad de sus asociados, lo que dificultaba y aún dificulta, su economía.

En el mes de abril del año 1999 tengo el honor de asumir la presidencia del Colegio con el compromiso de unir a los cirujanos de todo el país con el cometido de fortalecer nuestra institución y resaltar los valores que teníamos en común⁽²⁴⁾. Durante ese tiempo se conversaba de la posible fusión entre la Asociación Argentina de Angiología y Cardiovascular y el CACCV.

A mediados del año 1999 continuamos la lucha para conseguir la independencia de honorarios separados del módulo y con cobro directo. Dicho objetivo se logró gracias

a la tarea inteligente y gran capacidad negociadora que llevara adelante la Regional Centro, en ese momento dirigida por el Dr. Jorge Rodríguez Campos, con el Instituto Provincial de Atención Médica (IPAM) de la Provincia de Córdoba. Logro que consideremos como un verdadero hito en la vida del Colegio.

Esta satisfacción duró unos cuatro meses, hasta que el IPAM en forma inconsulta y unilateral resuelve la anulación del contrato establecido por los profesionales del Colegio con dicha institución para la gestión de cobro directo de honorarios. Fue un momento duro, J. Rodríguez Campos había quedado muy expuesto inclusive en su lugar de trabajo en el que llevaba muchos años, donde se intentó despedirlo.

Recuerdo que viajamos desde Buenos Aires junto con A. Camou para defender la posición de Rodríguez Campos en el Sanatorio Modelo, las negociaciones con los directivos dieron sus frutos. No lo despidieron, aunque la relación laboral no quedó con la fluidez previa al problema. Un tiempo después Rodríguez Campos decide cambiar de aires y obtiene un lugar en la clínica Allende.

En ese lapso, el Colegio difundió un formulario para ser utilizado como Consentimiento Informado bajo el asesoramiento del abogado Gómez Iguña, nuestro consejero legal, para ser utilizado por quien lo necesitara. También pusimos a disposición de los colegiados una asesoría legal para consultas relacionadas con nuestra práctica médica y se difundieron las normas para las actuaciones en conflicto, confeccionadas por A. Saadia y Gómez Iguña. Igualmente implementamos una asesoría contable con la Contadora Silvia Perigo para quienes lo requirieran.

La contadora S. Perigo, en la Asamblea del 2 de diciembre de 1999, expuso los problemas impositivos del CACCV con la DGI y el IVA; después de varios trámites, gestionó la exención respecto del IVA⁽²⁵⁾ y del impuesto a las ganancias según el Art. 20 de la Ley del mencionado impuesto. Nos inscribió en la AFIP y nos reinscribió en IGJ⁽²⁶⁾,

(23) Boletín N° 3, año 1998, pág. 21

(24) Boletín N° 1, año 1999, pág. 4-6

como así también nos resgistró en la Dirección General de Rentas.

En esa Asamblea se trataron sanciones a cinco socios que quedaron firmes y la modificación del Estatuto en siete artículos (Artículos 2, 5, 9, 14, 25, 26 y 46)⁽²⁷⁾.

En este tiempo junto con A. Camou volvimos a la carga con IOMA por la gestión de cobro de honorarios, nuevas idas y vueltas a La Plata, conversaciones con el presidente de IOMA, Dr. Laguens, que a la sazón trabajaba en la Fundación Favaloro. Hicimos reiteradas entrevistas con René Favaloro, fueron estos esfuerzos y largas horas usadas en pos de una tarea difícil. Luego el tiempo fue pasando, los esfuerzos declinaban y terminamos chocando con la realidad, que era tener las manos vacías respecto del objetivo planteado.

Llegó septiembre de 1999 y con él se hizo el VIIIº Encuentro en la ciudad de Tucumán. La ciudad entonces tenía un clima agitado, con paros gremiales, se luchaba por dignidad laboral, contra la decadencia salarial por lo que el descontento gremial y social iban en aumento.

Cada año aumentaba el número de participantes, había gran adhesión de socios y se incrementaban los *stands* de las distintas empresas, mejorando el aspecto comercial para nuestro Colegio. En dicho encuentro la conferencia inaugural estuvo a cargo del Profesor en Letras e historiador Enrique Mario Mayochi, el tema desarrollado fue "Las Campañas del General Manuel Belgrano. Enfoques de su vida personal".



Encuentro en San Miguel de Tucumán. Año 1999.

Es bueno destacar que siempre nos interesó iluminar nuestras tenidas científicas con el valor agregado de temas de Cultura General y Humanísticos.

El sector salud estaba convulsionado por diversos factores. Había ingresos de capitales extraños al sector, sobreoferta de profesionales, falta de camas en los nosocomios, introducción acelerada de las nuevas tecnologías, hipertrofia de la intermediación y subcobertura de la población. Estas fueron algunas de las razones por las que se llevaría a cabo, el 19 de noviembre de 1999, una Jornada Interdisciplinaria en Defensa de la Atención Médica.

Como dijimos anteriormente, se realizó la 1º Jornada Nacional Interdisciplinaria en Defensa de la Atención Médica Cardiovascular en la AMA⁽²⁸⁾ con la presencia de autoridades de carrera del Ministerio de Salud.

Esta Jornada fue organizada por el Colegio de Cardiología, el Colegio de Cardiólogos Intervencionistas y el CACCV; fue un debate muy jugoso, cada especialidad planteó sus problemas con la intención de profundizar los temas y elevar propuestas a nivel gubernamental. Se estipuló realizar una segunda jornada, la que se llevó a cabo al año siguiente.

Al principio del año 2000 pedimos una entrevista con el interventor de PAMI, Dr. Ángel Tonieto, quién no nos contestó, pero insistimos, y el 6 de marzo nos recibió el Dr. Morisci, Subintendente de prestaciones médicas; a la reunión asistieron los doctores A. Saadia y L. Molteni, planteamos temas relacionadas con las gerenciadoras, la tercerización y las subprestaciones entre otros. Como no podía ser de otro modo, poco y nada se consiguió, pero se puso en evidencia una empresa social malversada ya que se nos insinuó que tomáramos el manejo de una "cápita".

(25) Boletín N° 2, año 1999, pág. 24

(26) Testimonio escrito de Silvia Perigo

(27) Boletín N° 3, año 1999, pág. 4-5

(28) Boletín N° 2, octubre 2000, pág. 39~45

El 5 de junio, nos reunimos con las autoridades de la Asociación Argentina de Anestesiología en nuestra sede para combinar esfuerzos en cuanto arancelamiento, facturación y cobro de honorarios; se discutieron posibles metodologías a implementar.⁽²⁹⁾

En este tiempo el Dr. Miguel Ángel Lucas se hace cargo del Tribunal de Evaluación que había dejado el Dr. J. Albertal. El examen para optar a Miembro Titular se estableció en tres etapas:

1) Día de examen escrito, con preguntas tipo *multiple-choice* y temas a desarrollar; esta parte sería eliminatoria y se llevaría a cabo en nuestra sede.

2) El segundo día, se evaluaría con un examen teórico-práctico consistente en interrogar al examinado, mostrándole imágenes de casos a diagnosticar y la elección del tratamiento. Esta etapa se cumpliría en diferentes instituciones: Hospital Alemán, Británico, Italiano, Fernández, Sanatorio Mitre y Fundación Favaloro.

3) Última etapa, el examen sería eminentemente práctico; se haría en un tiempo posterior a solicitud del candidato. El objetivo primordial en este paso consistiría en observar operar un caso en su lugar de trabajo, con un veedor-evaluador, socio titular del Colegio y designado a tal efecto. Lo hemos llevado a cabo en todos los lugares en que fuimos requeridos por los colegas a lo largo del país. De esa manera, evaluábamos además, los ambientes de trabajo.

Nuevos conflictos gremiales se agregaron por deudas de honorarios: Clínica Pasteur de Neuquén: solucionado; Instituto Sacre Coeur (CABA) y Sanatorio Lavalle de Jujuy, ambos en vías de resolución. Otro fue el de la Clínica Provincial de Merlo, por intento de desplazamiento de un colega: se solucionó.

En la Asamblea del 12 de abril del 2000, en la AMA, me tuve que referir a un tema desagradable pero considere que se debía dar a conocer. Manos anónimas habían pretendido desvirtuar los objetivos éticos de la

Comisión Directiva y de su Presidente, aduciendo falta de Ética en el procedimiento de renovación de autoridades; lo hicieron por medio de dos cartas anónimas enviadas en los meses de febrero y marzo. Una moción de repudio a los anónimos, ante ese hecho de cobardía, fue propuesta por el Dr. Santiago Muzzio, la misma se aprobó por unanimidad y finalmente se dio por terminado el tema.

En este período se hizo cargo del diseño, diagramación y armado de los boletines el Sr. Germán Delgado, de la empresa de Comunicación visual Graphos. La Sta. María Inés Aráneo suplantó a Virginia Rivera, ante la renuncia de la anterior secretaria.

En septiembre del año 2000 tuvimos el IXº Encuentro en la Ciudad de Mar del Plata, en que, por cumplirse los 25 años de existencia del CACCV, se invitó al Dr. J. Albertal a que disertara en la apertura del Encuentro. Allí fueron resaltados los logros alcanzados por el Colegio y seguidamente se refirió al presente y futuro del cirujano cardiovascular.

El Dr. J. Trainini explicó las bases fundamentos y virtudes del proyecto de Ley del Fondo Nacional para la Cirugía Cardiovascular, trasplante cardíaco y cardiopulmonar (FO.NA.CI.CA.)⁽³⁰⁾. Enunció a continuación 4 virtudes del proyecto de ley: el principio de universalidad del mismo; permitir la libre elección del profesional; presentar una distribución de fondos equitativa y por último, ofrecer claridad administrativa.



Encuentro en Mar del Plata. Año 2000.

(29) Boletín N° 1, año 2000, pág. 27

El FO.NA.CI.CA.⁽³¹⁾ se integraría con fondos provenientes de: aportes del estado; de los entes autónomos; del aporte de las instituciones de asistencia médica colectiva; del aporte por afiliación directa de personas y de un gravamen de un 5% sobre los premios a abonar por los aciertos del juego de azar.

En el encuentro, las Regionales expusieron sus informes y propuestas como ya era costumbre. Se agregaron otros conflictos gremiales en: Sanatorio Morano; Sanatorio Julio Méndez y la Obra Social del Ministerio de Economía.

Durante el evento hicimos una encuesta sobre temas laborales inherentes a nuestra especialidad sobre 275 socios asistentes al encuentro, solo el 28% completó la misma. Aun así, se sacaron algunas apreciaciones, el 85,7% trabajaba sin contrato; el 66% trabaja en más de un sitio y solo el 2,5% estaba vacunado contra la hepatitis.

Cabe hacer algunas reflexiones, en principio podemos colegir el escaso cuidado en la prevención de enfermedades profesionales que tenemos, la poca seguridad laboral que poseemos y la precariedad manifiesta en nuestro trabajo además del hecho de, que en general, hace falta tener dos o tres lugares de trabajo para poder subsistir. Finalmente se mostró la escasa adhesión que tenemos a las encuestas.

Durante ese período se estableció la acreditación de Residencias, cuya reglamentación estuvo a cargo de Dr. Ricardo Etcheverry.

Se logró también, un convenio de cooperación entre el CAPAC y la Asociación Española de Perfusionistas.⁽³²⁾

Se firmó el 22 de diciembre del 2000, el primer convenio de reciprocidad para la Certificación de Profesionales con el Colegio Médico de Salta. La negociación y tramitación del mismo fue realizada por el Dr. Luis Molteni.⁽³³⁾

Se sumaron tres conflictos gremiales más: el del Instituto de Cardiología S.A., que utilizaba en concesión las instalaciones del Hospital Español, por deudas de honorarios, en algunos casos de varios años; pre-

sentó una quiebra comercial y solicitó el concurso preventivo de acreedores. Una de las características que tuvo este conflicto, fue que se unieron por primera vez, el CACCV, la Asociación Argentina de Anestesiología de Buenos Aires (A.A.B.A.), el CAPAC y el CACI.⁽³⁴⁾ En el Hospital Aeronáutico, por despido de un colegiado, se inició un nuevo conflicto. Este colega inició acciones judiciales a la Cooperativa Medica Ltda. por una deuda de honorarios. Así mismo se notificaron sanciones éticas a cuatro asociados por infringir el Código de Ética.

Los dos últimos encuentros nos habían dejado un muy buen superávit de dinero que rápidamente fueron convertidos a dólares, depositándolos a plazo fijo. Así se fue gestando la idea de comprar un inmueble, tener nuestra sede propia, poder ser propietarios de nuestra sede, después de tanto deambular cambiando domicilios.

El proyecto fue profundamente analizado en Comisión Directiva con asesores contables, teniendo en cuenta el dinero que ingresarían por los eventos a organizar en los dos próximos años, más lo que teníamos ahorrado en dólares, la factibilidad estaba, parecía que se podía hacer realidad el sueño de la casa propia.

El proyecto fue presentado en una Asamblea Extraordinaria en la AMA, convocada a tal efecto, con la presencia y participación de gran cantidad de socios. Con el asesoramiento económico y financiero de nuestra contadora, se vió que era posible tomando los recaudos del caso. Los socios aprobaron el proyecto por mayoría después de un meduloso debate y nos pusimos manos a la obra.

Con la ayuda de Albertal, Saadia, Molteni y la Sra. Alida comenzamos a caminar en la búsqueda, al principio queríamos elegir el mejor barrio posible, comodidades, con-

(30) Boletín N° 2, octubre 2000, pág. 14-16

(31) Boletín N° 3, diciembre 2000, pág. 24-26

(32) Boletín N° 3, diciembre 2000, pág. 54

(33) Boletín N° 3, diciembre 2000, pág. 31-32

(34) Boletín N° 1, julio 2001, pág. 27-30

fort, estacionamiento cerca, lugar para un aula; buscábamos entre cuatro y cinco ambientes, por lo menos, para nuestras necesidades. Visitamos 25 inmuebles y se nos hacía muy difícil la decisión, hasta que nos invitaron a ver una casa en la calle Catamarca 536, barrio de Balvanera de esta capital; el barrio no nos convencía de acuerdo a lo planeado, pero igual fuimos. Era una casa antigua, muy bien conservada por los dueños iniciales, tenía una superficie de 400 metros cuadrados cubiertos, ocho ambientes repartidos en dos pisos. Poseía una terraza, el patio, dos baños completos y dos toilettes, en fin una buena superficie muy bien mantenida, con los papeles en orden, todo bien pero seguía sin agradarnos el barrio.

A pesar de ello comenzamos las negociaciones con el Sr. Alejandro Casanovas, dueño de la propiedad, logramos pactar un precio de USD 280.000 a pagar en cuatro años con cuotas fijas en dólares con un interés sobre saldo deudor. Parecía bueno el arreglo, no nos imaginábamos el futuro del país...

Se discute la propuesta en Comisión Directiva. Ya teníamos mandato de la Asamblea para la compra de la casa, se lo consideraba factible y por lo tanto se aprobó la compra para fines del año 2000. El 7 de marzo del 2001 se firmó el boleto⁽³⁵⁾, entregamos parte de los dólares que teníamos ahorrado y nos quedaban cuatro cuotas fijas iguales, en dólares, con una tasa de interés de 9,6% sobre saldo deudor.

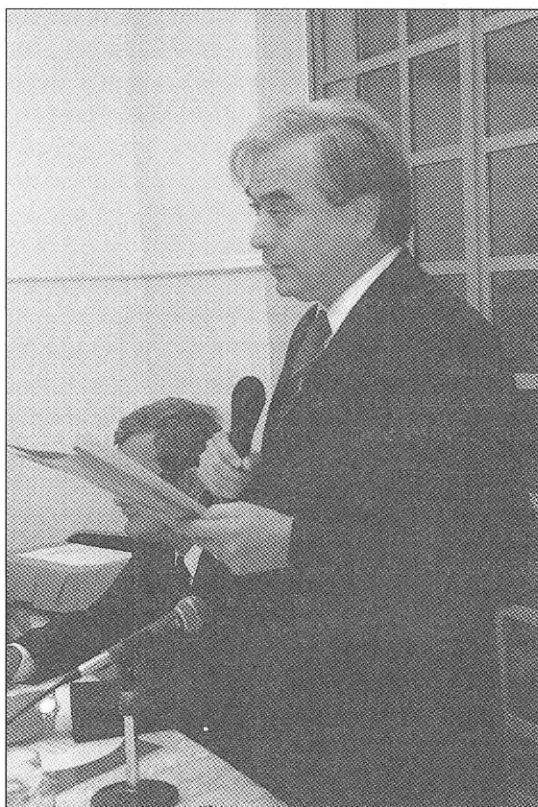
FINALMENTE PROPIETARIOS Y TIEMPO DESPUÉS, ¡SE DESATO EL CAOS! SIN EMBARGO “EL ÁRBOL” SE MANTUVO EN PIE.

La Casa se inauguró en el mes de abril del 2001, con el cambio de autoridades. Asumía la presidencia por segunda vez el Dr. Luis Molteni en su alocución inicial, puso énfasis en diferentes puntos: mejoras en el área educativa, la necesidad de lograr la acre-

ditación de residencias y la creación de un área de previsión para los cirujanos. En otro punto trató de contar con una comisión permanente de honorarios y profundizar en el área legal inherente a la mala praxis.

En esa sesión agradecimos a las empresas que en aquél entonces colaboraban satisfaciendo las necesidades del Colegio. Ellas eran: Accemed, Angiocord, Bioimplant, Biosud, Boston Scientific, Emeclar, Innovación Científica y Medtronic, a todas ellas seguimos rindiendo nuestra gratitud y afecto.

Para entonces un grupo de socios que no se sentían representados y con espíritu separatista, formaron un “club de cirujanos” amigos con representantes de varias provincias. Un tiempo después constituyeron una Asociación, publicaron una revista y hasta realizaron eventos científicos exitosos con la asistencia de relevantes invitados extranjeros y con el apoyo de empresas.



Inaguración de la casa actual del CACCV.
Año 2001.

(35) Boletín N° 1, julio 2001, pág. 7

Un tiempo después se deshizo el grupo que lo dirigía, se fue apagando el fuego inicial y varios de sus componentes se relacionaron nuevamente con el Colegio.

Comenzamos a trabajar en el nuevo domicilio. La casa del cirujano cardiovascular, con nueva secretaria: la Srta. Gabriela Pereyra Díaz, quien se desempeñó por poco tiempo; la Sra. Alida Trucco que nos acompañara desde tiempo atrás y la Sra. Nilda Larsen que ya se encargaba del cuidado de la casa y su limpieza. Le agradecemos su fielidad ya que esta aún con nosotros.

También se instaló y comenzó a funcionar la página web: www.caccv.org; con ello se abrió la posibilidad de realizar cursos a distancia y estimular la educación continua. Durante el año fueron reconocidos con el título de Cirujanos Maestros los Dres. Alfonso Albanese, Jorge Cigorraga y Gerónimo Guastavino.

En agosto del mismo año nos acercamos al ANMAT para conformar conjuntamente, un proyecto: El Registro Nacional de Cirugía Cardíaca (RENACICAR) a través de un convenio de colaboración y cooperación técnica entre el CACCV y el Ministerio de Salud de la Nación. Esta tarea estuvo a cargo del Dr. Félix Fabrycant, constituiría un gran aporte pues necesitábamos cifras estadísticas que no teníamos, ni aún tenemos. La idea era también agregar, en una segunda etapa, la morbitmortalidad ajustada a riesgo; pero, poco a poco se desvaneció este proyecto y nadie lo retomó.

Se da a conocer el proyecto FONACICA el 28 de agosto de 2001 en el Honorable Concejo Deliberante de Avellaneda, éste emitió un acuerdo en el que adhería en todos sus términos al proyecto. Fue el primer paso de un largo camino que llegaría a la Cámara de Diputados de la Nación. Me detengo en la creación proyecto FONACICA por la importancia social para la comunidad e institucional para el Colegio.

Constaba de 6 capítulos, divididos por artículos: Capítulo I: Disposiciones generales, ámbito de funcionamiento, constitución y funciones. Capítulo II: alcance, beneficiarios y prestaciones. Capítulo III: Recursos,

constitución del fondo. Capítulo IV: Organización, dirección y auditoria. Capítulo V: Acreditación de prestadores; solicitud, evaluación, acreditación, prestaciones quirúrgicas. Capítulo VI: Irregularidades, auditoria y penalidades.

Luego son descriptos largamente los fundamentos del proyecto de ley. Este proyecto fue impulsado por los diputados: Jorge Rivas, Alfredo Bravo, Elisa M. Carrio, Héctor Polino, Rubén Giustiniani entre otros, pertenecientes al FREPASO. Ingresó a las Comisiones de Acción Social y Salud Pública y a la de Economía y Presupuesto de la Cámara de Diputados, el 6 de septiembre del año 2000.

En agosto del mismo año se realizó otro curso de entrenamiento para cirujanos, con el auspicio del CACCV, para el Tratamiento Endovascular de Aneurismas de Aorta Abdominal. Se desarrolló en el Hospital Español de la Plata, dirigido por el Dr. Marcelo Cerezo.

En el mismo mes de agosto se efectuó el X Encuentro Multidisciplinario de Cirugía Cardiovascular realizado en Córdoba Capital. Asistieron 210 cirujanos y durante el evento, sumaron su participación las Instrumentadoras Cardiovasculares, en número de 64; las Enfermeras Cardiovasculares, con 78 asistentes y en un número menor, los Anestesiólogos Cardiovasculares y Perfusionistas; el total de inscriptos fue: 646. Con esos ingresos más parte de lo ahorrado se pagó, en octubre, la cuota de la Casa correspondiente al año 2001.

El informe de la subcomisión gremial, en la Asamblea, durante el encuentro estuvo dedicado al conflicto del Hospital Español; dándose a conocer que continuaban las gestiones por el mismo, hubo un ofrecimiento económico como resarcimiento pero fue descartado por ser considerado insuficiente. El CACCV fue intimado por carta documento por el Hospital Español.

Se agregaron dos nuevos conflictos: uno con OSPLAD, por honorarios impagos y después de una gestión exitosa, los socios recibieron un plan de pago. El otro fue con Circulo Médico de San Juan, el Colegio pro-

movió también el cobro de los honorarios.

El Dr. L. Molteni propuso un Proyecto para la creación de un Consejo Federal, a fines de mejorar la comunicación con las Regionales que, pese a los esfuerzos, era siempre insuficiente, para ser presentado en la Asamblea Extraordinaria de diciembre de ese año. Del mismo modo evaluamos la posibilidad de formar una Mutual, pensando en la previsión de los socios en el momento del retiro y en el caso de enfermedades crónicas o invalidantes de los colegiados. Por el escaso número de socios no pudo prosperar la idea.

El 8 de diciembre del 2001 se llevó a cabo en nuestra Casa del Cirujano Cardiovascular el 1º Encuentro de Hospitales Públicos, se abordaron tópicos de actualidad como: los riesgos en el manejo de la salud; se insistió en la potencialidad de la investigación médica, en la definición del modelo de atención necesaria; fue resaltada la falta de residencias acreditadas y la invasión producida por empresas multinacionales en nuestro sector.

Después del 20 de diciembre todo cambió, un caos social se instaló en el país, cayó el presidente Dr. Fernando de la Rúa; lo sucedieron cinco presidentes en doce días, el último de ellos provoca una devaluación abrupta y monstruosa del peso. Habíamos salido del famoso “uno a uno” y violentamente pasamos al “cuatro a uno”. Allí comenzaría nuestras penurias para afrontar las cuotas siguientes de la hipoteca, el plan que habíamos repensado y trazado cuidadosamente ya no podría llevarse a cabo. ¡Que desazón nos invadió y con perplejidad tuvimos que afrontar la próxima cuota! Nada estaba claro en esos momentos ni para los contadores ni para los jueces. El año 2002 fue tenso en todos los aspectos, con crisis económica y gran incertidumbre.

Tan es así que el 4 de marzo del 2002 el Colegio propició una jornada de protesta, consistía en posponer, en los lugares de trabajo, la cirugía programada para ese día y

convocar, en nuestra sede, al periodismo para difundir y comunicar a la opinión pública la grave situación que atravesaba la Sanidad y en especial nuestra especialidad sufriendo el aumento de mortalidad en las listas de espera, la falta de insumos médicos y el aumento de costos, sumado al desabastecimiento, los recortes de honorarios y sueldos demorados o impagos.

La jornada se cumplió con responsabilidad y respeto a la consigna. Pues las razones eran reales y estaban a la vista de cualquier persona entendida en el tema. Sin esa medida el periodismo no hubiera dado difusión a los motivos que originaron la medida, que además siempre resulta antipática a la mirada de la sociedad.

Este acto nos trajo algún problema con algunos colegas que no acataron la jornada de protesta y al ser sumariados, terminaron judicializando el hecho y resolviéndose, más tarde el mismo, en la audiencia de mediación judicial.

Antes de llegar a esa medida de protesta se habían realizado numerosas gestiones con reuniones previas desde el mes de febrero, tanto en el Ministerio de Salud como en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. Se hicieron negociaciones con la CADIEM y, en la aduana, por el desabastecimiento de insumos. Incluso se informó de los pasos a seguir al Secretario General de la Presidencia de la Nación, el entonces contador Aníbal Fernández.⁽³⁶⁾

En abril de ese mismo año L. Molteni es reelecto en la presidencia y en su alocución expresó el difícil momento que estaba atravesando la salud en el país y especialmente nuestra actividad. El convenio RENACICAR, al que describí con anterioridad, contaba hasta ese momento con 14 servicios que adherían al proyecto.

Se plasmó un Consejo Nacional de Hospitales Públicos del CACCV, hubieron dos reuniones; una el 29 de junio del 2002 en nuestra sede y la segunda el 8 de diciembre en el Hospital Juan Perón de Avellaneda. Allí, se elaboraron posibles propuestas para la crisis.

Elaboramos un Proyecto para Normas de

(36) Boletín N° 17, julio 2002, pág. 15

Procedimientos realizado en conjunto con el Colegio de Cardiólogos Intervencionistas (CASI), posteriormente se agregó la Sociedad de Estimulación Cardíaca (SADEC)⁽³⁷⁾ con el objeto de realizar la contratación, facturación y cobro directo de honorarios y de servicios con PAMI. Los fundamentos del proyecto fueron: 1) fijar los objetivos; 2) establecer la modalidad de prestación; 3) constituir una comisión de prestaciones; 4) formar una Comisión de auditoría; 5) promover la acreditación de centros y profesionales. De todo esto, solo quedó el entusiasmo inicial, nos faltaron vínculos con los sectores políticos, siempre necesarios para la concreción de proyectos para la comunidad.

Ese año, en septiembre del 2002, la crisis económica obligó a cambiar el lugar elegido como sede del XIº Encuentro; con anterioridad era Bariloche. El lugar elegido recayó en Buenos Aires, junto con el Capítulo Latinoamericano de la International Society of Cardiovascular Surgery. Se realizó conjuntamente el IIº Encuentro Hispano Luso Americano de Cirujanos Cardiovasculares. Para las empresas era un gasto significativo, el costo del traslado de todo el evento al interior del país. Por esos años, la Sra. Pilar Ponce de León y su empresa se ocupaban de la organización de los eventos anuales.

Continuamos con la atención de conflictos gremiales como los de: Clínica G. Catán, Sanatorio Bernal SRL, Cetric SA y la Clínica Privada Pueyrredón. Todas estas por deudas de honorarios con colegiados. El conflicto con la Clínica DANAE-IMEC SA fue por la deuda con un perfusionista.

El abogado Gómez Iguña construyó un modelo de Contrato de Trabajo que había sido solicitado por varios cirujanos. Ese año la secretaria era la Sra. Mariana Correa. El Dr. Carlos Boisonet, Cardiólogo, realizó un asesoramiento en Estadística Médica y de Integración Médico-Quirúrgica para los trabajos científicos.

En la Regional Noroeste se organizó un Curso de Actualización en Cirugía Cardiovascular y Vascular Periférico. La reunión primera se realizó en Salta y la segunda en

Jujuy.

La cuota de la hipoteca en octubre del 2002 planteó el primer problema. Había una gran desorientación legal, a raíz de las normas de emergencia dictadas por el Gobierno Nacional. El acreedor se mostró renuente a recibir el pago de la cuota si éste no se hacía en dólares.

Después de un análisis profundo y haciendo las consultas pertinentes, el Colegio envió una carta documento, a fin de formalizar el pago de la cuota. El acreedor aceptó el pago a cuenta y, como era costumbre en esa época, se siguió negociando. En ese momento nuestra abogada era la Dra. Celia Da Greca. Unos meses antes había renunciado Gómez Iguña quién nos había acompañado muchos años y estaba compenetrado e identificado con la institución y sus colegiados.

En ese período se elevó un reglamento, ante el Ministerio de Salud, con las "Normas de Organización y de Funcionamiento"⁽³⁸⁾, se hizo en conjunto con SAC, SADEC, y el CACI. Posteriormente adhirió la Federación Argentina de Cardiología (FAC). Las Normas se referían a: 1) los servicios de CCV (CACCV); 2) las áreas de electrofisiología y estimulación cardíaca (SADEC, SAC, FAC); 3) áreas de hemodinamia con diagnóstico y terapéutica endovascular por cateterismo y la de cirugía endovascular vascular (CASI, CACCV).

El 20 de febrero del 2003 el CACCV fue invitado por primera vez a la Sesión Extraordinaria de la "Mesa Sectorial de Salud del Diálogo Argentino" con la presencia de representantes del Ministerio de Salud de la Nación, un enviado de Naciones Unidas, miembros del Departamento de Laicos de la Conferencia del Episcopal Argentina contando, así mismo, con representación de legisladores, gremialistas y organizaciones no gubernamentales.⁽³⁹⁾

Al año siguiente 2003, en el mes de marzo, asume su segunda presidencia el Dr. Jor-

(37) Boletín N° 17, julio 2002, pág. 11

(38) Boletín N° 18, enero 2003, pág. 12

(39) Boletín N° 19, junio 2003, pág. 21

ge Trainini y el Dr. Molteni, en su discurso de despedida, en la Asamblea Ordinaria hizo referencia a "las actitudes de algunos colegiados abiertamente encontrados con los propósitos del Colegio y de la mayoría de sus miembros" e hizo un nuevo llamado a la unidad y dio la bienvenida al nuevo presidente.

En el país seguía la turbulencia social y económica. En su alocución de apertura Trainini subrayó tres preocupaciones a tener en cuenta: 1) el trabajo de la especialidad que venía disminuyendo, 2) la necesidad de dedicarse a la defensa de los honorarios, 3) el pago de la hipoteca de la sede. Habían pasado seis meses de la presentación del proyecto de Ley FONACICA en la Cámara de Diputados y hasta ese momento no habíamos tenido respuesta.

Obtuvimos el ISSN (International System Serial Number), tanto para la revista impresa como así también, para la revista publicada en forma online después de haber cumplido dos años nuestra página web. El ISSN es otorgado, en nuestro país, por el CAICYT (Centro de Informes Científicos y Tecnológicos) y el CONICET.

En el conflicto con el Hospital Español, se mantuvo la solidaridad gremial con el CASI y el CACCV. No así con los anestesiólogos de la AABA, que dio por levantado el conflicto, ¡vaya a saber por qué!, y así, se debilitó nuestra posición. El 12 de marzo del 2003 nos comunican que la empresa CEALTE estaba en tratativas con el Hospital Español para hacerse cargo del instituto cambiando su sigla comercial; la empresa tenía contrato con un cirujano colegiado quién informó al Colegio que había sido intimado a cumplir con el contrato y el 1 de marzo del 2003, nos confirmaron que el ex CEALTE había realizado una cirugía, el cirujano es citado por la comisión Directiva y después de la entrevista se envían actuaciones sobre el caso al Tribunal de Ética.

Se resolvieron varios conflictos: el de la Clínica Catan, Bernal SRL, OSPLAD y Co-

legiales. Se agregaron otros más, con el Sanatorio Quintar de Jujuy, con el Hospital Militar Central y con el ICBA. El Problema relacionado con el sanatorio Cetric se transfirió al Tribunal de Ética para su evaluación.

El antiguo propietario, Sr. Casanova, inició una demanda por la deuda en dólares billetes y el 20 de mayo del 2003 tuvimos la audiencia de mediación sin alcanzar el acuerdo de las partes⁽⁴⁰⁾. Hasta el momento no existía un patrón jurídico para juzgar este tipo de situaciones.

El curso anual, señorío de la Asociación Argentina de Angiología y Cardiovascular, que se dictaba en la AMA se trasladó a nuestra sede. Se agregaron ese año un curso superior de cirugía cardíaca y otro para instrumentadoras. Además de un curso para médicos perfusionistas, se incluyó el clásico curso obligatorio de radiofísica a cargo del Dr. Lapasta del Ministerio de Salud que venía dictándose desde 1999 también en la AMA.

El 20 de junio del 2003 en nuestra sede se inauguró la sala Auditorio que lleva el nombre del Dr. René G. Favaloro. Unas semanas más tarde se abrió, en una de nuestras salas, el Museo de Marcapasos con el aporte de elementos relacionados provenientes de la donación de varios de nuestros socios y de la Fundación Posse, bajo la iniciativa y cuidado del Dr. Francisco De Pedro.

En septiembre del 2003 se realizó, en Buenos Aires, el XIIº Congreso Argentino de Cirugía Cardiovascular. El Dr. Juan Carlos Parodi tuvo a su cargo la apertura del Congreso con la presencia de relevantes figuras extranjeras invitadas. Se hizo en conjunto con el XIXº Encuentro de Perfusiónistas y el IIIº Encuentro de Instrumentación Cardiovascular. Dentro del mismo evento se incluyó un simposio de autotrasplante celular cardíaco, en cooperación con CardiacBioassist Assosiation.

Con la crisis económica la revista "Actas Cardiovasculares" dirigida por el Dr. Sampere tuvo dificultades para subsistir; a pesar de sus denodados esfuerzos, perdió la continuidad que venía teniendo desde 1990 ininterrumpidamente. Es por eso que

(40) Boletín N° 19, junio 2003, pág. 20

en el mes de septiembre, el Colegio lanza el primer número de su propia Revista Argentina de Cirugía Cardiovascular, órgano de difusión científica, humanística e histórica de nuestro Colegio. Se nombraron directores a los Dres. Miguel Ángel Lucas y Túlio Sampere, este último se desligó de la dirección tempranamente. El editor en sus comienzos era Germán Delgado, de la Editorial Graphos. Se sometió a las normas del CONICET y el CAYCIT; su distribución fue siempre gratuita. Las tapas de la revista fueron ilustradas con pinturas realizadas por médicos artistas de nuestro país.

Como el pago de la tercer cuota de la casa vencía en octubre, la Asamblea Extraordinaria del 23 de marzo 2003⁽⁴¹⁾ decidió negociar primero con Casanova y si no hubiera entendimiento, se pagaría en pesos con el valor dólar del día. Al ser esta alternativa rechazada por el acreedor, se decide al día siguiente consignar el valor de la cuota adeudada, quedando radicada en consignación en el juzgado Civil N° 67, autos "Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares c/Casanovas Alejandro Jacinto s/Consignación de pesos", con la presencia de nuestra escribana, la Sra. Basabilbaso.⁽⁴²⁾

El 18 de noviembre del 2003 se inauguró el museo de Perfusión Extracorpórea con la contribución del Hospital Italiano de Buenos Aires, del Instituto Cardiovascular Buenos Aires y del Dr. Gerónimo Guastavino.

En el mismo año se inauguró la sede de la Regional Centro en un departamento alquilado en la Ciudad de Córdoba, durante la presidencia de Jorge Rodríguez Campos.

El 17 de marzo del 2004 asumió su tercer período Jorge Trainini, se leyeron y aprobaron los informes de secretaría y tesorería. Fueron entregados los diplomas a los nuevos Miembros Titulares y fue otorgado el premio CACCV. Se notificó a los asistentes acerca de que las modificaciones del estatuto fueron inscriptas en la IGJ el día 8 de agosto del 2003.⁽⁴³⁾

El Dr. J. Trainini comunicó que, por una orden judicial, no se podría tratar el punto correspondiente a las apelaciones de las sanciones éticas aplicadas a tres colegiados.

Seguidamente se pasó a un cuarto intermedio hasta tanto se obtuviera la autorización judicial para poder tratarlas.

Informe de secretaría: durante el año 2003 se creó la Secretaría Científica y se dictaron cursos sobre: Accesos Vasculares a cargo de Amílcar Vaccario, ex-presidente del CACCV, y Juan Paolini; Curso Superior de Terapéutica Endovascular, a cargo de los Dres. Marcelo Pataro y Marcelo Cerezo; se dictó también el Curso Superior de Cirugía Cardíaca cuyos directores fueron los doctores Jorge Trainini, Carlos Ponzone y Carlos Presa. Se incluyeron además, el Curso de Iniciación de Instrumentación Cardiovascular, a cargo de la Sra. Ana María Cavo y un Curso de Perfusión para médicos dirigido por el Dr. Juan C. Vázquez. Se implementaron también, cursos a distancia con buena aprobación de los asociados.

La cuarta y última cuota de la hipoteca, se depositó en consignación en el juzgado Civil N° 67 como lo veníamos haciendo con el asesoramiento de la escribana Sra. Basabilbaso.

La asesoría jurídica de la Dra. Da Greca se había mantenido hasta ese momento y fueron agregados los asesoramientos de tipo gremial y la Reglamentación de Sumarios, a cargo de Adolfo Saadia y el de Legislación Médica llevada a cabo por el Dr. Carlos Goldstein, como un aporte a las necesidades de los asociados. También se creó un Círculo de Instrumentadoras en Cirugía Cardíaca otorgándoseles un lugar físico en nuestra sede.

Nuevos conflictos gremiales se sumaron: el de la Clínica Alcorta de Haedo, Provincia de Buenos Aires; el del Sanatorio Junín, Provincia de Buenos Aires; igual pasó con el Policlínico San Lucas, de Río Cuarto, Córdoba y finalmente citó el del Sanatorio Nuevo Cruz Azul, todos los casos nombrados se dieron por deuda de honorarios. En el caso de la Clínica Modelo de La Pampa existió

(41) Boletín N° 19, julio 2003, pág. 8

(42) Boletín N° 20, noviembre 2003, pág. 10

(43) Boletín N° 21, agosto 2004, pág. 7

un conflicto ético.

Ante la necesidad de conocer la situación de los médicos en formación, se creó la Comisión de Residentes y Becarios⁽⁴⁴⁾ y se confeccionó un padrón evaluando la distribución de los mismos en el país, los tipos de programas de residencia, la cantidad de procedimientos realizados en los servicios, entre otros aspectos. Tuvieron reuniones en la sede y los temas abordados fueron: el compromiso de los docentes, la carga horaria de los residentes y las exigencias del programa y por fin, el número de residentes en formación. Se debatieron propuestas y la necesidad de acreditación de las residencias existentes en CCV.

Para el día 29 de noviembre del 2003 fue convocada la primera Jornada de la Regional Metropolitana en el Hospital San Juan de Dios de Ramos Mejía, Provincia de Buenos Aires; allí concurrieron como invitados los doctores: Alfonso Albanase, Jorge Trainini, Amadeo Barousse y Marcelo Cerezo; los temas abordados fueron humanísticos y asistenciales.

En el mes de agosto se inició un Curso de Investigación Clínica en Cirugía, de dos días de duración, a cargo del docente Dr. Daniel Tripoloni.

Fue cambiado el nombre de Encuentro, a nuestro evento científico anual, por el de Congreso. Al Congreso de Cirugía Cardiovascular se decide realizarlo, preferentemente, en Buenos Aires por pedido de las empresas para contener los costos de la organización. En el mes de septiembre se llevó a cabo el XIIº Congreso de Cirugía Cardiovascular con gran participación de invitados extranjeros. Se realizó en conjunto con el Iº Jornada del Cono Sur y IVº Encuentro de Instrumentadoras Cardivascularas además del habitual encuentro de perfusionistas, el número XX este año.

Hasta esta fecha llegó la impresión de los boletines y gracias a ellos pude reconstruir

gran parte de estas memorias; la edición de los boletines, en su totalidad, estuvo a cargo y responsabilidad de Adolfo Saadia; también colaboró ampliamente con él, Carlos Ponzone y en algunos números publicados, ayudó Alejandro Machain.

En marzo del año 2005 asume la presidencia el Dr. Carlos Ponzone, por primera vez en el Colegio se presentaron dos listas a las elecciones, Ponzone gana en forma ajustada. Lo esperaba una gestión muy movida, con el problema judicial iniciado en el 2003 que seguía el curso inexorable.

Jorge Trainini y Blas Mancini fueron elegidos como representantes del CACCV ante la Federación Latinoamericana de Cirugía Cardiovascular.⁽⁴⁵⁾ El asesor legal, Dr. Carlos Berini solicitó a la Comisión Directiva que se le pagaran honorarios cuando ejercía la representación del CACCV en juicios y lo hizo basándose en el acuerdo económico logrado con la Sra. Alida Trucco de Rivera, quién se había jubilado unos meses antes.

En el mes de julio la agencia de la IGJ permanecía en huelga, por este motivo no recibió las modificaciones del Estatuto que habían sido aprobadas en la Asamblea Extraordinaria.

Un grupo de colegiados del interior había solicitado que se realizara una segunda elección, en septiembre, durante el Congreso, para que con mayor número de electores que las que hubo en marzo, se convalidara en forma oficial al nuevo presidente. A mediados del mismo mes se cita a los colegiados que conformaron ambas listas, las que compitieron en la última elección del mes



Encuentro en Mar del Plata. Septiembre 2005.

(44) Boletín N° 21, agosto 2004, pág. 14-15

(45) Acta de Comisión Directiva 01/05/2005

de marzo para consensuar el nuevo acto electoral.⁽⁴⁶⁾

Durante la presidencia de Carlos Ponzone se llevó a cabo, en el mes de septiembre del 2005, el XIVº Congreso Internacional de Cirugía Cardiovascular en Mar del Plata, se realizó otra elección con dos listas. El evento estuvo convulsionado como consecuencia de la política interna reinante. El Dr. Ponzone ganó las elecciones por un voto.

En ese período el CACCV realizó un importante acuerdo con la empresa de Seguros la Meridional, abarcativo a todos los colegiados del país. Se consiguió, entonces, un seguro del rodado contra todo riesgo, con descuentos especiales para los asociados.

A mediados de noviembre el Laboratorio Roemmers donó dos computadoras. Y el asesor médico de OSDE, Dr. Saradía, ofreció al Colegio la sala de conferencias de la entidad para trasmisión de teleconferencias. En enero del 2006 el Dr. F. De Pedro informa a la CD que la Fundación Posse donó la suma de \$ 3000.- para la compra de una impresora y un aparato de aire acondicionado. La Empresa Zurich donó dinero para la remodelación del Museo Cardiovascular.

El Dr. Mariano Ferreira, director del curso de Terapéutica Endovascular, comunica a la CD que le ofrecieron una Beca para el alumno con mejor promedio de este curso, para concurrir a la Washington University por tres semanas.⁽⁴⁷⁾

En septiembre del año 2006 asume la presidencia el Dr. Luis Frank, quien ocupó la misma hasta el año 2008. Fue este otro período convulsionado y con la amenaza del remate de la sede. Finalmente no dio así y terminó bien gracias a la actitud solidaria y responsable de los colegiados.

De todas maneras hubo que atender otras actividades del Colegio, los cursos habituales, la preparación del Congreso, tener en cuenta la evolución de los conflictos, tomar exámenes entre otras cosas y además conseguir el dinero para salvar la propiedad.

En el año 2006, el XVº Congreso Interna-

cional de Cirugía Cardiovascular se realizó en Buenos Aires junto con el IVº Encuentro Hispano Luso Americano, con la asistencia de gran cantidad de colegas y amigos españoles y de Brasil. También se efectuó el IIIº Congreso del Cono Sur, además del usual Encuentro de Instrumentadoras Cardiovasculares y el acostumbrado de Perfusionistas, esta vez, se hizo en conjunto con la Asociación Española de Perfusion.

En agosto del año 2007, el CACCV remitió una nota a Graciela Ocaña, directora ejecutiva del PAMI, para que en las licitaciones que efectuara dicha institución por compra de insumos de nuestra especialidad, nuestro Colegio participara en calidad de asesoramiento técnico con facultad de emitir una opinión respecto de la calidad de los mismos. Solicitando también, que esta nota se elevara a la Oficina Nacional de Contrataciones ya que se estimó que la cooperación del CACCV sería de utilidad a los fines de una mejor calidad de servicio.

El XVIº Congreso Internacional de Cirugía Cardiovascular, del año 2007, se hizo esta vez en la ciudad de Salta. Hubo buena concurrencia desde todo el país y un selecto grupo de invitados extranjeros, más el aporte tradicional de Instrumentadoras y Perfusionistas. El evento alcanzó el nivel científico esperado y un buen espíritu de camaradería.

OPERACIÓN SALVATAJE APUNTALANDO AL ÁRBOL, FUE SALVAGUARDADO

Este episodio de nuestra vida institucional por la connotación que representó, requiere de un apartado. Voy a reseñarlo en un compacto.

El CACCV firmó el boleto de compra de la casa de Catamarca 536, el 7 de marzo del 2001, por la suma total de 280.000 dóla-

(46) Testimonio de Juan Paolini

(47) Acta de Comisión Directiva 04/01/2006

lares. La hipoteca se concretó en el monto de USD 190.000 que se debían abonar en cuatro cuotas anuales iguales en un periodo de cuatro años, con una tasa de interés de 9,6% sobre saldo deudor y se estipuló que todas las cuotas debían ser pagadas en dólares.

El Colegio pudo afrontar bien la primera cuota de USD 54.360 en octubre del 2001. En diciembre de ese año irrumpió en el país el caos social y económico más pronunciado del que se tenga memoria. Se devalúa el peso en forma abrupta, en una relación de 4 al 1 con respecto al dólar. Acordémonos que veníamos de 10 años de paridad 1 a 1 con el dólar. En el mes de enero del 2002 se dicta la normativa de emergencia.

El Sr. Casanovas, acreedor hipotecario, sostenía que debía cobrar lo adeudado en moneda extranjera dólar estadounidense según lo pactado, a pesar de los esfuerzos nuestros y las negociaciones, el acreedor impulsó un juicio contra el Colegio el 20 de diciembre del 2003. Las tres cuotas restantes se depositaron en pesos en consignación en el juzgado N° 67, en su debido tiempo y forma, bajo el asesoramiento de la escribana Sra. Basabilbaso. Contábamos con la asistencia letrada de la Dra. Josefa Celia Da Greca que renunció el 9 de septiembre del 2004. En la presidencia de J. Trainini, asume la defensa del colegio el Dr. Carlos Osvaldo Berini, mientras tanto el juicio seguía su inexorable curso.

A principio del año 2005 el juez solicita una pericia, que es realizada por el Arquitecto Rubén T. Castagnino quien ratificara el valor de la casa en USD 223.200. El 7 de julio renuncia el Dr. C. Berini asumiendo la defensa técnica del CACCV el Dr. Hugo Luis Macedo y la presidencia del Colegio, en ese entonces, la ejercía el Dr. C. Ponzone.

Ante la sentencia adversa dictada en primera instancia por el Juzgado Civil, el CACCV apela apuntando a todos los puntos

desfavorables y en particular a la tasa de interés estipulada por el Juez. En la Cámara se logró que se rectificara la tasa a nuestro favor.⁽⁴⁸⁾

El 27 de septiembre del año 2006 asume la presidencia el Dr. Luis Frank, durante su presidencia se decretó la subasta del Colegio, las reuniones de Comisión Directiva estaban abocadas a conseguir el dinero suficiente para afrontar el juicio y poder así, suspender la subasta del inmueble. La suma que el CACCV debía afrontar era de USD 107.678,42 y hasta se había designado el martillero Público.

En emergencia se convocó a Asamblea Extraordinaria con tono angustioso y con un único tema: obtener los recursos necesarios para el salvataje de la casa. Después de debatir propuestas extensamente, se acordó solicitar donaciones en dólares a los asociados al solo efecto depagar la deuda; el Colegio contaba, además, con los pesos depositados en consignación en el juzgado.

Con una actitud solidaria que enaltece, gran generosidad y el espíritu de unión que reinó en un momento trascendental de la vida del Colegio, muchos socios en dicha Asamblea, se comprometieron a donar dinero en dólares; los montos iban desde 100 a 10.000 dólares por persona.

Ese gran esfuerzo solidario, permitió depositar la suma de \$ 335.956,67. El acreedor hipotecario el 26 de diciembre del 2007, procedió a retirar lo depositado y se logró entonces suspender la subasta. Lo depositado por el CACCV significó, en dólares, la suma de USD 92.668,53 de capital y U\$S 15.009,89 de intereses. Posteriormente, a ello nos quedó la deuda por honorarios profesionales regulados por el juez: abogado del acreedor, Dr. Gargiulo \$ 30.000; Arquitecto Castagnino \$ 12.000; Dra. Josefa Da Greca \$ 15.000; Dr. Carlos Berini \$ 5.000; Dr. Hugo Macedo \$ 25.000; este último, en un gesto que lo engrandece renunció a los honorarios regulados por el Juez. En otro esfuerzo mancomunado algunos socios de la CD prestaron ese dinero y se fueron saldando las deudas gradualmente.

(48) Testimonio escrito Hugo Macedo

PASO EL TORNADO POR CATAMARCA 536 EL ÁRBOL QUEDÓ EN PIE, PERO LASTIMADO

El Dr. Carlos Goldestein asume la primera presidencia en el año 2008 y la renovó, al año siguiente, hasta el 2010. Su período estuvo marcado por dos situaciones que sellaron su gestión; la primera de ellas fue el estar acosado por deudas que ponían en peligro la situación económica del Colegio y la segunda la constituyeron las disputas internas de los socios, que ponían en riesgo la unión de los asociados.⁽⁴⁹⁾

En razón de esto, se puso en marcha un plan de acción que permitiera resolver ambos problemas con un enfoque profesionalizado, con un equipo que se abocara a solucionar el tema principal y urgente de las deudas. Trabajaron allí miembros de la Comisión Directiva, asesores legales y contables.

En cuanto a la tarea de la unificación, se enfocó en el esfuerzo en recuperar parte del prestigio disipado, en especial por el tiempo por nosotros dispensado para salvar la propiedad y se trabajó en insertar al Colegio en foros Internacionales y nacionales. Uno de ellos fue la participación del CACCV como co-organizador en el Congreso Panamericano realizado en Brasil durante los años 2008-2009.

Se llevó a cabo, en el año 2009, el XVIIº Congreso de Cirugía Cardiovascular en Bariloche, con destacados participantes extranjeros. Habíamos logrado la incorporación de la IUA (International Union of Angiology) a nuestros eventos científicos. En esa época hubo un acercamiento a sociedades internacionales como la Society of Vascular Surgery (SVS) y a los Cirujanos Endovasculares de Latino América (CELA).

En el mes de agosto se llevó a cabo un curso de Terapéutica Endovascular con simuladores de tres días de duración, cuyo sponsor fue la empresa Cordis. El presidente propuso usar las oficinas de OSDE ya que nos habían sido ofrecidas con el fin de comunicarnos mejor con las provincias, utilizando la sala de teleconferencia.⁽⁵⁰⁾

Se sumaron nuevos conflictos como los

del Hospital Militar y el IMAC. Aparecieron deudas previsionales con la AFIP. Se le pagaron los honorarios al abogado del acreedor.

En agosto del 2009, la Dra. Abramovich, subsecretaria de Política, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud de la Nación nos informa que el CACCV había cumplimentado el expediente 2002-16.573/09, dando de baja al anterior, de septiembre 1.469/78, reconociendo a nuestro Colegio la autoridad de poder otorgar el certificado de especialista en CCV y Cirugía Vascular Periférica.⁽⁵¹⁾

En el ámbito nacional se concretó en la ciudad de Ushuaia, en agosto del 2010, el primer consenso de Cirugía Vascular del Sur con una conspicua participación federal de cirujanos vasculares, el EWIC, cuya motivación generó un segundo encuentro al año siguiente.

En el año 2010, se efectuó el XVIII Congreso de Cirugía Cardiovascular en Buenos Aires, en conjunto con el Colegio de Cirugía Venosa y Linfática y la Sociedad Bonarense de Flebología y Linfología, del evento participaron otras Sociedades Internacionales tales como: ISMIC, CELA e ISES. Hubieron numerosos inscriptos y participaron relevantes expositores extranjeros; con una gran exposición de stands comerciales.

Se mantuvieron conversaciones con el Dr. Williams, del Ministerio de Salud de la Nación (MSN) en enero del 2011 para indagar la evolución del pedido respecto del Título de especialista de Cirujano Cardiovascular Pediátrico, solicitado previamente por el CACCV.

En ese mismo mes comenzaron las obras necesarias de mantenimiento y refacción de la sede, remozándola en su aspecto exterior e interior, esto fue impulsado y controlado por el Dr. Luis Bechara Zamudio.

El 23 de marzo del 2011 se incorpora el Museo del CACCV dentro de la red de mu-

(49) Testimonio escrito de Carlos Goldenstein

(50) Acta de Comisión Directiva 16/09/2009

(51) Acta de Comisión Directiva 26/08/2009

seos Municipales y se lo integra a la noche de los museos.

En marzo, el Colegio propone algunas reformas al Estatuto, que había sido modificado por última vez en el año 2003.⁽⁵²⁾ Se estableció otorgar certificados de habilidades a Cirujanos Cardiovasculares y Vasculares Periféricos reconocidos, porque era el pedido de ciertos financiadores que requerían acreditar a prestadores en este tipo de terapéutica. El Colegio decidió certificar a cirujanos vasculares, reconocidos y con propensión a la flebología.

En marzo una delegación del Colegio asistió al Congreso ICON, realizado en Phoenix, Arizona. Por primera vez, hubieron tres mesas redondas en castellano dentro de un evento científico en Estados Unidos. Ese mismo mes renuncia a la secretaría la Srta. Marianna, quién había reemplazo en su paso fugaz por la institución a la Srta. Florencia e ingresa en su lugar la Sra. Romina Pagnotta, actual secretaria.

En esa época del año a German Delgado, de ediciones Graphos, se lo desafectó como editor de la revista; siguió por un tiempo con la grabación de los cursos que se realizaban dentro del colegio.

La edición de la revista, hasta la actualidad, comenzó a estar a cargo del Sr. Gastón Labonia.

En la Asamblea del 27 de abril del 2011 se entregaron los certificados de habilidades a cirujanos endovasculares y flebólogos. El Dr. Antonio. Piazza propuso que el colegio fijara una postura entre las llamadas instituciones abiertas y las cerradas para el ingreso de profesionales a fin de evitar conflictos entre colegas. Se instrumentó un nuevo dominio y diseño de la web, cuya dirección sería www.caccv.org.ar.

En mayo se propone la necesidad de registrar el logo de la institución como propiedad intelectual.

El Colegio recibió, en el mes de mayo de

2011, una invitación de la Asociación Argentina de Cirugía para confeccionar un Nomenclador unificado. El Tribunal de Evaluación eleva la propuesta de modificar los requisitos requeridos para optar al título de especialista entre ellos que la capacitación, en Cirugía General, para nuestra especialidad debería ser de menos años ya que hubieron cambios, en muchos países avanzados, respecto del tema. En la actualidad la tendencia es cumplir con un año de Residencia en Cirugía General o dos años de concurrencia.

El tiempo de duración de las residencias de la especialidad se consensuó del siguiente modo, en cirugía vascular: 3 años; cirugía cardiovascular: 4 años; en cirugía cardiovascular pediátrica: 4 años, más 1 año de jefatura.⁽⁵³⁾

Por esa época aparecieron dos nuevos conflictos: uno en el Sanatorio Sagrada Familia de Junín, por desplazamiento de un socio y otro en el Sanatorio Mitre. También se desvinculó otra de nuestras secretarias, la Sra. Romina Militerno.

La distribución de la revista, a partir de agosto, pasó a cargo de la Empresa Andreanien forma gratuita. Se produce una reunión del CACCV con el Colegio Médico de Rosario para materializar un convenio, con la finalidad de tomar examen en dicha ciudad.⁽⁵⁴⁾ En el mes de septiembre ingresa el contador Claudio Kern ante la renuncia de su predecesora contable de nombre Roxana Cavana.

En la Asamblea del 4 de noviembre de 2011 ocupa la presidencia del CACCV el Dr. Antonio Piazza cumpliendo dos períodos: 2011/2012. Fueron años difíciles en el aspecto económico, como también atareados en lo que fue legalización y actualización de papeles institucionales importantes.

Durante el año 2011 se logró recuperar la Escritura de la casa y la finalización de trámites judiciales con el pago completo de los abogados intervenientes en el juicio. La tarea principal de muchas comisiones alcanzó su logro mayor.

Junto con el ISES se gestó la Jornada de Otoño en Tucumán con muy buena parti-

(52) Acta de Comisión Directiva 30/03/2011

(53) Acta de Comisión Directiva 01/06/2011

(54) Acta de Comisión Directiva 24/08/2011

cipación de especialistas de gran parte del país y la jornada fue de buen nivel científico y agrado y conforme a los presentes. Obteniéndose así una buena integración entre los colegas.

Los trabajos continuaron con las necesarias refacciones y reformas edilicias de la sede.

Comenzaron los cursos del año, en la sede: Endovascular, Accesos Vasculares, Revascularización Carotidea Extracraneana y también el curso anual de Angiología. Agregándose uno más: el teórico-práctico de eco-Doppler Vascular para cirujanos, efectuado en el Hospital J. Méndez.

La empresa MCI de organización de eventos, fue contratada para organizar el congreso anual. Se gestionó la tarjeta de crédito con un banco para el cobro de cuotas.⁽⁵⁵⁾

En el mes de octubre fue dictado un curso con simulador para implante de válvula aórtica transfemoral bajo el auspicio de la empresa Medtronic.

El XIXº Congreso de Cirugía Cardiovascular se efectuó en Buenos Aires y en él participaron otras sociedades internacionales como: HeartSurgeryForum (HSF), CELA e ISES nuevamente; elevaron, sin duda, notoriamente el nivel académico. Se implementó como novedad el taller "*Hands-on*" con gran aceptación de los participantes. Con trasmisión en vivo de cirugías mini invasivas, realizadas por cirujanos extranjeros, desde el Hospital Italiano de Buenos Aires y el Hospital Fernández.

En el mes de febrero del año 2012 asume la dirección de la Revista el Dr. Jorge Trainini. El Dr. Miguel Ángel Lucas, después de casi diez años de labor encomiable, pasó a ser nombrado Director Honorario de la misma. Lográndose para la revista las indexaciones conceptuales en LATINDEX y ICJME (International Committee of Medical Journal Editors).

En abril se llevó a cabo la Jornada de Otoño en Rosario, provincia de Santa Fe, con buena afluencia de cirujanos y gran camaradería. También entablaron relaciones con la Asociación Entrerriana de Cirugía Cardiovascular y Torácica y resuelven auspiciar

el Curso de Aorta que organizó el Dr. Rizzardi en Rosario y la IVº Jornada de Cardiología de Córdoba que se realizaría en el mes de agosto.⁽⁵⁶⁾

Durante ese mes, iniciaron reuniones entre la UBA y el CACCV en búsqueda de un convenio de reciprocidad para que el Titulo expedido, por el Colegio, tuviera respaldo universitario.⁽⁵⁷⁾

En noviembre del año 2012 se realizó un Simposio de Valvulopatías, en la Provincia de Formosa; también se firmó un convenio de reciprocidad entre el CACCV y el Ministerio de Desarrollo Humano de dicha provincia⁽⁵⁸⁾ con la finalidad de poder Certificar especialistas.

El Dr. A. Piazza reflotó, con buen criterio, la Comisión de Residentes que había quedado relegada desde su creación en al año 2003. La denominó CONCICEF (Consejo Nacional del Cirujano Cardiovascular en Formación) se la reglamentó con un Estatuto y se le dio participación especial en el congreso anual.

Asimismo se actualizaron reglamentos de certificación, recertificación, residencias, servicios y de miembro titular. Se logró que el MSN reconociera la especialidad del Cirujano Cardiovascular Pediátrico.⁽⁵⁹⁾

A fin de ese año se realizó el XXº Congreso de Cirugía Cardiovascular en Buenos Aires. Esta vez en conjunto con la Escuela de Leipzig, en paralelo con el SUMMIT (International Society of Endovascular Specialists). Trasmitieron procedimientos de reemplazo valvular aórtico transfemoral y transapical en vivo. El acto eleccionario se realizó durante el congreso y en la Asamblea ordinaria del 12 de diciembre del 2012, asume como presidente el Dr. Roberto Batellini.

Este periodo, como los dos anteriores, se caracterizó por gran interrelación con so-

(55) Acta de Comisión Directiva 09/05/2012

(56) Acta de Asamblea Extraordinaria 23/05/2012

(57) Acta de Comisión Directiva 25/05/2013

(58) Acta de Comisión Directiva 21/11/2012

(59) Acta de Asamblea Ordinaria 07/12/2012

ciedades internacionales y por la gran participación de reconocidos especialistas en nuestros Congresos Nacionales.

El 22 de mayo del 2013, convocada la Asamblea Extraordinaria, se debatiría como lograr los beneficios impositivos que corresponden a una sociedad sin fines de lucro.⁽⁶⁰⁾

Además se fueron solucionando varios de los conflictos gremiales, continuando sin resolución el de la Clínica Espora de Adrogue. De los conflictos, el 60% correspondían a problemas de gerenciamiento como lo fueron los desplazamientos y deudas de honorarios y el 40% restante a contrariedades entre colegiados.

Se cumplieron durante el año con los Cursos habituales en nuestra sede: Marcapasos, Accesos Vasculares, Terapéutica Endovascular, Superior de Cirugía Cardíaca y el legendario, pero actualizado, curso anual de la Asociación de Angiología y Cardiovascular.

Se agregaron los cursos de Revascularización de Miembros Inferiores coordinado por Marcelo Pataro, dividido en cinco módulos, y el de Cirugía Mini Invasiva coordinado por Vadim Kotowicz.⁽⁶¹⁾

Siguieron adelante las negociaciones con la Asociación de Médicos Municipales por el seguro de Mala Praxis para nuestros colegiados. La Asociación Entrerriana solicitó el aval para realizar un convenio con Obras Sociales y prepagas.

El 28 de agosto del 2013 se llevaron a cabo las Jornadas Flebológicas en nuestra sede con gran número de inscriptos y distinguidos expositores.⁽⁶²⁾

El Dr. Roberto Batellini concurrió en varias oportunidades al MSN para hablar con el Dr. Williams, con el fin de configurar un Registro de los Centros del país practicantes de la CCV reflotando un proyecto similar que había sido iniciado por F. Fabrycant en

el año 2000. Además se resaltó la necesidad de contar con un Registro del número de cirugías o procedimientos realizados en el país y sus resultados globales en forma anónima.⁽⁶³⁾

Hacia el final del mes de agosto sale a la luz, fortuitamente, una noticia que nos conmocionó por inusual y desconocido. Con fecha del 6 de febrero del 2012 se constató la inscripción en el Boletín Oficial N° 32.333, la constitución de una S.A., fechada el 17 de enero del 2012 y denominada Cirujanos Cardiovasculares de Latino América SA, con sede social en Catamarca 536, CABA. (!)

El 8 de marzo del 2012 se realiza una escritura complementaria para modificar la denominación social por el nombre de C.I.R.E.N.D. SA., inscripto en el Boletín Oficial N° 32.355 del 12 de marzo del 2012. Con fecha 19 de marzo del 2012 se la registra en la IGJ en el libro de sociedades anónimas, trámite N° 2823675.

El 2 de abril del 2012 se constata la existencia de un contrato de Comodato entre el CACCV y por la otra parte, CIREND SA. Constaba de 8 artículos, en uno de ellos expresa que el destino de la unidad “será exclusivamente comercial”. (!)

En septiembre del 2013 un grupo de 24 socios solicitan al presidente del Colegio la realización con urgencia de una Asamblea Extraordinaria para aclarar los hechos relatados anteriormente que se descubrieron casualmente, sin tener conocimiento la Comisión Directiva ni los asociados.⁽⁶⁴⁾

La Asamblea Extraordinaria se efectuó el 23 de octubre del 2013. Se hizo una descripción de lo sucedido, uno de los miembros involucrados tomó la palabra, “*pido disculpas a la CD y a su Presidente por la situación que tienen que pasar, cometí un error involuntario y sin intención de usufructuar con el Colegio, todos trabajamos para el CACCV*”. Explicó luego, que el objetivo era unificar las secretarías del CACCV y del CELA, para que la SA funcione, con el fin de ingresar al país un dinero en dólares desde Río de Janeiro donde se había realizado un congreso en el año 2011 y el dinero estaba en poder de la

(60) Acta de Comisión Directiva 25/05/2013

(61) Acta de Comisión Directiva 23/03/2013

(62) Acta de Comisión Directiva 07/08/2013

(63) Testimonio de Roberto Battellini

(64) Acta de Comisión Directiva 25/09/2013

Sociedad Carioca de Cirugía Vascular y para que la AFIP le otorgara el CUIT a la SA se requería un Comodato.⁽⁶⁵⁾

Hubo un debate rico en opiniones, se aceptaron las disculpas y se votaron mociones; una fue cambiar el domicilio de la SA, se aprobó por mayoría, la otra fue pasar el tema al Tribunal de Ética para evaluar las actitudes de los colegiados involucrados, fue por 25 votos afirmativos y 18 negativos. El 6 de noviembre del 2013 se constituye de urgencia el Tribunal de Ética que elaboró el sumario.

En el mes de diciembre, se formalizó el XXIº Congreso de CCV junto con la Sociedad de Flebología, con gran éxito por el nivel académico y por el número de inscriptos. Fue organizado también por la empresa MCI. Durante el evento se realizó una nueva elección de CD. El Dr. R. Battillini había decidido no presentarse por los acontecimientos anteriormente descriptos. Debido a ello se presentaron dos listas en el acto electoral; el resultado, increíblemente, fue empate con 75 sufragios para cada lista.

Al no haber definición, se les pide a ambos candidatos que se reúnan a la brevedad para conciliar en una lista consensuada, única y equitativa. Esto no fue sencillo al principio, las reuniones eran agitadas, hasta que uno de los pretendientes a la presidencia, el Dr. Luis Bechara Zamudio se retira de la contienda. Luego, laboriosamente se fueron aglutinando en una única lista, todo el proceso llevó más de un mes aproximadamente.

A principios del mes de febrero del año 2014 ocupa la Presidencia el Dr. Emilio Turco.

El Dr. J. Parodi solicitó difundir y apoyar al Simposio de la Clínica Mayo que se realizó en Buenos Aires. Por enésima vez, en nuestra Institución, la CD indica reempadronarnos en la IGJ. (!?)

En marzo, la contadora Alejandra Domínguez comenzó la auditoria del Congreso del 2013. Se le solicitó entre las prioridades, regularizar el CACCV con la AFIP y la IGJ y además pedir la exención de impuestos. Se decidió realizar el próximo congreso en

conjunto con la Sociedad de Flebología y el Colegio de Flebología y Linfología Bonarense y continuar con los cursos de Angiología, Accesos Vasculares, Marcapasos, Aorta y Flebología.⁽⁶⁶⁾

En la Asamblea Extraordinaria, el 19 de marzo del 2014, se presenta el balance del período concluído. Hicieron entrega de diplomas a los autores de los trabajos premiados que habían sido presentados en el Congreso 2013. Respecto de los conflictos gremiales, persiste sin resolución el de la Clínica Espora y se agregó el de la Clínica Esperanza.

Se conforma un Consejo Académico y una Comisión de Reforma del Estatuto. Se aprueba un Curso Teórico-práctico de eco-Doppler arterial y venoso periférico, tenía seis meses de duración con cien horas cátedra. Se dictaría en el Hospital J. Méndez y en el Hospital de Merlo.

La jornada de otoño se realizó en Paraná, con la colaboración de la Asociación Entrerriana de Cirugía Cardiovascular y Torácica. Reunión que afianzó vínculos con los colegas de provincias vecinas, demostrando éstos buena disposición y colaboración con el Colegio.

En el mes de julio se da a conocer un Acta de Declaración Política, el temario se centraliza en: situaciones gremiales y consenso para su publicidad; definiciones y acciones a tomar en lo inmediato. El contenido completo se desarrolla en un anexo. En esa reunión se comunica que ante las dificultades aparecidas con la Universidad de Buenos Aires (UBA), para respaldar nuestro Título habilitante y los cursos de especialización, se iniciaron gestiones con la Universidad Católica Argentina (UCA).

En septiembre se impulsó un proyecto para que el CACCV fuera un ente regulador de honorarios a través de un Nomenclador de prestaciones unificado. El mismo sería presentado en la próxima Asamblea, durante el Congreso a cargo del Dr. Roberto

(65) Acta de Asamblea Extraordinaria 23/10/2013

(66) Acta de Comisión Directiva 05/03/2014

Reginato.

El 1 de octubre del 2014 se conforma la Junta electoral y se hace el llamado a elecciones dentro del Congreso. El XXIIº Congreso de CCV se llevó a cabo con éxito, como lo mencioné con anterioridad, en conjunto con la Sociedad de Flebología y la Sociedad de Flebología y Linfología Bonaerense. La exposición comercial fue muy grande, especialmente por la gran presencia de las sociedades de flebología. El acto electoral se realizó con lista única y el Dr. Emilio Turco fue electo Presidente por un nuevo periodo, que asumió a partir de abril del año entrante.

En dicha Asamblea se presentó el acuerdo con la Asociación de Médicos Municipales, el proyecto con la UCA para crear una carrera Universitaria y el proyecto elaborado sobre el Nomenclador de prestaciones unificado y honorarios.

El 19 de noviembre del 2014 la Comisión Directiva recibe el dictamen del Tribunal de Ética respecto del mandato de la Asamblea del 23 de octubre del 2013.⁽⁶⁷⁾

Comunicándose en la misma reunión, el proyecto con la UCA, respecto de la creación de la Carrera Universitaria de Cirugía

Cardiovascular y Vascular Periférico, incorporando a Flebología. La duración de la Carrera, sería de tres años. Se conforma una Comisión Científica y Pedagógica para profundizar los requisitos de la CONEAU.

En el mes de diciembre del 2014, se nombra al Dr. M. A. Lucas Director de la página web. Fijan para septiembre del 2015 la fecha para el Congreso de CACCV con sede en la UCA, en Puerto Madero. La Jornada de Otoño se realizaría en la ciudad de Mar del Plata.⁽⁶⁸⁾ En marzo del año 2015 asume su segundo período presidencial el Dr. Emilio Turco.

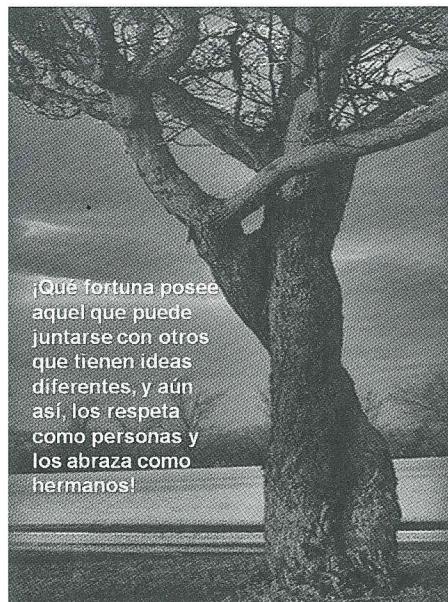
¡Y Por fin hemos llegado al año 2015! Para Servir, Si bien dicen que, veinte años no son nada; cuarenta son un sueño; entonces, ¡despertemos!; tenemos más historia por vivir, y hay que seguir sembrando.

El árbol permanece, erguido y orgulloso, fortalecido en sus raíces, entregando sus frutos.

Espero, con este trabajo, servir a mis colegas.

OH MEMORIA, ENEMIGA MORTAL DE MI DESCANSO.

CERVANTES



(67) Acta de Comisión Directiva 19/11/2014

(68) Acta de Comisión Directiva 17/12/2014

ARTÍCULO DOCUMENTAL

► NACIMIENTO DE LA REVISTA ARGENTINA
DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR - RACCV

AUTOR:
DR. MIGUEL ÁNGEL LUCAS

Correspondencia: lucasmal@fibertel.com.ar

Transcurría el año 2003, en el Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares, bajo la presidencia de Jorge C. Trainini estábamos consolidando la Fundación del Colegio Argentino, integrábamos una Comisión Directiva, unida, fraterna, con un objetivo claro: propender al **bien común** de crear un colegio cada vez más fuerte y vital.

Mi función de entonces era ser Presidente del Tribunal de Evaluación del Colegio, la misión final era la Certificación de los Cirujanos Cardiovasculares noveles y la Recertificación de los mayores en plena actividad.

Hacia el mes de septiembre realizaríamos nuestro Congreso Nacional e Internacional a celebrarse en el Círculo Militar Argentino, en su casa Monumento Histórico Nacional. En una Reunión de Comisión Directiva previa, el Presidente Jorge Trainini, lanzó la idea de perpetuarnos como científicos federales, de todo el país, con una revista, que sería nuestro órgano de difusión ante el mundo médico internacional. Se propuso tratar en la siguiente reunión semanal el tema con profundidad y que se trajeran candidatos o sus nombres para ejercer los cargos directivos funcionales, su reglamento y su modo de difusión y comunió con todos los Cirujanos Cardiovasculares argentinos y extenderlo al mundo internacional abriendo las hojas de la futura impresión a trabajos de excelencia universales.

Hubo algunos cirujanos postulados, se les

permitió expresar sus pareceres en público delante de toda la Comisión Directiva en carácter de invitados especiales, varios expresaron sus propósitos y a la mayoría nos sonaron que detrás de ellos buscaban destacar su ego.

Sorpresivamente, sin haberme propuesto personalmente para su dirección me sorprendió el Dr. Trainini, como Presidente, al proponerme en nombre de todos si aceptaba hacerme cargo de la honrosa tarea. Respondí emocionado afirmativamente pero expresé mi temor de no alcanzar a cubrir idóneamente esa función y pedí que integráramos una Comisión Revista con especialistas de todas las áreas de la Cirugía Cardiovascular, cada uno de ellos destacados en su ejercicio y en sus trabajos científicos y acepté honrado y asustado.

Fuimos creando objetivos científico-humanísticos que se vieron reflejados en la edición del Volumen I, N° 1, del trimestre de Septiembre-Octubre-Noviembre 2003, que fue presentada en el Congreso de septiembre de ese año. Continuando el objetivo de integrar hermanos colegas del interior a los de la capital, los pioneros codirectores fueron los Dres Alberto Canestri de Córdoba y Túlio Sampere, ex-director de Actas Cardiovasculares, destacada revista ya fallecida.

La Comisión Directiva que fundó la revista estaba integrada por los Dres. Jorge Tra-

*Miembro Fundador del CACCV. Director de la revista durante diez años; actual Director Honorario.

inini, Juan Paolini, Antonio Piazza, Victor Cesáreo, Carlos Ponzone, Adolfo Saadia, Norberto Allende, Daniel Navia, Luis Frank, Héctor Damonte y Francisco De Pedro.

Decidimos ilustrar y enriquecer las tapas de las futuras ediciones, imprimiendo en ellas la imagen de una pintura obra artística de médicos diversos, iluminados por el arte de pintar en sus momentos de ocio.

El Dr. García Pérez, notable médico de Avellaneda, fue el primer elegido para honrarnos con su obra en la primer portada. Bajo la supervisión del Editor Germán Delgado y la ayuda técnica en Arte y Diseño de Andrea Hamid, con la traducción al portugués de Evelia Silva Zarra y la corrección de María Walas, con la producción gráfica e Impresión de Graphos Comunicación Visual, iniciamos la patriada.

Creamos un Comité de Redacción Nacional y un Comité Extranjero. En el Comité Nacional aceptaron por escrito acompañarnos : Abelleyra Jorge, Albertal Jorge+, Amor Rubén, Ameriso José Luis, Aun Roberto+, Aventín Gerardo, Mancini Blas, Beraudo Mario, Bertolozzi Enrico+, Bracco Aldo+, Camou Adalberto, Canestri Alberto, Caramutti Víctor, Chiape Miguel, De Paz Jorge, Domenech Alberto, Etcheverry Ricardo, Fabricant Félix+, Fiakosky Enrique, Garibotti Federico, Giordano Roberto, Goldenstein Carlos, Grinfeld Roberto, La Mura Ricardo, Machaín Héctor, Mateos José, Molteni Luis, Moyano Claudio, Navia José, Nojek Carlos, Paolini Alcides, Parodi Juan Carlos, Pataro Eduardo, Peirano Miguel, Pérez Rovira Jorge, Rivas Roberto, Rizzardi José, Rodriguez Campos Jorge, Sanz Nora, Sfarcich Dino Bernardo, Tenorio Osvaldo, Tomasini Marcos, Trotta Carlos, Vaccario Amílcar, Vázquez Juan y Wenschelbaum Ernesto. Rendimos nuestro homenaje a los hermanos colegas fallecidos que actuaron intensamente en la mayoría de los casos, como evaluadores o correctores de los trabajos presentados.

En el Comité Extranjero se sumaron Balaguer Jorge (EEUU), Bazán Manuel (Cuba), Braile Domingo (Brasil), Chachques Juan Carlos (Francia), Danza Rómulo+ (Uru-

guay), Gallo Santiago (Paraguay), Herreros José (España), Juffé Stein Alberto (España), Novitsky Dimitri (EEUU), Rábago Gregorio (España), Sicard Gerardo (EEUU) y Zapolansky Alejandro, quienes ocasionalmente y a nuestra demanda actuaron como evaluadores de la excelencia de los trabajos editados.

Desde el comienzo seguimos las normas y alineamientos científico y tecnológicos observados por el CAYCIT (Centro Argentino de Información Científica y Tecnológica) y del CONICET (Consejo Nacvional de Investigaciones Científicas y Técnicas), que nos permitieron en la marcha normal y continuada de las ediciones al principio trimestrales y luego cuatrimestrales con su anuencia, ser incorporados a los distintos índices científicos logrados.

Este año 2015 hemos tenido la alegría de recibir la noticia que fuimos indizados en LILACS, este logro es producto de muchos años de trabajo para prestigiar el órgano de difusión del colegio, con lo cual la revista pasa a tener una difusión amplísima.

Es de destacar que la revista de cirugía se ha distinguido, según comentarios de quienes evalúan las publicaciones, por tres aspectos: las ilustraciones de tapa siempre fueron obras de arte realizadas por médicos artistas; por los artículos relacionados con el humanismo médico, la antropología médica y la ética; por los denominados "Artículos Documentales", que tienen como fin escribir la historia de la cirugía cardiovascular, algo inédito en las otras revistas sobre esta temática editadas en el mundo.

A pesar de las dificultades económicas de toda época, sobrevivimos siempre por nuestra periodicidad de emisión, incorporando años después la página web, www.caccv.org.ar/racv, que nos lanzó al mundo científico.

Todos los años presentamos un rendición de las labores ante los distintos Congresos Anuales de la República Argentina, ante los Cirujanos Cardiovasculares a los que se les entrega cada revista sin cargo. Agradecemos a los distintos sponsors o pautadores (nombre como se identifica a los mecenazgos de las editoriales). Creemos que el gasto de

un órgano de difusión impreso y virtual (en la actualidad cibernetica), se transforma en una costosa inversión que hace peligrar su sobrevivencia.

Doy Gracias a Dios, por haberme hecho gozar de la dirección de la Revista Argentina de Cirugía Cardiovascular, por poder haber desarrollado mi actividad plena, libre y sin atadura alguna, logrando un grupo de amigos científicos, hoy hermanos, que hemos aunado voluntades, tiempo, in-

quietudes, zozobras y alegrías; cada vez que olíamos el aroma de una nueva edición, en nuestras ansiosas manos y las póniamos al criterio evaluador de nuestros colegas internacionales y asociados, pasando todas las pruebas difíciles y fundando un instrumento útil y eficaz, propiedad de todos los cirujanos cardiovasculares argentinos. En esta oportunidad del Aniversario Fundacional del Colegio, estamos una vez más presentes y unidos.

CACCV 2015

XXIVº Congreso Nacional e Internacional del Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares

Libro de congreso - Tabla de contenidos

| | |
|--|----------------|
| Ubicación de la sede del congreso | pág. 46 |
| Inscripciones: horario y costos. | pág. 46 |
| Salones | pág. 46 |
| Planta comercial. Sponsors. | pág. 47 |
| Autoridades Colegio Argentino de Cirujanos Cardivasculares | pág. 47 |
| Junta directiva Asociación de Perfusionistas de la Rep. Argentina | pág. 48 |
| Comité Congreso | pág. 48 |
| Auspicios | pág. 49 |
| Programa <i>at glance</i> | pág. 50 |
| Simposios de empresas | pág. 53 |
| Programa analítico | |
| Día lunes. Cirugía Cardíaca. | pág. 54 |
| Día lunes. Cirugía Flebo-Linfológica. | pág. 56 |
| Día lunes. Cirugía Vascular Periférica. | pág. 58 |
| Día martes. Cirugía Cardíaca. | pág. 61 |
| Día martes. Cirugía Flebo-Linfológica. | pág. 63 |
| Día martes. Cirugía Vascular Periférica. | pág. 64 |
| Día martes. Cirugía CCV Pediátrica. | pág. 64 |
| Día martes. Perfusión "Jornadas 2015". | pág. 67 |
| Día miércoles. Cirugía Cardíaca. | pág. 68 |
| Día miércoles. Cirugía Flebo-Linfológica. | pág. 71 |
| Día miércoles. Cirugía Vascular Periférica. | pág. 73 |
| Resúmenes trabajos | pág. 75 |

**1975 - 2015
40º aniversario de la fundación del
Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares**

CACCV 2015

XXIVº Congreso Nacional e Internacional del Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares

14 al 16 de septiembre de 2015

**Sede congreso: UCA - Pontificia Universidad Católica Argentina
Av. Alicia Moreau de Justo 1600
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina**

Ubicación:

Los auditórios UCA Puerto Madero se encuentran en el barrio homónimo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Son parte de la Pontificia Universidad Católica Argentina, un campus compuesto por cuatro docks reciclados sobre el dique 2 de lo que fue el antiguo puerto de la ciudad.

Inscripciones:

Horario:

Las inscripciones serán realizadas en el Congreso en el hall de acreditación general. Los horarios de las mismas son:
lunes 14: 07.00 hs a 14.00 hs; martes 15: 08.00 hs a 10.00 hs; miércoles 16: 08.00 hs a 10.00 hs.

Costo de inscripción:

Miembros del CACCV con cuota al día al 15/7/2015: inscripción gratuita

Miembros del CACCV con deuda: \$AR 2000.- y pago de la deuda anterior

No Miembros del CACCV: \$AR 4000.-

Miembros extranjeros: USD 500.-

Residentes con certificado: \$AR 1000.-

Perfusionistas - Instrumentadoras y Nurses: \$AR 500.-

Estudiantes de Medicina con certificado de inscripción: inscripción gratuita

Salones:

Primer Piso: Aula Magna Cardenal Pironio, Primer Piso del Edificio San José, Av. Alicia M. de Justo 1600.

Planta Baja: Auditorio Dr. Francisco Valsecchi, Planta Baja del Edificio San José, Av. Alicia M. de Justo 1600.

Microcine: Planta Baja del Edificio San José, Av. Alicia M. de Justo 1600.

Sponsor Platino

Acher - Cook

Sponsor Oro

Biotoscana

Emeclar

Medtronic

Microport

Tesis

Sponsor Plata

Agimed

Angiocor

Johnson y Johnson

Orlight

Pierre Fabre

Souberian Chobet

Trust

Sponsor Bronce

Aximport

Biodec

Durkop

Lumiia

Relief Center

Samsung

Servier

TEVA

Planta Comercial

Dentro del ámbito propio del congreso, la implementación de *stands*, mesadas y *banners* de las empresas comerciales estará referida a los espacios destinados para ello. El congreso cuenta con un salón de lectura y respectivos Foyer de Planta Baja y Primer Piso. Las áreas de descanso y *coffee break* también se encuentran cercanas al Salón Comercial.

AUTORIDADES COLEGIO ARGENTINO DE CIRUJANOS CARDIOVASCULARES

Presidente: Dr. Turco Emilio**Vicepresidente:** Dr. Cichero Fernando**Secretario General:** Dr. Nigro Juan Antonio**Tesorero:** Dr. Cohen Carlos**Secretario de Actas:** Dr. Dándolo Marcelo**Secretario Gremial:** Dr. Paolini Juan Esteban**Vocales Titulares:**

Dr. Ferrari Ayarragaray Javier

Dr. Reginato Roberto

Dr. Del Percio Hernan

Dr. Uez Alfredo

Vocales Suplentes:

Dr. Rodriguez Asensio Javier

Dr. Fregoni Alberto

Dr. Felici Sergio

Dr. Ciardi Juan Pablo

Organo de Fiscalización:

Dr. Benetti Federico

Dr. Como Bilches Jose

Dr. Arquero Carlos

Dr. Ciardi Orlando

Comité de Ética:**Titulares:**

Dr. Goldenstein Carlos

Dr. Ponzone Carlos

Dr. Sampere Tilio

Suplentes:

Dr. Vaccario Amilcar

Dr. Weinschelbaum Ernesto

Consejo de Cirugía Cardíaca:

Dr. Piccinini Fernando

Dr. Bertolotti Alejandro

Dr. Kotowicz Vadim

Consejo de Cirugía Vascular:

Dr. Tinto Gabriela

Dr. De Michelli Elvio

Dr. Valdecantos Jorge

Consejo de Cirugía Cardiovascular Pediátrica:

Dr. Presa Carlos

Dr. Conejero Willy

Dr. Garcia De Lucis Pablo

Consejo de Flebología:

Dr. Amore Miguel

Dr. Lacour Guillermo

Dr. Nasif Moises

**JUNTA DIRECTIVA
ASOCIACIÓN DE PERFUSIONISTAS DE LA
REPÚBLICA ARGENTINA (APRA)**

Presidente: Perfusionista María Beatriz Bravo

Vicepresidente: Perfusionista Lorena Patricia Pereyra

Secretario: Perfusionista Roberto Daniel Borello

Secretario de Actas: Prof. Hugo Mario Bardon

Tesorero: Perfusionista Flavio Walter Pettinari

Vocales: Perfusionistas Gabriela María País, Fabiola Del Pilar Saez Ducret, Martín Clerici, Natalia Vanesacarro, Claudia Barreto.

Órgano de Fiscalización: Perfusionistas Edgardo Macías, Pablo Antezana

COMITÉ CONGRESO

Presidente

Dr. Emilio Turco

Vice Presidente

Dr. Fernando Cichero

Capítulo Cirugía Cardíaca

Dr. Fernando Piccinini

Capítulo Cirugía Vascular Periférica

Dr. Elvio Demicheli

Capítulo Cirugía Flebo-linfológica

Dr. Oscar Gural

Capítulo Cirugía Cardíaca Pediátrica

Dr. Carlos Antelo

Capítulo Perfusión

Prof. Liliana Delli Carpini

Coordinación General Programa Científico

Dr. Javier Ferrari Ayarragaray

Tesorero Congreso

Dr. Juan Paolini

Comité Científico del Capítulo de Cirugía Cardíaca

Dr. Alejandro Bertolotti

Dr. Fernando Cichero

Dr. Javier Ferrari Ayarragaray

Dr. Vadim Kotowicz

Comité Científico del Capítulo Cirugía Pediátrica

Dr. Cristian Kreutzer

Dr. Carlos Presa

Comité Científico del Capítulo de Flebología y Linfología

Dr. Miguel Amore

Dr. Cristóbal Licudis

Dra. Cristina Marecos

Dr. Moisés Nasif

Dr. Juan Nigro

Dr. Martín Parodi

Dr. Jorge Soracco

Comité Científico del Capítulo de Vascular Periférico

Dr. Mariano Ferreira

Dr. Guillermo Garelli

Dr. Juan Paolini

Dr. Marcelo Pataro

Dra. Gabriela Tinto

Comité Científico del Capítulo Perfusión

Perfusionista Lorena Patricia Pereyra

Perfusionista Gabriela Mariel País

Invitados Extranjeros

Dr. Juan Pablo Carbonell (Colombia)

Dr. Javier Castillo (USA)

Dr. Carlos Timaran (USA)

Dr. Pierre Galvagni Silveira (Brasil)

Dr. Tulio Navarro (Brasil)

Dr. Álvaro Razuk (Brasil)

Dr. Jaques Theron (Francia)

Dr. Michael Mack (Dallas, USA)

Dr. Cesar Carmelino Mayorga (PERÚ)

Dr. Álvaro Orrego Diaz (CHILE)

Dr. Marcelo Ferreira (Brasil)

Dr. Ronald Fidelis (Brasil)

AUSPICIOS

Colegio Argentino de Cirugía Venosa y Linfática

Asociación Argentina de Angiología y Cirugía Cardiovascular

Sociedad Argentina de Flebología y Linfología

Asociación de Flebología y Linfología de la Provincia de Buenos Aires

Sociedad de Flebología y Linfología Bonaerense

Asociación de Flebología y Linfología de Rosario

Sociedad de Flebología y Linfología del Nordeste

Cátedra de Flebología y Linfología de la Universidad del Salvador

Carrera de Especialista de la Universidad de Buenos Aires Universidad Barceló

Carrera de Especialización en Flebología y Linfología de la Pontificia Universidad Católica Argentina



LUNES 14 - PROGRAMA AT GLANCE

- CV** CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA
FLB CIRUGÍA FLEBO - LINFOLÓGICA
CC CIRUGÍA CARDÍACA

- PF** PERFUSIÓN
CCP CIRUGÍA CARDÍACA PEDIÁTRICA

| INSCRIPCIÓN | | | |
|-------------------------|--|--|---|
| SALÓN | AULA MAGNA PRIMER PISO | F. VALSECCHI PLANTA BAJA | MICROCINE PLANTA BAJA |
| 8:00/9:15 | CV TRAUMA VASCULAR | FLB ECO-DOPPLER COLOR EN VIVO I: EVALUACIÓN DE LA INSUFICIENCIA DE TRONCOS SAFENOS Y NO SAFENOS | CC ENFERMEDAD CORONARIA I |
| 09:15/09:45 | COFFEE BREAK | | |
| 9:45/11:00 | CV ENFERMEDAD ARTERIAL EN PACIENTES DIABÉTICOS | FLB ECO-DOPPLER COLOR EN VIVO II: INSUFICIENCIA DE VENAS PERFORANTES | CC ENFERMEDAD CORONARIA II |
| 11:00/11:15 | COFFEE BREAK | | |
| 11:15/12:30 | CV EXPERIENCIA ACTUAL CON DISTINTAS ENDOPRÓTESIS ABDOMINALES | FLB ECO-DOPPLER COLOR Y NUEVOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN GRANDES SINDROMES VENOSOS: TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. GRANDES SINDROMES VENOSOS. | CC INSUFICIENCIA CARDÍACA Y CIRUGÍA |
| 12:30/14:00 | SIMPOSIO-LUNCH BOX "COOK" | | |
| 14:00/15:30 | CV CONSIDERACIONES ESPECIALES EN EVAR | FLB TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL: ESCLEROTERAPIA Y LASER TRANSDÉRMICO | CC VALVULOPATÍAS I INSUFICIENCIA MITRAL |
| 15:30/15:45 | COFFEE BREAK | | |
| 15:40/17:15 | CV ENDOLEAKS: LA PESADILLA TARDIA... | FLB TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL II: ESCLEROSIS ECOASISTIDA. FOAM. REALIDAD AUMENTADA. | CC VALVULOPATÍAS II INSUFICIENCIA MITRAL II |
| 17:15/17:45 | COFFEE BREAK | | |
| 17:45/18:15 | CV MINI SIMPOSIO: QUIRÓFANOS HÍBRIDOS, EL FUTURO ES AHORA. MAQUET (ALEMANIA) | FLB MANEJO AVANZADO DE HERIDAS EN FLEBOLOGÍA: AVANCES EN LA CURA DE HERIDAS | CC VALVULOPATÍAS III CIRUGÍA DE REEMPLAZO MITRAL III |
| 18:15/19:00 | CV AGASAJO DR. JUAN CARLOS PARODI: 25 AÑOS DEL PRIMER CASO DE EVAR | | |
| ACTO DE APERTURA | | | |
| 19:00/20:00 | PALABRAS DEL PRESIDENTE DEL CACCV: DR. EMILIO TURCO PALABRAS DE LA AUTORIDAD COMUNAL INVITADA | | |
| 20:00/21:00 | ÁAPE DE BIENVENIDA | | |

MARTES 15 - PROGRAMA AT GLANCE

CV CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA
FLB CIRUGÍA FLEBO - LINFOLÓGICA
CC CIRUGÍA CARDÍACA

PF PERFUSIÓN
CCP CIRUGÍA CARDÍACA PEDIÁTRICA

| INSCRIPCIÓN | | | |
|--------------------|--|---|--|
| SALÓN | AULA MAGNA PRIMER PISO | F. VALSECCHI PLANTA BAJA | MICROCINE PLANTA BAJA |
| 07:00-14:00 | | | |
| 08:00/09:15 | CV TÉCNICAS Y TÁCTICAS ENDOVASCULARES EN PATOLOGÍA AÓRTICA | FLB LA FLEBOLOGÍA EN QUIRÓFANO. TRATAMIENTOS ENDOVASCULARES I. TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA - TRANSMISIÓN EN VIVO SATELITAL | CC SESIÓN DE VIDEOS. TÉCNICAS EN VALVULOPATÍAS |
| 09:15/09:45 | COFFEE BREAK | | |
| 09:45/11:00 | CV SISTEMA SANITARIO NACIONAL. REALIDAD ECONÓMICA. OPORTUNIDADES DE INVERSIÓN EN LA ARGENTINA | FLB LA FLEBOLOGÍA EN QUIRÓFANO. TRATAMIENTOS ENDOVASCULARES II. TERMOABLACIÓN LÁSER - TRANSMISIÓN EN VIVO SATELITAL | CC VALVULOPATÍAS IV CIRUGÍA VALVULAR TRICUSPÍDEA/PULMONAR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR |
| 11:00/11:15 | COFFEE BREAK | | |
| 11:15/12:30 | CV PATOLOGÍA ANEURISMÁTICA TORACO-ABDOMINAL: DIFERENTES ABORDAJES TERAPÉUTICOS | FLB LA FLEBLOGÍA EN QUIRÓFANO. PROCEDIMIENTOS HÍBRIDOS: PROCEDIMIENTOS HÍBRIDOS. STRIPPING. FOAM. ABLACIÓN LÁSER, REALIDAD AUMENTADA - TRANSMISIÓN EN VIVO SATELITAL | CC CCP SESIÓN CONJUNTA I CIRUGÍA CARDÍACA - CIRUGÍA CARDIOVASCULAR INFANTIL |
| 12:30/14:00 | SIMPOSIO-LUNCH BOX "BIOTOSCANA" | | |
| 14:00/15:30 | CC SESIÓN CONJUNTA CX CARDÍACA - CX VASCULAR. AORTA ASCENDENTE. | FLB CONTROVERSIAS DE LOS TRATAMIENTOS ENDOVASCULARES. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, LÁSER, RADIOFRECUENCIA Y CIRUGÍAS HÍBRIDAS. | CCP SESIÓN CONJUNTA II CIRUGÍA VASCULAR I |
| 15:30/15:45 | COFFEE BREAK | | |
| 15:45/17:30 | CC SESIÓN CONJUNTA CX CARDÍACA-CX VASCULAR II. ARCO-TORACOABDOMINAL. | CV PF PERFUSIÓN JORNADAS APRA 2015 | CCP SESIÓN CONJUNTA III CIRUGÍA VASCULAR II |
| 17:45/19:00 | ASAMBLEA GENERAL CACCV MESA GREMIAL | | |
| 20:00 | | | |

MIÉRCOLES 16 - PROGRAMA AT GLANCE

- CV** CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA
FLB CIRUGÍA FLEBO - LINFOLÓGICA
CC CIRUGÍA CARDÍACA

- PF** PERFUSIÓN
CCP CIRUGÍA CARDÍACA PEDIÁTRICA

| INSCRIPCIÓN | | | |
|---------------------|---|---|--|
| SALÓN | AULA MAGNA PRIMER PISO | F. VALSECCHI PLANTA BAJA | MICROCINE PLANTA BAJA |
| 08:00/10:00 | | | |
| 08:00/09:15 | CV NOVEDADES, AVANCES EN PATOLOGÍA CAROTIDEA | FLB TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL LINFEDEMA GENITAL Y DE MIEMBROS | CC VALVULOPATÍA AÓRTICA I. GENERALIDADES. |
| COFFEE BREAK | | | |
| 09:45/11:00 | CV CONSIDERACIONES ESPECIALES EN EVAR y PATOLOGÍA ABDOMINAL COMPLEJA | FLB TRATAMIENTO MÉDICO DEL LINFEDEMA | CC VALVULOPATÍA AÓRTICA II. INSUFICIENCIA AÓRTICA. |
| COFFEE BREAK | | | |
| 11:15/12:30 | CV SESIÓN TEMAS LIBRES CX VASCULAR PERIFÉRICA | CV TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. SINDROMES VENOSOS. TERAPIA ENDOVASCULAR PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y GRANDES SINDROMES VENOSOS. NUEVOS ENFOQUES. | FLB CC VALVULOPATÍA AÓRTICA III. EL PACIENTE JOVEN. |
| 14:00/15:30 | CV DISECCIÓN AORTA TORÁCICA: ABORDAJE ENDOLUMINAL | FLB TEMAS LIBRES | CC VALVULOPATÍA AÓRTICA IV. EL PACIENTE DE ALTO RIESGO. |
| COFFEE BREAK | | | |
| 15:45/17:15 | CC SESIÓN TEMAS LIBRES CX CARDÍACA | FLB PATOLOGÍA DEL QUILO | CC VALVULOPATÍA AÓRTICA V. CIRUGÍA Y TAVI I. |
| COFFEE BREAK | | | |
| 17:45/19:00 | CV AVANCES EN ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA | FLB LINFEDEMA-ACTUALIZACIÓN DE TRATAMIENTOS | CC VALVULOPATÍA AÓRTICA VI. CIRUGÍA Y TAVI II. |
| 19:00 | FIN DE LAS ACTIVIDADES - CIERRE DEL CONGRESO | | |

Simposios de empresas

LUNES 14

Aula Magna (Primer piso)

12.30 hs SIMPOSIO COOK:

~ ACTUALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA PATOLOGÍA AÓRTICA.

14.00 hs

Coordinador: Dr. Marcelo Cerezo

Disertantes:

Experiencia inicial con el dispositivo torácico ALPHA en Colombia.

Dr. Juan Pablo Carbonel (Colombia)

Rol de los dispositivos T-Branch en La reparación vascular TAA

Dr. Marcelo Ferreira (Brasil)

Experiencia de los dispositivos COOK para disección aórtica

Dr. Marcelo Cerezo (Argentina)

17.45 hs MINI SIMPOSIO: QUIRÓFANOS HÍBRIDOS, EL FUTURO ES AHORA. MAQUET (ALEMANIA).

~
18.15 hs Disertante: Bioingeniero Julian Grimaldi

MARTES 15

Aula Magna (Primer piso)

12.30 hs SIMPOSIO BIOTOSCANA:

~ ISQUEMIA CRÍTICA: ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y SU ABORDAJE TERAPÉUTICO.

14.00 hs

Coordinador: Dr. Guillermo Garelli (Córdoba)

Disertantes:

Definición de un paciente irrevascularizable: algoritmo diagnóstico.

Dr. Mariano Ferreira (CABA)

Abordaje terapéutico con PGE1 en pacientes irrevascularizables

Dr. Guillermo Garelli (Córdoba)

Experiencia de uso de PGE1 en diferentes centros del país

Dr. Juan Paolini (CABA)

Dr. Martín Masino (CABA)

Dr. Guillermo Garelli (Córdoba)

MIÉRCOLES 16

Aula Magna (Primer piso)

12.30 hs SIMPOSIO MICROPORT- MICROMEDICAL:

~ TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD AÓRTICA. EXPERIENCIA REGIONAL. NUEVOS AVANCES.

14.00 hs

Presidente: Dr. Marcelo Cerezo

Coordinador: Dr. Victor Lamelza

Secretario: Dr. Marcelo Frosch

Disertantes:

Victor Lamelza (CABA)

María Angélica Olivero - Regional Marketing Microport

Presentación de casos: Dres. Juan Paolini (CABA), Ronald Fidelis (Brasil), Alejandro Cuacci (Buenos Aires), Patricio Zaafferer (CABA), Victor Moles (Santa Fe), Hernán Molina (Santa Fe).

LUNES 14 DE SEPTIEMBRE
Salón Microcine (Planta baja)

CIRUGÍA CARDÍACA

08.00 hs ENFERMEDAD CORONARIA I

~
09.15 hs Objetivo: Evaluar el impacto de los estudios randomizados sobre la práctica diaria, rediscutir tipo de revascularización y estrategias operatorias.
Presidente: Dr. Federico Benetti (Santa Fe)
Coordinador: Dr. García Toro Ricardo (CABA)
Secretario: Dr. Joaquín Olivera

08.00 hs Tomografía multicorte. ¿Ya podemos dejar de hacer angiografía?

Dr. Gastón Rodríguez Granillo (Buenos Aires)

08.15 hs Cirugía no electiva y nuevos agentes antiagregantes

Dr. Guillermo Vaccarino (Buenos Aires)

08.30 hs Tres vasos y enfermedad carotídea significativa. Estrategias y resultados.

Dr. Fernando Belcastro (CABA)

08.45 hs Tratamiento híbrido de la enfermedad coronaria, experiencia y resultados.

Dr. Sergio Felici (Mendoza)

09.00 hs Mesa de discusión

09.15 hs Coffee Break

09.45 hs ENFERMEDAD CORONARIA II

~
11.00 hs Presidente: Dr. Carlos Schamun (Buenos Aires)
Coordinador: Dr. Sergio Felici (Mendoza)
Secretario: Miguel Segovia

09.45 hs Lecciones del Syntax. Futuro de la cirugía en enfermedad coronaria.

Dr. Michael Mack (Dallas, USA)

10.00 hs ¿Doble mamaria = mediastinitis?

Dr. Mariano Vrancic (CABA)

10.15 hs ¿Cuándo es suficiente? Revascularización funcional vs. anatómica

Dr. Gerardo Soca (Montevideo, Uruguay).

10.30 hs Cirugía sin CEC post estudio Coronary ¿Debemos insistir?

Dr. Michael Mack (Dallas, USA)

10.45 hs Mesa de discusión

11.00 hs Coffee Break

11.15 hs INSUFICIENCIA CARDÍACA Y CIRUGÍA

~
12.30 hs Objetivo: Revisar la actualidad y delinejar pautas para el crecimiento de la asistencia ventricular y del trasplante en nuestro país.

Presidente: Dr. Claudio Burgos (Mendoza)

Coordinador: Dr. Alejandro Bertolotti (CABA)

Secretario: Dr. Pablo Nigro

11.15 hs Miocardiopatía dilatada e insuficiencia mitral ¿Es tiempo de MitraClip?

Dr. Javier Castillo (Nueva York, USA)

11.30 hs ¿Cómo iniciar y sostener un programa de asistencia ventricular en nuestro país?

Dr. Horacio Vogelfang (CABA)

11.45 hs ECMO en falla respiratoria. Indicaciones, manejo y resultados.

Dr. Daniel Oscar Absi (CABA)

12.00 hs Trasplante en Argentina. ¿Dónde estamos, hacia donde vamos?

Dra. Liliana Bisignano (Dirección Científica INCUCAI)

12.15 hs Mesa de discusión

12.30 hs Lunch Break

14.00 hs VALVULOPATÍAS I - INSUFICIENCIA MITRAL

~
15.30 hs Objetivo: actualizar las indicaciones acorde a la fisiopatología evidenciada desde las imágenes, establecer guías básicas para el desarrollo de un programa de plásticas mitrales y revisar indicaciones de procedimientos concomitantes a la cirugía valvular.

Presidente: Dr. Hector Raffaelli (CABA)

Coordinador: Dr. Guillermo Vaccarino (Buenos Aires)

Secretario: Dr. Julián Balestrini

14.00 hs Evaluación ecocardiográfica de la válvula mitral degenerativa. ¿Qué debemos realmente mirar los cirujanos?

Dr. Martín Lombardero (CABA)

14.15 hs IM severa y fibrilación auricular paroxística. ¿Operación de Maze simultánea o ablación diferida?

Dr. Leandro Cura (Uruguay)

14.30 hs Megaurícula izquierda, ¿merece un tratamiento especial?

Dr. Matías Tinetti (CABA)

14.45 hs ¿Quién se beneficia de un reemplazo valvular en lugar de una reparación y por qué?

Dr. Francisco Oieni (San Juan)

15.00 hs ¿Cómo iniciarse en plástica mitral, donde empezar, hasta donde avanzar?

Dr. Javier Castillo (Nueva York, USA)

15.15 hs Mesa de discusión

15.30 hs Coffee Break

15.40 hs VALVULOPATÍAS II - INSUFICIENCIA MITRAL II

~
17.15 hs Objetivo: establecer pautas de progresión para aquellos ya iniciados en la técnica de plástica mitral. Revisar el *rationale* para nuevas tecnologías; revisar el impacto y resolución de una plástica fallida.

Presidente: Dr. Blas Mancini (CABA)

Coordinador: Dr. Martín Ferrando (Mendoza)

Secretario: Dr. Facundo Serafica

15.45 hs Opciones en anuloplastia mitral. ¿Hay un anillo ideal para todos?

Dr. Javier Castillo (Nueva York, USA)

16.00 hs Plástica mitral compleja: la valva anterior nos sigue esperando.

Dr. Daniel Navia (CABA)

16.15 hs Plástica mitral en enfermedad reumática

Dr. Pablo Ruda Vega (CABA)

16.30hs SAM post-plástica. ¿Corrijo el error o directamente recambio?

Dr. Javier Castillo (Nueva York, USA)

16.45 hs Miocardiopatia hipertrófica, indicaciones quirúrgicas y tips.

Dr. Juan Mariano Vrancic (CABA)

17.00 hs Mesa de discusión

17.15 hs Coffee break

17.45 hs VALVULOPATÍAS III - CIRUGÍA DE REEMPLAZO MITRAL III

~
19.00 hs **Objetivo:** Revisar indicaciones para pacientes de subgrupos conflictivos por enfermedad asociada, adquirir pautas técnicas en el reemplazo valvular mitral y manejo de complicaciones intraoperatorias. Revisar indicaciones y resultados en cirugía mitral mini invasiva.

Presidente: Dr. Ernesto Weinschelbaum (CABA)

Coordinador: Dr. Hernán Molina (Santa Fe)

Secretario: Dra. Yanina Daye

17.45 hs Cirugía de la endocarditis mitral, plástica vs. reemplazo, técnica y resultados.

Dr. Santiago Machuca (Corrientes)

18.00 hs IM moderada en pacientes coronarios debe ser tratada, pero ¿cómo?.

Dr. Michael Mack (Dallas, USA)

18.15 hs Preservar el aparato subvalvular, ¿sirve o solo complica?, opciones técnicas.

Dr. Mariano Camporotondo (CABA)

18.30 hs Cirugía mitral mini-invasiva. Experiencias en el desarrollo de la técnica.

Dr. Javier Castillo (Nueva York, USA)

18.45 hs Mesa de discusión

19.00 hs Acto de apertura. Lugar de realización: Aula Magna

20.00 hs Ágape de bienvenida

LUNES 14 DE SEPTIEMBRE

Salón Francisco Valsecchi (Planta baja)

CIRUGÍA FLEBO-LINFOLÓGICA

08.00 hs ECO-DOPPLER COLOR EN VIVO I:

EVALUACIÓN DE LA INSUFICIENCIA DE TRONCOS SAFENOS Y NO SAFENOS

09.15 hs

Presidente: Dr. Oscar Regalado

Coordinador: Dr. Juan Nigro

Secretario: Dr. Eduardo Sastriques

08.00 hs Diagnóstico e insuficiencia de troncos safenos

Dr. Jorge Segura (CABA)

08.15 hs Insuficiencia de troncos no safenos

Dr. Alejandro Boroda (CABA)

08.30 hs Mostración de pacientes en vivo

Panel de discusion y comentaristas: Dra. A. María Lopez Dassetto, Dr. Hector Mazurco, Dr. Juan De Simone, Dr. Miguel Lo Vuolo, Dr. Alejandro Padilla, Dr. Gustavo Morbidoni.

09.15 hs Coffee Break

09.45 hs ECODOPPLER COLOR EN VIVO II:

INSUFICIENCIA DE VENAS PERFORANTES

11.00 hs

Presidente: Dr. Leonidas Pontel

Coordinador: Dr. Carlos D'Alloto

Secretario: Dr. Diego Pinto

09.45 hs Implicancia clínica de las venas perforantes

Dr. Antonio Pietravallo (Buenos Aires)

10.00 hs Importancia del mapeo flebológico

10.15 hs Mostración de pacientes en Vivo

Panel de Discusión y comentaristas: Dr. Ezequiel Pietravallo, Dr. Hector Caldevilla, Dr. Alejandro Kornberg, Dr. Luis Parrotta, Dr. Jose Luis Delevaux, Dr. Julio Cigorraga.

11.00 hs Coffee Break**11.15 hs ECODOPPLER COLOR Y NUEVOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN GRANDES SINDROMES VENOSOS:
~ TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. GRANDES SINDROMES VENOSOS.****12.30 hs**

Presidente: Dra. Gabriela Pintos
Coordinador: Dra. Sandra Barrangu
Secretario: Dr. Ariel Ramos

11.15 hs Várices Ciáticas

Dr. Carlos Dállotto (Buenos Aires)

11.30 hs Trombosis venosa profunda y síndrome post trombótico

Dra. Julieta Crosta

11.15 hs Integración venosa abdomino-torácica

Dr. Jose Ovelar

11.45 hs Mostración de pacientes en vivo. Síndrome del opérculo torácico, May Turner.

Panel de discusión y comentaristas: Dr. Cristian Schulte, Dra. Verónica Volverg, Dr. Martín Mazurco, Dr. Raúl Reynoso, Dr. Román Landi, Dr. Jorge Crocco.

12.30 hs Lunch Break**14.00 hs TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL:
~ ESCLEROTERAPIA Y LASER TRANSDÉRMICO****15.30 hs**

Presidente: Dra. Armando Schapira
Coordinador: Dr. Alejandro Pedrazzoli
Secretario: Dr. Luciano Honaine

14.00 hs Escleroterapia. Técnicas. Complicaciones.

Dr. Daniel Onorati

14.15 hs Laser transdérmico. Indicaciones. Complicaciones.

Dr. Carlos Simkin

14.30 hs Mostración de pacientes en vivo

Panel de discusión y comentaristas: Dr. Moises Nasif, Dr. David Lesnik, Dr. Jorge Plaquin, Dra. Aurora Avramovic, Dr. Daniel Onorati, Dr. Luciano Honaine.

15.30 hs Coffee Break**15.45 hs TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA SUPERFICIAL II:
~ ESCLEROSIS ECOASISTIDA. FOAM. REALIDAD AUMENTADA.****17.15 hs**

Presidente: Dr. Carlos Goldestein
Coordinador: Dr. Nestor Giraldez
Secretario: Dra. Daniela Calcina

15.45 hs Esclerosis eco-asistida. Foam.

Dr. Juan Nigro

16.00 hs Realidad aumentada. Auxiliar diagnóstico y terapéutico.

Dr. Oscar Gural

16.15 hs Mostración de pacientes en vivo

Panel de discusión y comentaristas: Dr. Roberto Venesia, Dr. Martin Delgado, Dr. Alejandro Conde, Dra. Alicia Ludueña, Dr. Gonzalo Orallo.

17.15 hs Coffee Break

**17.45 hs MANEJO AVANZADO DE HERIDAS EN FLEBOLOGIA:
~
AVANCES EN LA CURA DE HERIDAS**

19.00 hs

Presidente: Dr. Hugo Drago
Coordinador: Dr. Santiago de Salas
Secretario: Dr. Eugenio Obiols

17.45 hs Úlceras. Diagnóstico diferencial.

Dr. Hugo Drago

18.00 hs Manejo de geles y apósitos

Dr. Juan Pablo Ares

18.15 hs Cura con film

Dra. Silvia Bossi

18.15 hs Cura con zinc-cumarina

Dra. Silvia Gorosito

18.30 hs Mostración de pacientes en vivo: Sistema de presión negativa. Sistema pico.

Sistema de cierre de herida. Top closure.

Panel de discusión y comentaristas: Dra. Silvia Gorosito, Dr. Aldo Zamboni, Dra. Estela Bilevich, Dra. Anai Bellatti, Dr. Gustavo Prezzavento, Dra. Soledad Solis.

19.00 hs Acto de apertura. Lugar de realización: Aula Magna

20.00 hs Ágape de bienvenida

LUNES 14 DE SEPTIEMBRE
Aula Magna (Primer piso)

CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA

08.00 hs TRAUMA VASCULAR

~

09.15 hs Presidente: Dr. Guillermo Lacour

Secretario: Dr. Marcelo Leguizamón

08.00 hs Estadísticas en trauma vascular

Dr. Alejandro Santillan (Tucumán)

08.12 hs Evaluación inicial en un paciente politraumatizado

Dr. Eduardo Eskenazi (Buenos Aires)

08.24 hs Tips en trauma vascular periférico

Dr. Dario Chikiar (CABA)

08.36 hs Injuria traumática de aorta torácica. Tratamiento endovascular.

Dr. Guillermo Soteras (Córdoba)

08.48 hs Manejo endovascular selectivo del trauma vascular

Dr. Juan Pablo Carbonell (Colombia)

09.00 hs Discusión

09.15 hs Coffee Break

09.45 hs ENFERMEDAD ARTERIAL EN PACIENTES DIABÉTICOS

~

11.00 hs Presidente: Dr. Juan Paolini

Secretario: Dr. Carlos Simkin

Coordinador: Dr. Juan Pablo Ciardi

- 09.45 hs Pie Diabético: importancia epidemiológica**
Dra. Marta Calvagno (CABA)
- 09.57 hs Algoritmo de tratamiento en las lesiones de pie diabético**
Dr. Sergio Massetti (CABA)
- 10.09 hs Uso racional de los antibióticos en el tratamiento del pie DBT**
Dr. Javier Desse (CABA)
- 10.21 hs Tratamientos en arteriopatía diabética. Estado actual.**
Dra. Gabriela Tinto (Buenos Aires)
- 10.33 hs Revascularización infrapoplítea en pacientes diabéticos. Estado actual.**
Dr. Marcelo Pataro (CABA)
- 10.45 hs Discusión final**

11.00 hs Coffee Break**11.15 hs EXPERIENCIA ACTUAL CON DISTINTAS ENDOPRÓTESIS ABDOMINALES**

- ~
- 12.30 hs Presidente:** Dra. Gabriela Tinto
Secretario: Dr. Leonardo Amante
- 11.15 hs Endoprótesis reposicionables para tratar AAA en anatomías complejas y experiencia latinoamericana con el dispositivo Anaconda Vascutek**
Dr. Jorge Hiriart (CABA)
- 11.27 hs 20 años de experiencia en endoprótesis aórtica balón expandible**
Dr. Miguel Angel Peirano (CABA)
- 11.39 hs Experiencia en Argentina en el uso de la endoprótesis Hércules**
Dr. Victor Lamelza (CABA)
- 11.51 hs Experiencia nacional e internacional con Nellix**
Dr. Patricio Zaefferer (CABA)
- 12.03 hs Implante de endoprótesis abdominal reposicionable Excluder C3 en anatomías complejas**
Dr. Samuel Fernandez (CABA)
- 12.15 hs Discusión**

12.30 hs Lunch Break**14.00 hs CONSIDERACIONES ESPECIALES EN EVAR**

- ~
- 15.30 hs Presidente:** Dr. Marcelo Pataro
Coordinador: Dra. Sandra Gerez
- 14.00 hs Indicaciones actuales del EVAR**
Dr. Aldo Paganini (CABA)
- 14.15 hs De la mesenterica a la femoral ¿Qué alternativas tenemos en la enfermedad aneurismática?**
Dr. Marcelo Ferreira (CABA)
- 14.30 hs ¿EVAS reemplazará al EVAR?**
Dr. Patricio Zaefferer (CABA)
- 14.45 hs Tratamiento endovascular con ramas internas en aneurismas aórticos pararrenales y juxtagrenales: una opción “off de shelf”**
Dr. Mariano Ferreira (CABA)
- 15.00 hs Trucos y consejos para EVAR**
Dr. Alvaro Razuk (Brasil)
- 15.15 hs Discusión final**

15.30 hs Coffee Break

15.45 hs **ENDOLEAKS: LA PESADILLA TARDIA...**

~
17.15 hs Presidente: Dr. Victor Lamelza
Coordinador: Dra. Romina Juarez

15.45 hs Clasificación de leaks de aorta abdominal: Reporte del Consenso EWIC.

Dr. Esteban Mendaro (CABA)

16.00 hs Tratamiento de los endoleaks post EVAR

Dr. Mariano Ferreira (CABA)

16.15 hs La embolización del endoleak Tipo II causado por la arteria mesenterica inferior permeable ¿Es la mejor opción?

Dr. Marcelo Cerezo (Buenos Aires)

16.30 hs Endoleaks Tipo I tardíos: ¿cómo corregirlos? ¿cuál es la mejor estrategia?

Dr. Marcelo Ferreira (Brasil)

16.45 hs Endoleaks: tratamiento endovascular de leaks torácicos.

Dr. Esteban Mendaro (CABA)

17.00 hs Discusión final

17.15 hs Coffee Break

17.45 hs MINI SIMPOSIO : QUIRÓFANOS HÍBRIDOS, EL FUTURO ES AHORA. MAQUET (ALEMANIA).

Disertante: Bioingeniero Julian Grimaldi

18.15 hs AGASAO DR. JUAN CARLOS PARODI: 25 AÑOS DEL PRIMER CASO DE EVAR.

~
18.55 hs Presidente: Dr. Elvio Demicheli
Coordinador: Dr. Hernán Tomaso Mesa

18.15 hs Palabras de Apertura

Dr. Elvio Demicheli (Buenos Aires)

18.25 hs Reflexiones a 25 años del primer caso de EVAR

Dr. Juan Carlos Parodi (CABA)

18.55 hs Palabras alegóricas y entrega de distinción al Dr. Juan Carlos Parodi

Dr. Emilio Turco - Presidente CACCV

19.00 hs Acto de apertura. Lugar de realización: Aula Magna

20.00 hs Ágape de bienvenida



MARTES 15 DE SEPTIEMBRE
Salón Microcine (Planta baja)

CIRUGÍA CARDÍACA

08.00 hs SESIÓN DE VIDEOS. TÉCNICAS EN VALVULOPATÍAS.

~
09.15 hs **Objetivo:** establecer puntos de conflicto y pautas para su resolución, en el desarrollo de las distintas técnicas, a expensas de las experiencias transmitidas por expertos.
Presidente: Dr. Fernando Boullon (Neuquén)
Coordinador: Dr. Osvaldo Tenorio (CABA)
Secretario: Dr. Damián Arcos

08.00 hs Cirugía con válvula stentless

Dr. Edward Turner (Chile)

08.10 hs Operación de David o reimplante valvular aórtico

Dr. Daniel Navia (CABA)

08.20 hs Reemplazo valvular aórtico sin suturo (Perceval)

Dr. Daniel Bigalli (Uruguay)

08.30 hs Plástica en mitrales extensamente calcificadas

Dr. Javier Castillo (USA)

08.40 hs The uniscallop technique (técnica de Calafiore) en IM

Dr. Antonio Piazza (CABA)

08.50 hs Neocuerdas. Técnicas de medición e implante.

Dr. Javier Castillo (USA)

09.00 hs En BARLOW, de todo un poco.

Dr. Javier Castillo (USA)

09.10 hs Conclusiones y cierre de sesión.

09.15 hs Coffee Break

**09.45 hs VALVULOPATÍAS IV - CIRUGÍA VALVULAR TRICUSPÍDEA/PULMONAR -
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**

~
11.00 hs

Objetivo: Revisar indicaciones y resultados en cirugía valvular derecha, primaria o secundaria en valvular mitro-aórtica o como resultados de dispositivos endocavitarios; analizar opciones quirúrgicas en tromboembolismo pulmonar crónico.

Presidente: Dr. Abud José

Coordinador: Dr. Mariano Camporotondo

Secretario: Dr. Victor Surita

09.45 hs Insuficiencia tricuspídea significativa en ocasión de cirugía valvular izquierda ¿Intervenir?
Dr. Pablo Stutzbach (Buenos Aires)

10.00 hs Endocarditis por dispositivos endocavitarios. ¿Como extraerlos sin agravar el problema?
Dr. Javier Ferrari Ayarragaray (CABA)

10.15 hs Opciones técnicas en la válvula tricúspide. Resultados alejados
Dr. Carlos Antelo (Buenos Aires)

10.30 hs Tromboembolismo pulmonar. Indicaciones operatorias y resultados.
Dr. Ricardo Marenchino (CABA)

10.45 hs. Mesa de discusión

11.00 hs. Coffee Break

11.15 hs SESIÓN CONJUNTA I - CIRUGÍA CARDIOVASCULAR INFANTIL

~
12.30 hs Objetivo: Compartir con los especialistas cardiovasculares infantiles, patologías de baja prevalencia en la población adulta, indicaciones de intervención, y táctica quirúrgica.

Presidente: Dr. Carlos Antelo (Buenos Aires)

Coordinador: Dr. Carlos Nojek

Secretario: Dr. Carlos Presa (CABA)

11.15 hs Cardiopatías congénitas del adulto, ¿quién se interviene y por qué?

Dra. Amalia Elizari (CABA)

11.30 hs Enfermedad de Ebstein en el adulto joven. Indicaciones de cirugía y tácticas operatorias.

Dr. Christian Kreutzer (CABA)

11.45 hs. ¿Cuándo es quirúrgico un origen coronario anómalo?

Dr. Ignacio Lugones (CABA)

12.00 hs. Insuficiencia pulmonar post corrección de Fallot. Timing operatorio y opciones.

Dr. Benjamín Chiostri (CABA)

12.15 hs Mesa de discusión

12.30 hs Lunch Break

Salón Aula Magna (Primer piso)

14.00 hs SESIÓN CONJUNTA II - CIRUGÍA VASCULAR I

~
15.30 hs Objetivo: Compartir con los especialistas cirujanos vasculares indicaciones, tácticas y resultados en patología de la aorta torácica y abdominal. Parte I: disección aórtica Tipo A.

Presidente: Dr. Elvio Dechimeli (Buenos Aires)

Coordinador: Dr. Mariano Ferreira (CABA)

Secretario: Dr. David de la Cruz

14.00 hs Resultados iniciales con la nueva endoprótesis ramificada off-the-shelf GORE en aneurismas aórticos complejos: ventajas y limitaciones.

Dr. Pierre Galvagni Silveira (Brasil)

14.15 hs Terapia endovascular de los aneurismas toracoabdominales: ventaja de los futuros dispositivos off-the-shelf.

Dr. Carlos Timaran (USA)

14.30 hs Aneurisma toracoabdominal, rol actual de la cirugía abierta.

Dr. Eduardo Dulbecco (Buenos Aires)

14.45 hs Coartación aórtica, cirugía vs stenting, selección de pacientes y resultados.

Dr. Patrizio Zaefferer (CABA)

15.00 hs Hematoma intramural, la duda eterna.

Dr. Gustavo Avegliano (Buenos Aires)

15.15 hs Mesa de discusión.

15.30 hs Coffee Break

15.45 hs SESIÓN CONJUNTA III - CIRUGÍA VASCULAR II

~
17.30 hs OBJETIVO: Compartir con los especialistas cirujanos vasculares indicaciones, tácticas y resultados en patología de la aorta torácica y abdominal. Parte II, arco aórtico y aorta toracoabdominal.

Presidente: Dr. Antonio Piazza (CABA)
Coordinador: Dr. Marcelo Cerezo (Buenos Aires)
Secretario: Dr. Guillermo Gutierrez

- 15.45 hs** **Disección crónica residual post-intervención del Tipo A. ¿Cuándo intervenir? ¿por qué?**
Dr. Gustavo Avegliano (Buenos Aires)
- 16.00 hs** **Tratamiento híbrido en enfermedad del arco aórtico**
Dr. Adriano Malusardi (CABA)
- 16.15 hs** **¿Elephant trunk, debe ser congelado siempre?**
Dr. Gustavo Bastianelli (Buenos Aires)
- 16.30 hs** **Utilidad de los adhesivos titulares en cirugía de aorta**
Charla sponsoreada por Johnson and Johnson
- 16.45 hs** **Complicación retrógrada del stenting torácico**
Dr. Germán Girela (Río Negro)
- 17.00 hs** **Mesa de discusión**
- 17.45 hs** **ASAMBLEA GENERAL COLEGIO ARGENTINO DE CIRUJANOS CARDIOVASCULARES:
MESA GREMAL**

MARTES 15 DE SEPTIEMBRE
Salón Francisco Valsecchi (Planta baja)

CIRUGÍA FLEBO-LINFOLOGICA

- 08.00 hs** **LA FLEBOLOGÍA EN QUIRÓFANO. TRATAMIENTOS ENDOVASCULARES I.**
~
TRATAMIENTO CON RADIOFRECUENCIA - TRANSMISIÓN EN VIVO SATELITAL
- 09.15 hs**
- Presidente:** Dr. Hugo Martinez
Coordinador desde UCA: Dr. Juan Nigro
Coordinador desde quirófano: Dr. Santiago De Salas
Secretario: Dra. Daniela Carlucci
- 08.00 hs** **Cirugía de radiofrecuencia de vena safena magna**
Dr. Hernán Bauza
- 08.30 hs** **Cirugía de safena parva**
Dr. Alvaro Orrego (Chile)
- Panel de discusión y comentaristas:** Dr. Licudis Cristobal, Dr. Daniel B. Fernandez, Juan E. Paolini, Dr. Gonzalo Barrenechea, Dra. Araceli Mendez Flores, Dr. Juan Nigro, Dr. Alejandro Conde.

09.15 hs **Coffee Break**

- 09.45 hs** **LA FLEBOLOGÍA EN QUIRÓFANO. TRATAMIENTOS ENDOVASCULARES II.**
~
TERMOABLACIÓN LASER - TRANSMISIÓN EN VIVO SATELITAL
- 11.00 hs**
- Presidente:** Dr. Hector Caldevilla
Coordinador desde UCA: Dr. Oscar Botini
Coordinador desde quirófano: Dr. Oscar Gural
Secretario: Dra. Carolina Pedraza
- 09.45 hs** **Tratamiento de safena magna**
Dr. Jorge Segura
- 10.15 hs** **Tratamiento de safena parva**
Dr. Cesar Carmelino (Perú)
- 10.45 hs** **Tratamiento de venas perforantes complejas**
Dr. Oscar Gural
- 10.55 hs** **Panel de discusión y comentaristas:** Dr. Rodrigo Salemi, Dr. Alexis Esposito, Dr. Juan Pablo Ciardi, Dr. Sergio Lifsitz, Dr. Enrique Ferracani, Dr. Gustavo Morbidoni.

11.00 hs Coffee Break

**11.15 hs LA FLEBLOGÍA EN QUIRÓFANO. PROCEDIMIENTOS HÍBRIDOS: PROCEDIMIENTOS HÍBRIDOS.
~ STRIPPING. FOAM. ABLACIÓN LÁSER, REALIDAD AUMENTADA.**

12.30 hs TRANSMISIÓN EN VIVO SATELITAL.

Presidente: Dr. Mario Canevari

Coordinador Desde Uca: Dr. Roberto Venesia

Coordinador Desde Quirófano: Dr. Jorge Soraco

Secretario: Dr. Osvaldo Sanchez

11.15 hs Ligadura y laser de safena magna

Dr. Oscar Regalado

11.30 hs Tratamiento de aneurisma venoso

Dr. Martin Parodi - Dr. Oscar Gural

11.45 hs FOAM y cirugía convencional

Dr. Alejandro Pedrazzoli

12.00 hs Panel de discusión y comentaristas: Dr. Juan Carlos Krapp, Dr. Marcelo Dándolo. Dr. Daniel García, Dr. Jorge Lopez Dambola, Dr. Ricardo Lombardo, Dr. Adolfo Rey, Dra. Cristina Marecos, Dr. Roberto Rivas, Dr. Miguel Amore.

12.30 hs Lunch Break

**14.00 hs CONTROVERSIAS DE LOS TRATAMIENTOS ENDOVASCULARES
~ PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, LASER, RADIOFRECUENCIA Y CIRUGÍAS HÍBRIDAS.**

15.45 hs Presidente: Dr. Jorge Basso

Coordinador: Dr. Emilio Turco

Secretario: Dra. Lorena Muñoz

Presentador de Controversias: Dr. Juan Paolini

14.00 hs Ligadura o no del cayado

14.15 hs Laser vs radiofrecuencia en el tratamiento de los troncos safenos

14.30 hs Laser vs cirugía de las perforantes

14.45 hs Foam como tratamiento primario o asociado a los tratamientos terapéuticos

14.50 hs Panel de discusión y comentaristas: Dr. Juan Patt, Dr. Antonio Pietravalle, Dr. Oscar Regalado, Dr. Hernan Bauza, Dr. Alejandro Pedrazzoli, Dr. Carlos Cohen, Dr. Oscar Gural, Dr. Nestor Giraldez.

**17.45 hs ASAMBLEA GENERAL COLEGIO ARGENTINO DE CIRUJANOS CARDIOVASCULARES:
MESA GREMIAL**

**MARTES 15 DE SEPTIEMBRE
Salón Aula Magna (Primer Piso)**

CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA

08.00 hs TÉCNICAS Y TÁCTICAS ENDOVASCULARES EN PATOLOGÍA AÓRTICA

09.15 hs Presidente: Dr. Aldo Paganini

Coordinador: Dr. Ignacio de Luca

08.00 hs Creación en etapas de endoconductos para mejorar el acceso para la reparación endovascular aórtica

Dr. Carlos Timaran (USA)

08.12 hs Problemas en la planificación y con las dificultades anatómicas de la aorta en el tratamiento endovascular fenestrado

Dr. Juan Pablo Carbonell (Colombia)

- 08.24 hs** Técnicas y trucos para usar el acceso braquial en la reparación endovascular
Dr. Carlos Timaran (USA)
- 08.36 hs** Troubleshooting durante el implante de tecnología de avanzada
Dr. Marcelo Cerezo (Buenos Aires)
- 08.48 hs** Reparación endovascular de la complicaciones tardías en disecciones Tipo B
Dr. Marcelo Ferreira (Brasil)
- 09.00 hs** Discusión final

09.15 hs Coffee Break

- 09.45 hs** SISTEMA SANITARIO NACIONAL. REALIDAD ECONÓMICA.
~ OPORTUNIDADES DE INVERSIÓN EN LA ARGENTINA.

11.00 hs
Presidente: Dr. Carlos Cohen
Coordinador: Dra. Digna Sanchez

- 09.45 hs** Un sistema de salud enfermo
Dr. Ruben Torres (Rector de la Universidad I Salud)
- 10.05 hs** Argentina, realidad económica actual y desafíos futuros.
Ec. Alejo Costa (Economista. Director de Estrategia. Puente Hermanos Inversiones.)
- 10.25 hs** Oportunidades de inversión en un nuevo ciclo
Lucas Lainez (Managing-Director de Clientes Institucionales. Puente Hermanos Inversiones.)
- 10.45 hs** Discusión final

11.00 hs Coffee Break

- 11.15 hs** PATOLOGÍA ANEURISMÁTICA TORACO-ABDOMINAL: DIFERENTES ABORDAJES TERAPÉUTICOS.
~
- 12.30 hs** Presidente: Dr. Marcelo Cerezo
Coordinador: Dr. Bruno Zanutini

- 11.15 hs** Dispositivos ramificados para tratamiento de aneurismas toraco-abdominales (tips and tricks)
Dr. Alvaro Razuk (Brasil)
- 11.27 hs** Distintas variantes técnicas en la reparación de aneurismas toracoabdominales por vía endovascular
Dr. Mariano Ferreira (CABA)
- 11.39 hs** Aneurismas Toraco-abdominales y pararrenales complejos ¿Cómo los trato?
Dr. Tulio Navarro (Brasil)
- 11.51 hs** Disecciones IIIB: TEVAR es insuficiente para detener el crecimiento.
Dr. Juan Carlos Parodi (CABA)
- 12.03 hs** Tratamiento de los aneurismas toraco-abdominales con la off-the-shelf T-branch endoprótesis
Dr. Pierre Galvagni Silveira (Brasil)
- 12.15 hs** Discusión final

12.30 hs Lunch Break

- 14.00hs** SESIÓN CONJUNTA II - CIRUGÍA VASCULAR I

Ver programa Cirugía Cardíaca. Página 62.

15.30 hs Coffee Break

- 15.45 hs** SESIÓN CONJUNTA III - CIRUGÍA VASCULAR II

Ver programa Cirugía Cardíaca. Página 62.

**17.45 hs ASAMBLEA GENERAL COLEGIO ARGENTINO DE CIRUJANOS CARDIOVASCULARES:
MESA GREMIAL**

MARTES 15 DE SEPTIEMBRE
Salón Microcine (Planta Baja)

CIRUGIA CCV PEDIÁTRICA

11.15 hs SESIÓN CONJUNTA - Cx CARDÍACA INFANTIL

~
12.30 hs Objetivo: Compartir con los especialistas cardiovasculares infantiles, patologías de baja prevalencia en la población adulta, indicaciones de intervención y táctica quirúrgica.

Presidente: Dr. Carlos Antelo (Buenos Aires)

Coordinador: Dr. Carlos Nojek

Secretario: Dr. Carlos Presa

11.15 hs Cardiopatías congénitas del adulto ¿Quién se interviene y por qué?

Dra. Amalia Elizari (CABA)

11.30 hs Enfermedad de Ebstein en el adulto joven. Indicaciones de cirugía y tácticas operatorias.

Dr. Christian Kreutzer (CABA)

11.45 hs ¿Cuándo es quirúrgico un origen coronario anómalo?

Dr. Ignacio Lugones (CABA)

12.00 hs Insuficiencia pulmonar post corrección de Fallot. Timing operatorio y opciones.

Dr. Benjamín Chiostri (CABA)

12.15 hs Mesa de discusión

12.30 hs Lunch Break

14.00 hs CONTROVERSIAS

~
15.30 hs Presidente: Dr. Guillermo Kreutzer

Coordinador: Dr. Ignacio Juaneda

Secretario: Dr. Juan Carlos Espinosa

14.00 hs Estrategias quirúrgicas del corazón univentricular

Dr. Gilberto Palomino R. (Chile)

14.30 hs Estrategia de anti coagulación post bypass total de ventrículo venoso

Dr. Rubén Toledo (Tucumán)

15.00 hs Mesa de discusión

15.30 hs Coffee Break

15.45 hs ANÁLISIS DEL RECURSO HUMANO EN CCV INFANTIL

~
17.30 hs Presidente: Dr. Andrés Schlichther

Coordinador: Dr. Christian Kreutzer

Secretario: Dr. Juan Montiel

15.45 hs Experiencia 10 años de formación de recurso humano en cirugía cardiovascular pediátrica

Dr. Andres Rosso

16.15 hs Nuevo proyecto programa de formación de residentes de cirugía cardiovascular pediátrica

Dr. Willy Conejeros

16.45 hs Mesa de discusión

**17.45 hs ASAMBLEA GENERAL COLEGIO ARGENTINO DE CIRUJANOS CARDIOVASCULARES:
MESA GREMIAL**

MARTES 15 DE SEPTIEMBRE
Salón F. Valsecchi (Planta Baja)

PERFUSION "JORNADAS 2015"

15.45 hs APERTURA JORNADA

Perf. María Beatriz Bravo - Presidente APRA
 Perf. Liliana Delli Carpini - Presidente de la Jornada

SEGURIDAD E HIGIENE EN QUIRÓFANO

Coordinador: Perf. Roberto Borello

16.00 hs Disertante: Roberto Alonso Bioing

16.20 hs Mesa de discusión

CARDIOPLEGIA DEL NIDO EN PACIENTES ADULTOS

Coordinador: Perf. Matías Martínez

16.30 hs Disertante: Diego Andrés Colichelli

16.50 hs Mesa de discusión. Preguntas.

ECMO EN PEDIATRÍA

Coordinador: Perf. Hugo Cardoso

17.00 hs Disertante: Perf. Eduardo Astorga

17.20 hs Mesa de discusión. Preguntas.

DRENAJE VENOSOS ASISTIDO EN PEDIATRÍA

Coordinador: Perf. Graciela L. Zapico

17.30 hs Disertante: Perf. Liliana Delli Carpini

17.50 hs Mesa de discusión. Preguntas.

FISIOPATOLOGÍA DEL RETORNO VENOSO EN CEC

Coordinador: Perf. Elena Miles

18.00 hs Disertante: Dr. Daniel Dini

18.20 hs Mesa de discusión. Preguntas.

18.30 hs ASAMBLEA ANUAL ORDINARIA APRA



MIÉRCOLES 16 DE SEPTIEMBRE
Salón Microcine (Planta baja)

CIRUGÍA CARDÍACA

08.00 hs VALVULOPATÍA AÓRTICA I - GENERALIDADES

~
09.15 hs Objetivo: actualizar las indicaciones por guías clínicas, analizar nuevas entidades clínicas, opciones terapéuticas asociadas a nuevas tecnologías y opciones quirúrgicas en anillos pórticos pequeños.

Presidente: Dr. Daniel Bracco (CABA)

Coordinador: Dr. Juan José Paganini (Uruguay)

Secretario: Dr. Alexis Espósito

08.00 hs ¿En estenosis aórtica severa asintomática siempre esperamos?

Dr. Rodolfo Pizarro (CABA)

08.15 hs Coronariopatía y estenosis aórtica moderada en tiempos de TAVI ¿Cambiando las guías?

Dr. Michael Mack (Dallas, USA)

08.30 hs Cirugía mini-invasiva aórtica ¿Para los bajo riesgo, los alto riesgo, todos o ninguno?

Dr. Daniel Bigalli (Uruguay)

08.45 hs Mismatch protésico, del paper al quirófano ¿Qué tendríamos que hacer y qué hacemos?

Dr. Alberto Domenech (CABA)

09.00 hs Mesa de discusión

09.15 hs Coffee Break

09.45 hs VALVULOPATÍA AÓRTICA II - INSUFICIENCIA AÓRTICA

~
11.00 hs Objetivo: revisar técnicas quirúrgicas en patologías con entidad propia, actualizar indicaciones en preservación valvular aórtica, extrapolar conceptos ya aprendidos en insuficiencia mitral, ya sea quirúrgicos y/o de imágenes basales, a fin de optimizar los resultados a corto y largo plazo.

Presidente: Dr. Victor Dayan (Uruguay)

Coordinador: Dr. Edward Turner (Chile)

Secretario: Dr. Diego Medlan

09.45 hs Reemplazo profiláctico de aorta ascendente ¿Cuándo está bien indicado?

Dr. Guillermo Gustavo Palladini (Córdoba)

10.00 hs ¿Cómo transferir lo aprendido en plástica mitral a la válvula aórtica?

Dr. Daniel Navia (CABA)

10.15 hs IAO severa con válvula bicúspide: factibilidad y técnicas de preservación, resultados alejados.

Dr. Pablo Ruda Vega (Buenos Aires)

10.30 hs Estabilidad de la plástica aórtica. Predictores eco-cardiográficos pre e intraoperatorios.

Dr. Guillermo Ganum (CABA)

10.45 hs Mesa de discusión.

11.00 hs Coffee Break

11.15 hs VALVULOPATÍA AÓRTICA III - El paciente joven

~
12.30 hs Objetivo: revisar opciones terapéuticas para el grupo etario específico, analizando el impacto al seguimiento. Revisar asociación enfermedad aórtica y miocardiopatía hipertrófica y rediscutir indicaciones en mujeres jóvenes en edad gestacional.

Presidente: Dr. Alberto J. Canestri (Córdoba)

Coordinador: Dr. Godia José (CABA)

Secretario: Dr. Hernán Padilla

- 11.15 hs Yo prefiero una válvula mecánica y me olvido**
Dr. Luis Diodatto (Santa Fé)
- 08.00 hs Yo prefiero una válvula biológica y TAVI cuando vuelva**
Dr. Julio Dantur (Tucumán)
- 11.45 hs Operación de Ross, la mejor opción.**
Dr. Carlos Nojek (CABA)
- 12.00 hs Anticoagulación y embarazo ¿Es tan simple?**
Dra. María Esther Aris Cancela (CABA)
- 12.15 hs Mesa de discusión**

12.30 hs Lunch Break**14.00 hs VALVULOPATÍA AÓRTICA IV - EL PACIENTE DE ALTO RIESGO**

~
15.30 hs Objetivo: analizar el impacto real de la cirugía en un subgrupo de alto riesgo operatorio, ya sea por edad, comorbilidades, asociación de enfermedad coronaria y/o cirugía previa.

Presidente: Dr. Victor Caramutti (CABA)

Coordinador: Dr. Vadim Kotowicz (CABA)

Secretario: Dr. Jorge Estrada

- 14.00 hs Cirugía valvular en octogenarios ¿Son realmente inoperables o solo muy costosos?**
Dr. Michael Mack (Dallas, USA)
- 14.15 hs Octogenario y estenosis aórtica quirúrgica. ¿Qué hacer con la enfermedad mitral moderada?**
Dr. Jose Abud (CABA)
- 14.30 hs Tronco y estenosis aórtica severa en octogenarios ¿Quirúrgico 100%?**
Dra. Carla Agatiello (CABA)
- 14.45 hs Estenosis aórtica y disfunción ventricular severa ¿Estamos aún a tiempo?**
Dra. Mirta Diez (CABA)
- 15.00 hs Tácticas en reoperación aórtica con puentes permeables**
Dr. Guillermo Vaccarino (Buenos Aires)
- 15.15 hs Mesa de discusión**

15.30 hs Coffee Break**15.45 hs VALVULOPATÍA AÓRTICA V - CIRUGÍA Y TAVI I (*)**

~
17.15 hs Objetivo: analizar opciones terapéuticas en pacientes añosos, evaluar aplicabilidad de los scores de riesgo, valorizar el aporte de las imágenes en la decisión terapéutica y revisar el rol del cirujano cardíaco frente a nuevas tecnologías.

Presidente: Dr. Mario Serafica (CABA)

Coordinador: Dr. Hernan Del Percio (CABA)

Secretario: Dr. Gustavo Covello

- 15.45 hs Cirugía valvular aórtica en tiempos del PARTNER**
Dr. Michael Mack (Dallas, USA)
- 16.00 hs Fragilidad, más allá de los scores.**
Dr. Maximiliano Smietniansky (CABA)
- 16.15 hs Desde las imágenes, ¿qué paciente NO debe someterse a TAVI?**
Dra. Paz Ricapito (CABA)
- 16.30 hs Rol del cirujano en Heart Team, ¿resistir o involucrarse en el proceso?**
Dr. Michael Mack (Dallas, USA)
- 17.00 hs Mesa de discusión**

Salón Aula Magna (Primer piso)

15.45 hs SESIÓN TEMAS LIBRES CIRUGÍA CARDÍACA (*)

~

17.15 hs Comentadores - Jurado: Dr. Naselli, Dr. Fernando Cichero, Dr. Daniel Bracco, Dr. Daniel Navia.

17.15 hs Coffee Break

Salón Microcine (Planta baja)

17.45 hs VALVULOPATÍA AÓRTICA VI - CIRUGÍA Y TAVI II

~

19.00 hs Objetivo: Obtener una vision multidisciplinaria de la patología, establecer estrategias en implantes transcateter en pacientes con enfermedad vascular asociada y analizar el impacto

Presidente: Dr. Fernando Cichero (CABA)

Coordinador: Dr. Fernando Piccinini (CABA)

Secretario: Dr. Nicolás Arnedo

17.45 hs Selección de pacientes para abordaje transapical/transaórtico/subclavio

Dr. Gustavo Tomassini (Santa Fe)

18.00 hs Paso a paso en implante transapical, lesiones aprendidas.

Dr. Vadim Kotowicz (CABA)

18.15 hs TAVI y enfermedad de la aorta abdominal. Opciones terapéuticas.

Dr. Patricio Zaefferer (CABA)

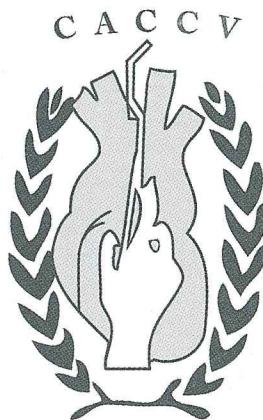
18.30 hs Valve in Valve en válvula biológica degenerada, ¿es posible o solo una fantasía?

Dra. Alfonsina Candiello (CABA)

18.45 hs Mesa de discusión

19.00 hs Mensaje CACCV 2015

Dr. Fernando Piccinini



(*) Conferencias en paralelo

MIÉRCOLES 16 DE SEPTIEMBRE
Salón F. Valsecchi (Planta baja)

CIRUGÍA FLEBO-LINFOLOGICA

08.00 hs TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL LINFEDEMA GENITAL Y DE MIEMBROS

~
09.15 hs Presidente: Dr. Jorge Soracco
Coordinador: Dra. Sandra Gerez - Dra. Guadalupe Bengoa
Secretario: Dra. Jimena Regalado

08.00 hs Tratamiento médico prequirúrgico del linfedema

Dr. Luis Marcovecchio

08.20 hs Tratamiento quirúrgico del linfedema genital. Mostración de casos.

Dra. Sandra Gerez

08.40 hs Tratamiento quirúrgico del linfedema de miembros. Mostración de casos.

Dr. Jorge Soracco

09.15 hs Coffee Break

09.45 hs TRATAMIENTO MÉDICO DEL LINFEDEMA

~
11.00 hs Presidente: Dra. Mabel Busatti
Coordinador: Dra. Gabriela Idiazabal - Dr. Martín Delgado
Secretario: Dra. Melisa Caponi - Dr. Mario Castro

09.45 hs Tratamiento del linfedema en el Servicio de Flebología y Linfofología del Hospital de Clínicas de Buenos Aires, centro de alta demanda.

Dra. Mabel Bussati

10.00 hs Nutrición y linfedema

Lic. Virginia Fernández

10.15 hs Mostración de casos en vivo - Técnicas de Drenaje Manual - Vendajes:

Autovendaje de miembro inferior

Lic. Paula López Feijoo - Lic. Esther Zicks

DLM Miembro inferior. Técnica desarrollada en nuestro servicio.

Lic. Silvina Bossi - Lic. María Teresa Mayer

Ejercicios miolinfokinéticos miembro inferior

Lic. Graciela Maximino

11.00 hs Coffee break

11.15 hs SIMPOSIO EN CONJUNTO CON FLEBOLOGÍA:

~ **TERAPIA ENDOVASCULAR PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y GRANDES SINDROMES**

12.30 hs VENOSOS. NUEVOS ENFOQUES.

Presidente: Dr. Ricardo Etcheverry

Coordinador: Dr. Marcelo Dándolo

Secretario: Dr. Diego Pinto

11.15 hs Terapia trombolítica e implante de stent en trombosis venosa profunda

Dr. Martín Ravelino

11.30 hs Filtros de vena cava

Dr. Marcelo Dándolo

11.45 hs Síndrome del opérculo torácico-trombosis de vena cava

Dr. Esteban Mendaro

12.00 hs Síndrome de May Thurner - I opérculo torácico - Tratamiento endovascular

Dr. Guillermo Eisele

12.15 hs Síndrome de congestión pelviana

Dr. Marcelo Pataro

Panel de discusión y comentaristas: Dr. Marcelo Pataro, Dr. Sergio Shinzato, Dr. Ricardo Lamura, Dr. Mariano Ferreira, Dr. Alejandr. O Cuacci, Dr. Sotomayor Jorge.

12.30 hs Lunch Break

14.00 hs SESIÓN TEMAS LIBRES

~

15.30 hs Comentadores - Jurado:

Dr. Dino Sfarcich

Dr. Eduardo Gonzalez

Dr. Juan Nigro

15.30 hs Coffee Break

15.45 hs PATOLOGÍA DEL QUILO

~

17.15 hs Presidente: Dr. Cristobal Papendiek

Coordinador: Dr. Ruy Martinez Allende

Secretario: Dr. Diego Stuffer - Dr. Ezequiel Barbosa

15.45 hs Anatomía aplicada del circuito del quilo

Dr. Miguel Amore

16.15 hs Fisiología/fisiopatología del circuito del quilo

Dr. Martinea Allende

16.45 hs Síndromes asociados a la patología del quilo

Dr. Cristobal Papendiek

17.15 hs Coffee Break

17.45 hs LINFEDEMA - ACTUALIZACIÓN DE TRATAMIENTOS

~

19.00 hs Presidente: Dr. Ruy Martinez Allende

Coordinador: Dr. Marcos Grauberger

Secretario: Lic. Beatriz Donnelly

17.45 hs Linfedema primario

Dra. Lucrecia Barbosa

18.00 hs Linfedema secundario

Dr. Miguel Amore

18.15 hs Rehabilitación vascular

Lic. Ester Paltrinieri

18.30 hs Rehabilitación en pediatría

Lic. Doris Braun

18.45 hs Crecimiento. Crecimiento asimétrico. Sobrecrecimiento

Dr. Cristobal Papendiek

(*) Conferencias en paralelo

MIÉRCOLES 16 DE SEPTIEMBRE
Salón Aula Magna (Primer piso)

CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA

08.00 hs NOVEDADES Y AVANCES EN PATOLOGÍA CAROTIDEA

09.15 hs Coordinador: Dr. Ricardo LaMura
Secretario: Dr. Soledad Mendez

08.00 hs Tratamiento de la estenosis carotidea asintomática: ¿se necesita CREST 2?
Dr. Carlos Timaran (USA)

08.12 hs Enfermedad carotidea en la era del control de los factores de riesgo
Dr. Sebastian Ameriso (CABA)

08.24 hs Angioplastía carotidea, estado actual. Experiencia en 25 años.
Dr. Jaques Theron (Francia)

08.36 hs Rol actual de la cirugía como tratamiento de la patología carotidea.
Dr. Ricardo LaMura (CABA)

08.48 hs Historia del concepto y desarrollo del sistema de protección "Flow Reversal".
Dr. Juan Carlos Parodi (CABA)

09.00 hs Discusión final

09.15 hs Coffee break

09.45hs CONSIDERACIONES ESPECIALES EN EVAR Y PATOLOGÍA ABDOMINAL COMPLEJA

11.00 hs Coordinador: Dr. Samuel Fernández
Secretario: Dr. Martín Licudis

09.45 hs Tratamiento endovascular del aneurisma de aorta eco guiado.
Dr. Ronald Fidelis (Brasil)

09.57 hs Revascularización de las arterias ilíacas internas en el EVAR
Dr Alvaro Razuk (Brasil)

10.09 hs Uso de chimeneas en EVAR
Dr. Aldo Paganini (CABA)

10.21 hs EVAR en aneurismas de aorta abdominal rotos
Dr. Mariano Ferreira (CABA)

10.33 hs El estudio GREAT: comparación de los resultados en EVAR de América Latina con USA y Europa.
Dr. Tulio Navarro (Brasil)

10.45 hs Discusión final

11.00 hs Coffee break

11.15 hs SESIÓN TEMAS LIBRES (*)

12.30 hs Comentadores - jurado:
Dr. Amilcar Vacario
Dr. Carlos Goldstein
Dr. Lamura Ricardo

Salón F. Valsecchi (Planta baja)

11.15 hs SIMPOSIO EN CONJUNTO CON FLEBOLOGÍA: (*)

TERAPIA ENDOVASCULAR PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y GRANDES SINDROMES VENOSOS, NUEVOS ENFOQUES.

Ver programa Cirugía Flebo-Linfológica. Página 71.

12.30 hs *Lunch break*

Salón Aula Magna (Primer piso)

14.00 hs **DISECCIÓN AORTA TORÁCICA: ABORDAJE ENDOLUMINAL.**

~
15.30 hs **Coordinador:** Dr. Dario Chikiar
Secretario: Dr. Vanina Arloro

14.00 hs **TEVAR para disecciones aórticas**

Dr. Alvaro Razuk (Brasil)

14.15 hs **Disección Tipo B crónica complicada con aneurisma toracoabdominal: manejo endovascular**
Dr. Juan Pablo Carbonell (Colombia)

14.30 hs **Tratamiento endovascular de la disección Tipo B complicada**

Dr. Samuel Fernandez (CABA)

14.45 hs **Tratamiento de la disección aórtica Tipo B**

Dr. Ronald Fidelis (Brasil)

15.00 hs **Nuevas perspectivas en el manejo de la disección Tipo B**

Dr. Patricio Zaefferer (CABA)

15.15 hs **Discusión final**

15.30 hs *Coffee break*

15.45 hs **TRABAJOS A PREMIO CONGRESO**

~
17.15 hs **Jurado de Honor:**

Cardíaca: Dr. Carlos Nojek - Dr. Roberto Favaloro

Vascular periférico: Dr. Tilio Sampere - Dr. Dino Sfarcich

Flebología: Dr. Dr. Jorge Soracco - Dr. Roberto Simkin

Coordinador: Dr. Fernando Cichero

17.15 hs *Coffee break*

17.45 hs **AVANCES EN ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA**

~
19.00 hs **Coordinador:** Dr. Guillermo Garelli
Secretario: Dr. Gerardo Tissera

17.45 hs **¿Qué hay de nuevo en antiagregación y anticoagulación en arteriopatía periférica?**
Dr. Marcelo Casey (CABA)

17.57 hs **Patología arterial en el sector aorto-ilíaco: resolución endoluminal.**
Dr. Marcelo Pataro (Buenos Aires)

18.09 hs **Sector femoro-poplíteo: abordaje endoluminal**
Dr. Marcelo Rabellino (CABA)

18.21 hs **Resolución endoluminal de la patología estenosante infrapatelar**
Dr. Mariano Ferreira (CABA)

18.33 hs **¿Hay lugar para la cirugía tradicional en el tratamiento de la patología infrapatelar?**
Dr. Victor Lamelza (CABA)

18.45 hs **Discusión final**

RESÚMENES TRABAJOS

1) PHRENIC NERVE INJURY DURING CARDIAC SURGERY: MECHANISMS, MANAGEMENT AND PREVENTION.

Autor: Dr. Victor J. Aguirre

Coautores: Dr. Priyanka Sinha, Mbbs, Adam Zimmet, Fracs, Geraldine A. Lee, Mphil, Lachlan Kwa, Mbbs, Bmedsc, Franklin Rosenfeldt, Md, Fracs

The Alfred Hospital - Australia

Introduction: Phrenic nerve injury (PNI) is a well recognize complication of cardiac surgery. Various mechanisms of injury have been recognized including hypothermia, mechanical trauma and possible ischemia; however, no census information exists in regards of theses mechanisms, presentation and possible measures to prevent its damage. The diagnosis and consequences has a broad spectrum of possibilities with accepted treatment options such as diaphragmatic plication.

Methods: We conducted a literature review about the mechanisms, management and prevention of PNI during cardiac surgery. 47 papers were included in the review.

Discussion/Conclusion: Phrenic nerve injury is common in cardiac surgery involving use of ice slush. It is therefore preferable to use more modern cardioplegia techniques instead of ice slush. Phrenic nerve injury is also a risk in coronary artery by-pass surgery where the IMA is used as conduit. This is due to the proximity of the IMA to the phrenic nerve. Therefore great care must be taken to prevent damage to the phrenic nerve during harvesting of this artery, especially in the proximal 5 cm of its course.

Phrenic nerve injury in the paediatric population and in patients with pre-existing respiratory problems is a serious event as loss of diaphragmatic function can lead to major complications. In these groups prevention strategies and early intervention are most important.

Keywords: Phrenic nerve; Diaphragmatic paralysis; Ice slush; Pericardiophrenic artery; Cold cardioplegia; Internal mammary artery.

2) PHRENIC NERVE INJURY IN LUNG TRANSPLANTATION

Author: Dr. Victor J. Aguirre

Co-authors: Dr. Franklin Rosenfeldt Md Fracs, Silvana Marasco Md Fracs, Glen Westall Phd FrACP, Jim Duncan RN, Adam Zimmet Md Fracs.

The Alfred Hospital - Australia

Introduction: Phrenic nerve injury (PNI) is a known complication of lung transplantation but its incidence and consequences are not well described. The aims of this study were: 1. To analyse the influence of PNI on operative outcomes and survival. 2. To identify predictors of PNI.

Methods: We conducted a retrospective review of patients undergoing single or double lung transplantation between January 2008 and April 2013 at The Alfred Hospital. Clinical outcomes included 30 day mortality, length of hospital and ICU stay, number of ICU admissions, days of ventilation, number of re-intubations and median survival. Ten different demographic and surgical characteristics including surgeon experience were tested as possible predictors of PNI.

Results: A total of 319 transplants were included, 29 single and 290 double. The incidence of PNI was 6.9%. PNI was associated with a similar 30-day mortality but longer stay in ICU, and in hospital, prolonged ventilation, more frequent re-intubation and reduced median survival (Table, Fig). Ten predictors of PNI were tested but only surgical time reached even borderline significance ($6.3\text{hrs} \pm 0.4$ vs $5.6 \pm 0.1\text{hrs}$; $p=0.059$), suggesting that technical factors in complex surgical cases may contribute to PNI.

Conclusions: 1 Phrenic nerve injury after lung transplantation is associated with increased morbidity and reduced survival. 2. The only likely predictor of PNI is surgical time implying technical difficulty. 3. Options to reduce PNI such as intraoperative nerve testing need to be investigated.

Keywords: Phrenic Nerve, diaphragmatic palsy, lung transplantation.

3) TRATAMIENTO HÍBRIDO EN PATOLOGÍA DE ARCO AÓRTICO

Autor principal: Dr. Arenaza Pablo Hernán

Autores: Dres. Flores C., Dr. Basso G., Dr. Salomon C., Dr. Soto L., Dr. Serrano E., Dr. Covello G., Dr. Patrizi N., Dr. Rodriguez J., Dr. Queirel F., Dr. Suárez S., Dr. Pérez C.

Hospital San Juan de Dios de la Plata

Objetivo: plantear tratamiento híbrido (debranching del arco aórtico y sellado endovascular en dos tiempos) como alternativa en pacientes con aneurisma de arco aórtico y alto riesgo quirúrgico.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo de 3 casos de tratamiento híbrido de la patología aórtica. Se realizaron los procedimientos en el último año, la información fue recopilada de nuestra base de datos de patología aórtica.

Resultados: Se presentan tres casos clínicos en 2 hombres y 1 mujer, la edad promedio fue de 60 años, la forma de presentación fue dolor torácico en un caso el cual presentaba una disección aórtica tipo A, en otro disfonía de 2 semanas de evolución el cual presentaba aneurisma que comprometía subclavia izquierda, y el otro en el seguimiento luego de una disección aórtica tipo B, presentó aneurisma a nivel de cayado con compromiso de vasos supraaórticos. Presentaban como antecedentes hipertensión arterial (HTA) y dislipemia en los tres casos y tabaquista en 2 casos. Se realizó tomografía computarizada (TC) toracoabdominal. Dado el elevado riesgo estimado para una cirugía convencional abierta (con circulación extracorpórea [CEC] y parada circulatoria en hipotermia profunda), se decidió tratamiento híbrido de debranching con sellado endovascular. En dos casos se realizó by-pass desde aorta ascendente a tronco braquiocefálico y carótida izquierda. En el otro caso se realizó by-pass carotideo-carotideo. El promedio desde el primer procedimiento al segundo se realizó entre las 48 y 72 horas excepto en el paciente con disección aórtica tipo A que se esperó 7 días. En todos los casos se realizó drenaje de líquido cefalorraquídeo. Durante el procedimiento endovascular se ocluyó arteria subclavia sin realizar revascularización en dos casos se ancló en zona 0 y en el restante en zona 1. Los pacientes evolucionaron favorablemente y se dio alta al 4 día postoperatorio en dos casos y en el caso de la disección tipo A se dio alta al 6 día luego de la terapia endovascular. En los controles post-operatorios como complicaciones se observó un paciente se observó un acv a los 3 meses.

Conclusiones: el tratamiento híbrido en dos tiempos es una alternativa útil y segura para la patología del arco aórtico en pacientes con alto riesgo para cirugía abierta convencional donde se usaría circulación extracorpórea con parada circulatoria.

4) SINDROME AÓRTICO TIPO B: NUESTRA EXPERIENCIA

Autor principal: Dr. Arenaza Pablo Hernán

Autores: Dres. Flores C., Basso G., Salomon C., Soto L., Serrano E., Covello G., Patrizi N., Rodriguez J., Queirel F., Suárez S., Pérez C.

Hospital San Juan de Dios de la Plata

Objetivo: analizar las modalidades de presentación, el diagnóstico, el tratamiento y la morbilidad del SAA Tipo B.

Material y métodos: Desde febrero de 2012 hasta junio de 2015, se enrolaron 26 pacientes consecutivos admitidos con diagnóstico de SAA tipo B, de los que se obtuvieron las características clínicas basales, los estudios complementarios, el tipo de tratamiento y la evolución clínica.

Resultados: El 69% fueron hombres, la edad media fue de 59,8 años. El 84% de los pacientes eran hipertensos, el 28% tabaquistas y el 24% dislipidémicos. El dolor precordial o dorsal estuvo presente en el 85,1%. Se realizó el diagnóstico con tomografía computada. En 20 pacientes el diagnóstico fue disección aórtica tipo B, 4 como hematoma intramural y 2 casos como úlcera aórtica. Los betabloqueantes se utilizaron en el 64,7% de los casos, el nitroprusiato de sodio. Una vez hecho el diagnóstico e instaurado el tratamiento se evaluó evolución. En 4 pacientes se realizó tratamiento endovascular de urgencia (2 isquemia visceral, 2 por dilatación aórtica severa). En 2 pacientes se realizó tratamiento endovascular en el seguimiento a largo plazo por dilatación aórtica uno de ellos tratamiento híbrido con revascularización de troncos supraaórticos. La mortalidad tanto con tratamiento médico como endovascular fue de 0% a los 30 días. En el seguimiento a largo plazo un paciente (3,84%) falleció por colecistitis con peritonitis.

Dentro de las complicaciones posoperatorias se presentaron en dos pacientes: un endoleak tipo III y un accidente cerebrovascular en el post-operatorio alejado debido a obstrucción de prótesis bifurcada a los 8 meses solo con secuelas faciales leves.

Conclusiones: el síndrome aórtico agudo Tipo B, es una patología poco frecuente, con muy buenos resultados con tratamiento médico en pacientes seleccionados; pero siempre hay que realizar un seguimiento estricto para evaluar si requiere tratamiento endovascular en su evolución.

5) IMPLANTACIÓN DE HOMOINJERTO POR ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON FÍSTULA DE AORTA A VENTRÍCULO IZQUIERDO

Autor principal: Dr. Arenaza Pablo Hernán

Autores: Dres. Flores C., Dr. Basso G., Dr. Salomon C., Dr. Soto L., Dr. Serrano E., Dr. Covello G., Dr. Patrizi N., Dr. Rodriguez J., Dr. Queirel F., Dr. Suárez S., Dr. Pérez C.

Hospital San Juan de Dios de la Plata

Objetivo: describir la clínica, diagnóstico y la conducta quirúrgica en un paciente con endocarditis complicada.

Material y métodos: Se realiza el estudio descriptivo de un paciente que presentó endocarditis complicada en este año en nuestro servicio.

Resultados: paciente varón de 19 años. Ingresa con diagnóstico de Accidente cerebrovascular con afectación facioobraquicrural, asociado a síndrome febril de un mes de evolución, disnea de reposo y leucocitosis. Se observó absceso en brazo izquierdo donde había recibido herida de arma blanca hacia 6 meses, se realizó drenaje del mismo. Requirió apoyo inotrópico y ventilación mecánica. Hemocultivos seriados positivos para *Staphylococcus aureus*, objetivándose en ecocardiografía transesofágica insuficiencia aórtica grave, imagen sugerente de vegetaciones y absceso aórtico posterior con fistula de aorta a Ventrículo izquierdo. El paciente fue sometido al 4 día a explantación valvular bajo circulación extracorpórea (CEC). Se observa pericarditis purulenta, vegetaciones en la válvula, con absceso anular periprotésico a nivel coronariano izquierdo y derecho y fistula a ventrículo izquierdo. Se extirpa tejido infectado y se implanta homoinjerto valvulado, sustituyendo la raíz y reimplantando las coronarias a través de vena safena a homoinjerto. El paciente presentó mala salida de bomba con fallo biventricular y óbito.

Conclusiones: la endocarditis, debido a su elevada mortalidad, se beneficia notoriamente de un tratamiento quirúrgico precoz, debiéndose individualizar el momento de la cirugía para evitar una insuficiencia cardíaca refractaria o la destrucción de tejidos perivalvulares. En este caso el paciente presentaba absceso y fistula aorta ventrículo izquierdo. La utilización de homoinjertos en este tipo de casos es una buena alternativa para el tratamiento de la endocarditis con absceso y fistula.

6) ENDOCARDITIS POR ASPERGILLUS FUMIGATUS

Autor principal: Dr. Arenaza Pablo Hernán

Autores: Dres. Flores C., Dr. Basso G., Dr. Salomon C., Dr. Soto L., Dr. Serrano E., Dr. Covello G., Dr. Patrizi N., Dr. Rodriguez J., Dr. Queirel F., Dr. Suárez S., Dr. Pérez C.

Hospital San Juan de Dios de la Plata

Objetivos: describir la forma de presentación, diagnóstico, terapia quirúrgica y evolución de un paciente con diagnóstico de endocarditis fúngica por *Aspergillus Fumigatus*.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo de un paciente con endocarditis fúngica intervenido en el Hospital San Juan de Dios de La Plata en este último año.

Resultados: paciente varón de 43 años inmunocompetente, ingresa al hospital por síndrome febril, disnea de reposo y leucocitosis. Hemocultivos seriados negativos en varias oportunidades. Se realiza ecocardiograma objetivándose insuficiencia aórtica grave, con imagen de vegetaciones. Se realizó tomografía completa sin particularidades. Como antecedentes había recibido una punción en cuerpo vertebral lumbar 3 por una imagen, que arrojo resultados negativos. El paciente continua con síndrome febril a pesar de tratamiento antibioticó empírico

(tazonan, vancomicina gentamicina), hemocultivos persistentemente negativos. Se realiza nuevo ecocardiograma evidenciándose vegetaciones de más de 20 mm sobre válvula aórtica. Se decide intervención quirúrgica sin diagnóstico bacteriológico positivo pero con empeoramiento del estado clínico con necesidad de drogas inotrópicas y respiración asistida. En la intervención se observan vegetaciones gigantes con material pastoso. Se realizó reemplazo valvular mecánico, se enviaron muestras a bacteriología y anatomía patológica. El paciente evoluciona desfavorablemente con síndrome inflamatorio, fiebre, mala respuesta a drogas inotrópicas. Se recibe resultado bacteriológico donde informan endocarditis por *Aspergillus Fumigatus*. Se instaura tratamiento con anfotericina B pero al 5 día el paciente obita.

Conclusiones: endocarditis infecciosa causada por *Aspergillus* es infrecuente y se presenta generalmente en pacientes con cirugía Cardíaca previa o en inmunodeficientes. Por lo general, el aislamiento se realiza post-mortem, si bien el cultivo de la válvula o, en muy pocos casos el hemocultivo, permiten su aislamiento. Describimos un caso de endocarditis infecciosa por *Aspergillus fumigatus* sobre válvula nativa aórtica, con hemocultivos negativos y con aislamiento de *Aspergillus* en la vegetación valvular.

7) ANÓMALIAS DEL ORIGEN DE LA DE LA ARTERIA CORONARIAS EN EL ADULTO

Autor principal: Dr. Arenaza Pablo Hernán

Autores: Dr. Flores C., Dr. Basso G., Dr. Salomon C., Dr. Soto L., Dr. Serrano E., Dr. Covello G., Dr. Patrizi N., Dr. Rodriguez J., Dr. Queirel F., Dr. Suares S., Dr. Perez C.

Hospital San Juan de Dios de la Plata

Objetivos: describimos forma de presentación diagnóstico, y corrección quirúrgica de dos pacientes adultos con anomalía del origen de arterias coronarias.

Material y métodos: se realiza un estudio descriptivo de dos pacientes con anomalía de arterias coronarios estudiados e intervenidos en los dos últimos años en el Hospital San Juan de Dios de La Plata.

Resultados: Se presentan dos casos. El primer caso fue un varón de 43 años que debutó con ángor y disnea, se realizó prueba de esfuerzo donde se observó arritmias ventriculares durante el esfuerzo. Se realizó ecocardiograma que mostró insuficiencia mitral moderada-severa. La coronariografía evidenció la salida anómala del tronco de la coronaria izquierda desde el tronco de arteria pulmonar. La corrección quirúrgica consistió en realizar una anastomosis directa de tronco de coronaria izquierda a aorta y cierre de arteria pulmonar con parte de pericardio. También se realizó reemplazo valvular mitral. El post-operatorio transcurrió sin incidencias. Demostró la reconstrucción anatómica de la salida de la coronaria izquierda, sin acodamiento ni interferencia con la arteria pulmonar. A los 6 meses de seguimiento, se realizó ergometría que mostró capacidad funcional normal sin isquemia residual.

El segundo paciente masculino de 58 años presentó disección aórtica y el diagnóstico se realizó en el acto quirúrgico. Se observó salida de la arteria coronaria derecha desde arteria pulmonar. Se realizó Bentall de Bono implantando la arteria coronaria derecha en tubo de dacron. El paciente óbito en el post-operatorio por falla hemodinámica sin signos de isquemia electrocardiográficas.

Conclusiones: el origen anómalo de las coronarias es una alteración congénita rara asociada a muerte súbita, es indispensable una vez hecho el diagnóstico identifica el tipo de anomalía para permitir individualizar la reconstrucción quirúrgica.

8) TUMOR RENAL DERECHO CON INVASIÓN DE VENA CAVA INFERIOR RESECCIÓN QUIRÚRGICA CON CEC

Autores: Dr. Bacigalupo Roberto, Dr. Ghione Marcelo, Dr. Magadan Manuel, (Servicio de Urología). Dr. Cichero Fernando, Dr. Padilla Hernán, Dr. Olivera Joaquín. (Servicio de Cirugía Cardiovascular).

Hospital Juan A. Fernández. Servicio de Cirugía Cardiovascular y Urología.

Introducción: El compromiso de la vena cava inferior en el cáncer de riñón se produce en el 4-10% de los casos y torna mas complicada la extirpación quirúrgica completa; sin embargo, la resección quirúrgica, ofrece la única esperanza de curación y, cuando no hay metástasis, se justifica este enfoque. El objetivo de este trabajo es dem-

ostrar la posibilidad quirúrgica en pacientes con esta patología, más allá de los riesgos que esta implica, utilizando circulación extracorpórea (CEC) como apoyo en la misma.

Material y métodos: Paciente de 62 años extabaquista severo, con antecedentes de HTA. Presentó episodio de hematuria en Octubre de 2014 por lo que consulta al servicio de Urología. Se solicita: Ecografía Renal: lesión ocupante de espacio en polo inferior del riñón derecho de 49x46 mm.; TAC de abdomen y pelvis (11/10/2014): imagen focal heterogénea es misma región de 50 mm con centro quístico necrótico en su interior, otra imagen de similares características en forma adyacente de 55mm; se advierte incremento de las dimensiones de la vena renal homolateral, que muestra contenido ligeramente hipodenso y se extiende a vena cava inferior, en relación a flujo lento-trombosis; AngioRMN de abdomen y pelvis (31/10/14): formación expasiva infiltrativa que compromete tercio medio y polo inferior de riñón derecho (75x51x92 mm). AngioRMN: marcado aumento del calibre de la vena renal derecha (20,3 mm). Imagen de defecto de relleno endoluminal que se extiende hasta su desembocadura en la vena cava inferior (trombosis tumoral). Ectasia de vena gonadal derecha. Sin secundarismo en otros órganos. Estadio T3 a, N 0, M 0. Se realiza ateneo en conjunto a servicio de Cirugía Cardiovascular y se define nefrectomía radical + cavostomía con trombectomía con apoyo circulatorio de bomba de circulación extracorpórea. El paciente permanece 5 días en UTI y 4 días en sala de Urología, egresando al 9no día post-operatorio.

Anatomía patológica: Carcinoma renal de células claras. Furhman G3. Rotulado de trombo tumoral: invasión vascular por carcinoma de células claras.

Conclusiones: El carcinoma renal con invasión de vena cava infradiafragmática es infrecuente. Para su diagnóstico preciso se debe solicitar una AngioTAC o AngioRMN. La única posibilidad de curación radica en el tratamiento quirúrgico, siempre y cuando no existan metástasis en otros órganos, la CEC disminuye el sangrado intraoperatorio por lo tanto mejora la posibilidad de resección total. El paciente evoluciona favorablemente con función renal normal y con dos controles por TAC libres de enfermedad.

8) CIGORRAGA, UNA TECNICA VIGENTE. REVISION DE UN CASO

Autores: Dr. Balestrini Julián, Dr. Olivera Joaquín, Dr. Segovia Miguel, Dra. Daye Yanina, Dr. Nigro Pablo, Dr. Cichero Fernando.

Hospital de Agudos Juan A. Fernández, Buenos Aires, Argentina
Servicio de Cirugía Cardiovascular

Introducción: La úlcera venosa de los miembros inferiores es una patología frecuente y los costos que genera en términos de deterioro de calidad de vida, pérdida de capacidad laboral e insumos de recursos médicos, son muy altos. Representa el estadio final de la Insuficiencia Venosa Crónica (IVC). Predomina en el sexo femenino y en la cara interna de la pierna. Es indolora, recidivante y presenta escasa tendencia a la cicatrización espontánea. Es debida a la hipertensión venosa crónica y generalmente asociada a insuficiencia venosa superficial y del sistema de las venas perforantes.

Actualmente el método más utilizado para tratar las perforantes insuficientes (PI) es la ligadura endoscópica subfascial o tratamiento con láser de las perforantes. En el Hospital Público no se cuenta con dicha tecnología razón por la cual se continúa utilizando la técnica de Cigorraga para tratar las PI con buenos resultados.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino, de 66 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial, que presenta úlcera de 10 x 15 cm en cara interna de pierna derecha de 2 años de evolución. Además refiere dolor, pesadez y calambres nocturnos. Eco-doppler venoso: Insuficiencia severa de vena safena interna derecha y perforantes de Cockett. Tratada mediante vendaje elastocompresivo en miembro inferior derecho y flebotónicos hace 2 años, sin mejoría. Se decide conducta quirúrgica (safenectomía interna derecha + Cigorraga) y continuar con tratamiento médico.

Discusión: La Operación de Cigorraga o de la valva, fue descripta en 1958 por Jorge Cigorraga, cirujano cardiovascular argentino, como una opción menos invasiva para tratar la insuficiencia de las venas perforantes en comparación con las cirugías clásicas (de Linton, Cockett etc). Consiste en una incisión de 1 a 4 cm, alejada de los trastornos tróficos, en la cara medial de la pierna (tercio superior), y el pasaje de una valva por el espacio subaponeurótico, previa maniobra digital, pasando el maléolo interno, para seccionar las perforantes.

Está indicado en estadios avanzados de IVC (dermatoesclerosis-úlcera cicatrizada-úlcera venosa activa) El procedimiento es efectivo, de fácil realización, no requiere costosa aparatología y el número de complicaciones es bajo (necrosis, infección, parestesia y hematoma).

9) 30 AÑOS SIN VALVULA TRICUSPIDE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Dr. G. Benitez, Dr. S. Sviriz, Dr. F. Gutierrez, Dr. W. Sosa.

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Clínica de Urgencias, Sanatorio Guemes, Resistencia, Chaco.

La insuficiencia de la válvula tricúspide se asocia con frecuencia a enfermedades del lado izquierdo del corazón. También se presentan por causas primarias, entre ellas, la endocarditis infecciosa, es una de la más frecuente. Generalmente bien tolerada, el paciente puede llegar a la cirugía Cardíaca en etapas avanzadas de la enfermedad, con hipertensión del sistema venoso portal con congestión hepática y esplénica crónica.

Se presenta el caso de una paciente de 46 años de edad, con insuficiencia tricuspídea severa a quien se le resecó la válvula hace 30 años (a los 16 años de edad) por endocarditis infecciosa, actualmente con hipertensión portal severa e hiperesplenismo secundario, y déficit de los factores de la coagulación (T.P. 23%. KPTT: 40,5 segundos. RIN: 2,23); se reoperó para implantarse una válvula mitral biológica Nº 33 en posición tricuspídea, sin paro cardiaco, bajo circulación extracorpórea.

El tratamiento interdisciplinario del paciente, en la etapa prequirúrgica, durante el acto quirúrgico y el post-operatorio inmediato, fueron fundamentales en la evolución satisfactoria.

Palabras clave: Insuficiencia tricuspídea, Hipertensión portal, Hiperesplenismo.

10) ANOMALÍA DE IMPLANTACIÓN CORONARIA IZQUIERDA. EXPERIENCIA EN 30 AÑOS

Autor Principal: Dr. Alex Emanuel Bonaudi

Autores: Dr. A. Sillon Rivas, Dr. R. Niveyro, Dr. S. Rosselot, Dr. F. Antelo, C. Dr. Presa, C. Dr. Antelo.

Servicio de Cirugía Cardiovascular Pediátrica Hospital de Niños de La Plata

Introducción: La anomalía de implantación de la arteria coronaria izquierda en el tronco de la arteria pulmonar (ALCAPA), representa una patología poco frecuente dentro de las cardiopatías congénitas. Dicha incidencia es de 1/300.000 recién nacidos. Cursan en forma asintomática hasta el mes de vida y su mortalidad es mayor al 90% en caso de no instaurarse la terapéutica adecuada.

Materiales y métodos: Se realizó estudio retrospectivo de historias clínicas de un total de 27 pacientes sometidos a cirugía de reimplante coronario vs Takeuchi por ALCAPA en un período comprendido entre mayo de 1985 a mayo de 2015, su evolución postoperatoria y morbi-mortalidad, utilizando ecocardiograma y test de perfusión miocárdica.

Resultados: Se analizó a 27 pacientes, 48,1% femenino, media de edad de 9 meses (2 meses – 60 meses). El 61,5% fueron sometidos a técnica de reimplantación, el 38,5 % a técnica de Takeuchi. El 51,9% masculino, media de edad de 20 meses (1 mes – 84 meses). En el 50% de los casos se realizó reimplante y en el 50% restante técnica de Takeuchi. La mortalidad global de ambos grupos fue de un 22,2% (similar en cada grupo). Del 77,8 % restante, en su evolución postoperatoria, 42,86 % presentaron insuficiencia mitral leve, 42,86% moderada y el 9,52% severa. En cuanto al test de perfusión miocárdica fue satisfactorio en el 38,1% y se registraron alteraciones en el 61,9%.

Conclusión: En nuestro servicio el manejo de ALCAPA presenta mortalidad operatoria aceptable independientemente de la técnica utilizada y un pronóstico postquirúrgico favorable.

Palabras Clave: Alcapa, Reimplante Coronario, Cirugía De Takeuchi.

11) ANEURISMA VERDADERO DE ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL POR DEGENERACIÓN QUÍSTICA DE LA MEDIA (ENFERMEDAD DE ERDHEIM)

Autor Principal: Dr. Caplán, Guillermo José Mateo.

Autores: Dr. S. Boullón, Dr. V. Cachau.

Introducción: Los aneurismas verdaderos de arteria temporal superficial (ATS) son infrecuentes en la práctica quirúrgica, siendo más frecuentes los pseudoaneurismas traumáticos.

Se reporta un caso de aneurisma verdadero de arteria temporal superficial por Degeneración Quística de la Media (DQM).

Material y métodos: Paciente de 79 años, antecedentes de HTA y trauma. Consulta por tumoración parietal de 15mm de diámetro de 5 años de evolución, que duplicó su tamaño en el último año.

Eco-doppler: en rama temporo-frontal de ATS derecha se observa dilatación aneurismática de 12mm de diámetro con trombo mural y flujo turbulento. ATS izquierda normal. AngioTAC de vasos intra/extracraneanos: rama frontal de ATS derecha con imagen aneurismática de tipo sacular bilobulado, parcialmente trombosado, de 15 x 13mm. No se observan otros aneurismas periféricos. Se decide la resección quirúrgica. Buena evolución postoperatoria. Anatomía Patológica: aneurisma trombosado de ATS de 20x15x10 mm. En cortes histológicos se observa un vaso arterial con presencia de dilatación aneurismática de la pared, con trombo de fibrina en organización. Sobre la pared del aneurisma se realizó tinción de Azul Alcian, destacando microquistes mucinosos positivos. Estos hallazgos corresponden a Degeneración Quística de la Media (Enfermedad de Erdheim). Debido a la asociación de DQM con aneurismas y/o disección de aorta torácica + Síndrome de Marfan, se solicitan Ecocardiograma y TAC de tórax sin hallazgos patológicos.

No presenta hábito marfanoide.

Resultados: En la literatura mundial se han publicado aproximadamente 400 casos de Pseudoaneurismas Traumáticos de ATS y 44 casos de Aneurismas Verdaderos, de los cuales 3 casos corresponden a DQM.

Conclusiones: El Aneurisma Verdadero de ATS por DQM (Enfermedad de Erdheim) es una patología excepcional, siendo nuestro caso el 4to publicado en la literatura.

Palabras Clave: Aneurisma Temporal, Degeneración Quística de la Media.

12) BY-PASS VENOSO A VENA CAVA SUPERIOR POR SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

Autores: Dr. Juan Carlos Climente, Dr. Alejandro Mendiburu. Dr Miguel Angel Garcia, Dr Marcel Rodriguez.

Clínica y Maternidad Colón, Mar del Plata

Antecedentes: Paciente femenino de 54 años, con antecedentes de cáncer de mama derecha con mastectomía radical, seguida de radioterapia y quimioterapia, a través de catéter con reservorio que estuvo colocado en vena subclavia izquierda. La paciente es tratada por cuadro intermitente de edema en cuello y cara que retrogradaban parcialmente con corticoides. Es derivada a nuestra Institución con cuadro de Síndrome de Vena Cava Superior, con edema refractario de cabeza cuello y ambos miembros superiores.

Objetivo: Mostrar la utilidad de doble by-pass venoso con prótesis de PTFE desde vena subclavia derecha y vena innominada a vena cava superior intra pericárdica.

Material y método: Se evidenció síndrome de vena cava superior con oclusión completa de vena cava superior en su inicio, mostrando por angio tomografía y por arteriografía disociación de drenajes venosos derecho e izquierdo. Con oclusión de vena innominada izquierda con fibrosis que compromete el extremo distal de la misma, rodeada de importante circulación colateral peribronquial. Por venografía se observa oclusión completa de vena cava superior extra pericárdica, sin presentar solución de continuidad con el drenaje venoso superior. Se presenta entonces un síndrome de vena cava superior de etiología benigna, presentando la radioterapia y la permanencia de catéter central como patogenia, ya que la evaluación oncológica no mostro recidiva o progresión de enfermedad.

Resultados: Se plantea, ante la imposibilidad de solucionar el problema por vía endovascular, doble by-pass venoso, desde vena subclavia derecha y desde vena innominada izquierda, hasta la vena cava superior intra pericárdica. Para lo cual se realiza esternotomía mediana acotada, identificación de los elementos venosos y apertura de pericardio para individualizar vena cava superior, de buen calibre, y realizar dicho by-pass con clampeo parcial de la misma; utilizando prótesis de PTFE de 8 mm anillada.

Conclusiones: El by-pass venoso central a vena cava superior con prótesis, es una alternativa válida para solucionar, el síndrome de vena cava superior por patología benigna.
Manteniendo buena permeabilidad alejada.

13) TROMBO INTRA AURICULAR CUANDO LA RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA

Autores: Dr. Juan Carlos Climente, Dr. Alejandro Mendiburu, Dr. Miguel Garcia.

Clínica y Maternidad Colón, Mar del Plata.

Antecedentes: Paciente femenino de 56 años, con antecedentes de cáncer de mama tratada con mastectomía radical, seguida de quimioterapia, a través de catéter con reservorio subclavio derecho.

La paciente la paciente manifiesta episodios de disnea y palpitaciones que comienzan 15 a 20 días antes de la consulta, de carácter progresivo y es tratada por cuadro infeccioso de vías aéreas superiores. Concurre luego a médico de cabecera quien constata oclusión de catéter subclavio ordenando su extracción.

Al persistir con los síntomas es derivada a nuestra Institución donde se realiza ecocardiograma que constata gran trombo en aurícula derecha pediculado de aproximadamente 4 cm en la porción mayor que prolapsa a través de la válvula tricúspide.

Objetivo: Mostrar la oportunidad de la extracción quirúrgica de trombo auricular derecho.

Material y método: se constata trombo de aurícula derecha móvil pediculado que prolapsa con cada latido a través de la aurícula derecha llegando al tracto de salida del ventrículo derecho. Que con los cambios de decúbitos ocasiona alteración del llenado del mismo. Impresionando ser la causa de los síntomas. Se realiza angio resonancia magnética que confirma el diagnóstico, descartando patología primaria cardíaca por realce y perfusión de la misma.

Resultados: Se platea inicio de anticoagulación con heparina sódica en bomba de infusión que se mantiene según protocolo en rango adecuado; este tratamiento se mantiene por 10 días, sin presentar cambios estructurales el trombo; por lo que se decide realizar la extracción quirúrgica del mismo mediante cirugía. Se realiza abordaje esternal, canulación aórtica y doble cava sin tomar contacto con el pedículo del trombo; procedimiento que se realiza sin clampeo.

Con buena evolución post-operatoria.

Conclusiones: El tratamiento de los trombos intra cardíacos es aun objeto de controversia, y depende en principio del tiempo de evolución del trombo, de los síntomas y de la posibilidad de embolias distales al mismo.

En este caso la cirugía es la resolución confiable y de bajo riesgo con una adecuada estrategia.

14) TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE OCLUSIÓN DE AORTA YUXTARRENAL

Autor principal: Dr. Hernan Chen

Autores: Dr. E. Sastriques, Dr. M. Masino, Dr. G. de Tomasso, Dr. M. Ferreira.

Hospital de Clínicas José de San Martín – Servicio de Cirugía Vascular.

Introducción: La oclusión crónica de aorta infrarenal fue descripta por primera vez por René Leriche en 1923. Sabemos que se puede desarrollar extensa circulación colateral para irrigar pelvis y miembros inferiores, aunque con frecuencia ésta no alcanza para evitar el desarrollo de isquemia crítica, así como la placa de ateroma y/o el trombo se pueden propagar a las arterias renales y viscerales. Antes surgir la cirugía aórtica en la década de 1950 el único tratamiento posible era la simpatectomía. Luego surgieron la endarterectomía, el by-pass aorto bi femoral y el by-pass extra-anatómico. En los años 90 con la revolución de los tratamientos endovasculares se reportan los primeros casos de angioplastías y stenting aórticos exitosos con permeabilidad primaria y secundaria aceptables.

Presentación de un caso: Se trata de una paciente de sexo femenino, 70 años de edad, con antecedentes de HTA, ex TBQ, obesidad, diabetes insulino requeriente e hipotiroidismo. Se interna con diagnóstico de isquemia crítica de miembros inferiores (Fontaine IV) con dolor en reposo de ambos miembros inferiores y gangrena seca rápidamente progresiva de los 5 dedos del pie izquierdo. Al examen físico presenta ausencia de pulsos periféricos.

Eco-doppler que informa ateromatosis difusa aortoilíaca con flujo monofásico en aorta distal. Se realizó angiografía y arteriografía con evidencia de oclusión de aorta yuxtarrenal y recanalización distal. Riesgo quirúrgico elevado. Se decide angioplastía aorto-ilíaca con protección antiembólica con filtros renales y colocación de stents.

Evolución: 1º día POP pasa a UTI, 2º día pasa a sala general, 3º día se otorga el egreso hospitalario.

Discusión: Tratamiento abierto vs endovascular, costos y tecnología, maniobras de protección antiembólica.

Conclusiones: La angioplastía aórtica tiene una elevada tasa de éxito, con muy buena permeabilidad primaria y secundaria a corto plazo, siendo una alternativa válida en pacientes de alto riesgo. No queda claro si la nefropatía descripta en las series publicadas es por embolia, contraste o enfermedad renal, sin embargo la manipulación de guías y catéteres aumentan la posibilidad de desprendimiento de trombos por lo que se sugiere la colocación de filtros y/o balones para evitar la microembolia visceral.

15) DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO DE PERICARDITIS CONSTRICTIVA (PC) EN UN PACIENTE EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA

Autores: Dr. Corvalán Pedro, Dr. Ago Maximiliano, Dr. Epifá Milton, Dr. Inchauspe Gabriel, Dra. Corvalán Florencia.

Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Provincial Centenario de Rosario.

La pericarditis constrictiva es una entidad rara pero severamente incapacitante que se produce como consecuencia de la inflamación crónica del pericardio. Los pacientes manifiestan fatiga, edema periférico, disnea y tensión abdominal. Es característico que los síntomas se inicien con un gran retraso tras la inflamación pericárdica inicial.

Presentación caso clínico: Paciente varón de 59 años con IRCT secundario a glomerulopatía membranosa primaria que cursó con síndrome nefrótico recurrente y sin respuesta terapéutica con múltiples recaídas y anasarca hasta su ingreso a hemodiálisis crónica (HDC). Requiere la colocación de tres catéteres (dos transitorios y uno tunelizado) en los primeros 5 meses, con una FAV ocluida antes del acceso vascular definitivo (PTFE húmero axilar izquierdo). Se mantuvo nefrótico incluso en HDC (edemas, hipoalbuminemia y dislipemia severa) y presentando intolerancia a la ultrafiltración (UF).

16) PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO. PRIMERAS 100 INTERVENCIONES

Autores: Dr. Corvalán Pedro, Dr. Ago Maximiliano, Dr. Bonacorssi Hector, Dr. Ameriso Jose, Dr. Isse Antonio, Dr. Inchauspe Gabriel y colaboradores.

Introducción: La cirugía cardiovascular es un procedimiento ampliamente utilizado y de alto costo, cuyo volumen y complejidad en el Hospital Centenario de Rosario, único efector provincial con servicio de cirugía cardiovascular propio, históricamente fue escaso.

Objetivo: Mostrar la etapa inicial de implementación de un programa de crecimiento y desarrollo del servicio mencionado.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes a quienes se les realizó una cirugía cardíaca en el Hospital Centenario de Rosario desde el 10/05/2011 al 20/08/2013. No se interviniieron pacientes mayores de 80 años con deterioro severo de la función sistólica ventricular, ni quienes necesitaran cirugía de emergencia.

Resultados: Se realizó cirugía de revascularización miocárdica (CRM) en 68/100 (68%) de los pacientes, cirugía valvular en 17/100 (17%), cirugía combinada o compleja en 9/100 (9%) y cirugía de cardiopatías congénitas del adulto en 6/100 (6%). Se presentaron complicaciones mayores en 67/100 (67%) pacientes del grupo total y en 44/68 (65%) de los pacientes con CRM, mientras que la mortalidad observada en esos grupos fue 6/100 (6%) y 2/68 (2,9%), respectivamente.

Conclusiones: La implementación del programa mencionado permitió realizar un mayor número y variedad de intervenciones con resultados aceptables en un hospital público y gratuito de nuestro medio.

Palabras clave: Cirugía cardiovascular, Hospital Centenario de Rosario, Cuidados intensivos post-operatorios, Mortalidad.

17) TAVI POR VIATRANSAPICAL: 1° PROCEDIMIENTO EXITOSO EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

Autores: Dra. Yanina J. Daye, Dr. Diego Medlam, Dr. Alexis Esposito, Dr. Joaquin Olivera, Dr. Julian Balestrini, Dr. Miguel Segovia, Dr. Fernando Cichero.

Hospital de Agudos Juan A. Fernandez, Buenos Aires, Argentina - Servicio de Cirugía Cardiovascular y Endoluminal

Introducción: La estenosis aórtica es la patología valvular más frecuente, padeciéndola el 3% de la población mundial mayor de 65 años. Sólo en EEUU se realizan aproximadamente 50.000 reemplazos valvulares aórticos al año. El problema aparece al evaluar a pacientes con de mayor edad o con multiples comorbilidades quienes no eran candidatos a la cirugía, en Europa casi un 33% de pacientes con EA severa mayor de 75 años es rechazado del tratamiento quirúrgico.

Es así que la colocaciontranscateter de valvula aórtica (TAVI) se ha convertido en una alternativaterapeutica de elección en la estenosis aórtica severa en pacientes con alto riesgo para el remplazo valvular aórtico por vía convencional. En la actualidad se disponen de 4 vías de abordaje, la más comunmente utilizada femoral, subclavia, transeptal o transapical. Como limitacion estas valvulas precisaba la realizacion de marcapaseo para su implantacion, el riesgo de ACV se incremento por su colocacion retrograda generando lesión de aortas enfermas muy calcificadas y su limitada posibilidad de reposicionamiento pudiendo ocluir las coronarias o el tracto de salida del ventrículo izquierdo. La viatransapical se comenzó a evaluar en estudios clínicos desde 2004 y a comercializarse desde 2008 estableciéndose como una técnica independiente al status vascular periferico.

Para el nuestro procedimiento se utilizó la JenaValve, una valvula autoexpandible formada por una valvula porcina montada en un stent de nitinol utilizada desde el año 2010 en alemania, teniendo la ventaja de poder colocarse sin marcapaseo y pudiendo reposicionarse, disponiendo de un sistema de anclaje con "clip" uniéndose a las valvas aórticas con un riesgo casi nulo de obstrucción de los ostium coronarios.

Objetivos: Exponer la factibilidad de realizar un procedimiento innovador y minimamente invasivo en un hospital publico y la posibilidad de practicarlo en pacientes de alto riesgo quirúrgico como procedimiento seguro y eficaz.

Materiales y métodos: Pacientes de sexo masculino de 75 años de edad con antecedentes de HTA, Diabetes tipo II dislipemia, 2 stents coronarios, arteriopatiaperiferica aortoilíaca y Cirugía de revascularizacionmiocardica LIMA/DA y PV a CX en 2004 cursando una mediastinitis en el post-operatorio de la misma, quien consulta por cuadro de disnea CFII/II yangor, diagnosticandose en febrero de 2014 estenosis aórtica severa. Se realizan los scores de riesgo evidenciando Euroscore de >20% y STS >10%. Ante estos antecedentes, al ser un paciente de alto riesgo para la Cirugía convencional se plantea la colocación de una endovalvula (TAVI) pero al padecer enfermedad aortoilíaca se decide su colocación por punta de ventrículo, por viatransapical.

Se realiza el procedimiento en conjunto a hemodinamistas practicando un abordaje por minitoracotomía izquierda abordando la punta del ventrículo izquierdo realizando una doble jareta en la misma para luego colocar el cateter con un sistema de delivery realizando una punción del apex cardiaco y liberando la valvula donde se encontraba la valvula enferma. Todo el procedimiento se realiza mediante control radioscópico en el quirófano híbrido. Posterior al procedimiento se medica con una carga de clopidogrel y AAS.

Resultados: Se realiza angiografía control evidenciando la exitosa colocación de la valvula sin presencia de fugas ni insuficiencia. El paciente es extubado en quirófano y trasladado a la UCO para control por las primeras 48hs. Evoluciona favorablemente por lo que pasa a sala general.

Conclusiones: De lo expuesto se concluye que la TAVI para la estenosis aórtica severa en pacientes de alto riesgo por vía transapical es un método factible para la realización en un hospital publico, siendo una opción de tratamiento en dicha patología.

18) IMPLANTE TRANSAPICAL DE VALVULA AÓRTICA (TAVI)

Autores: Dr. Donnini Fabián, Dr. Cammarata C.A., Dr. Vallejos O., Dr. Monacci F., Dr. Kantor P., Dr. Nacelli G., Dr. Como Birche J.

Sanatorio de la Providencia, CABA

Con el incremento de la tasa de sobrevida de la población en general, la Estenosis Aórtica Severa Sintomática en pacientes añosos con comorbilidades asociadas que aumentan el riesgo para su tratamiento por la Cirugía con-

vencional se nos presenta con una elevada frecuencia en nuestro medio, siendo el TAVI (Implante Transapical de Válvula Aórtica) una alternativa terapéutica válida para estos pacientes con el fin de mejorar la calidad de vida de los mismos.

Material y método: Se presentan los primeros 3 pacientes de sexo masculino con estenosis Aórtica Severa Sintomática con una edad promedio de 77,6 años (74a, 82a, 77a), CFNYHA III/IV, con alto riesgo para la cirugía convencional por la comorbilidad: EPOC, CRM previa, ICR en diálisis y arteriopatía Aórtica con calcificación severa con un EuroScore promedio de 23,23% (23,6%, 37,8%, 8,3%) que han sido tratados en agosto del 2013 en el Sanatorio de La Providencia con Implante de Valvula Aórtica por vía Transapical (TAVI) por toracotomía mínima anterior izquierda con una favorable evolución post- operatoria.

Conclusión: El implante de valvula aórtica transapical (TAVI) indicado en pacientes con estenosis valvular Aórtica severa sintomática con co-morbilidad elevada para la cirugía de reemplazo valvular Aórtico convencional, es una alternativa terapeútica valida, menos invasiva, evitando el uso de CEC, con menor riesgo de complicaciones y menos días de internación post operatoria.

19) PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO. PACIENTE CON ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL CON DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE IMPLANTACION DE AMBAS RENALES. ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO

Autores: Dr. Fernandez Adrian, Dr. Hiriart Jorge, Dr. Estrada, Dr. Jorge, Dr. Contardi Pedro, Dra. Fernandez A. M. Victoria.

Paciente masculino de 80 años de edad con antecedentes de hta, extabaquista, epoc y herniplastia que ingresa al servicio de cirugía cardiovascular del Hospital Argerich el día 30/7/2015 para cirugía programada de colocación de endoproteesis aórtica biliaca por aneurisma de aorta abdominal de 58 x48mm con crecimiento en el ultimo año de 15mm. El paciente presenta una diferencia de implantación significativa de ambas arterias renales. Se decide por ese motivo colocar un stent advanta de 5x59 en la arteria renal izquierda con técnica de chimeneas. Intraprocedimiento presenta Endoleak tipo 1 que resuelve favorablemente con baloneo. El paciente evoluciona adecuadamente dandose de alta el día 5/8/2015.

20) ESTRATEGIA ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL DEL ANEURISMA DE CAYADO Aórtico

Autores: Dt. Fabián Fiorito, Dr. H. Geromini, Dr. J. L . Ameriso, Dr. L. H. Diodato.

Servicio de Cirugía Cardiovascular - Instituto Cardiovascular de Rosario

Objetivo: Describir una estrategia no convencional para el tratamiento del aneurisma sacular del cayado aórtico.

Método: descripción del caso clínico, vía de abordaje, tipo de reparación y evolución postoperatoria.

Resultado: Paciente de 67 años sexo masculino con factores de riesgo coronario positivos para hipertensión arterial, diabetes y tabaquismo, que consulta por disfonía de 5 meses de evolución. Se diagnostica parálisis de cuerdas vocales por laringoscopia. En la radiografía de tórax de rutina se observa ensanchamiento mediastinal por lo que se solicita tomografía multislice de tórax, diagnosticándose dilatación aneurismática sacular del cayado aórtico > 8 cm de diámetro.

Se planteó la reparación del mismo utilizando un parche protésico de Knitted colagenado de acuerdo al tamaño del defecto. La intervención se llevó a cabo con perfusión axilar, hipotermia profunda a 18° C y paro circulatorio de 30 minutos. El saco aneurismático remanente se utilizó para cubrir la reparación. Como complicación relevante el paciente presentó una parálisis colónica, que se interpretó como Síndrome de Ogilvie que requirió descompresión colónica por videoendoscopía, que prolongó discretamente la internación. El sangrado post-operatorio total fue inferior a 400 cc, sin necesidad de transfusiones. Alta hospitalaria al 9º día.

Conclusiones: El reemplazo del piso de cayado aórtico en aneurismas con esta anatomía parecería ser una alternativa aceptable a otras estrategias terapéuticas existentes.

21) FACTORES PREOPERATORIOS DETERMINANTES DE MORTALIDAD Y ESTADÍA PROLONGADA EN PACIENTES OCTOGENARIOS SOMETIDOS A CIRUGÍA DE REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO POR ESTENOSIS VALVULAR**TRABAJO A PREMIO****Autores:** Dr. Fabián Fiorito, Dr. R. Ferrer, A Dogliotti, Dr. H. Geromini, Dr. J. L. Ameriso, Dr. L. H. Diodato.

Servicio de Cirugía Cardiovascular - Instituto Cardiovascular de Rosario

Objetivo: Identificar los predictores de muerte intrahospitalaria o estadía prolongada en recuperación cardiovascular y evaluar la utilidad del EuroSCORE en pacientes octogenarios con estenosis aórtica severa sometidos a cirugía de reemplazo valvular.

Material y métodos: Se analizó una cohorte de 81 pacientes consecutivos ≥80 años de edad con estenosis aórtica severa sometidos a reemplazo valvular aórtico con o sin revascularización miocárdica (combinada). El punto final fue la combinación de muerte intrahospitalaria o estadía prolongada en cuidados intensivos post-operatorios definida como ≥5 días (percentil 75). Se utilizó un modelo de regresión logística “paso a paso” para predecir el punto final. Se calculó el EuroESCORE estándar y logístico según el EuroSCORE Interactivo calculator.org.¹ Luego se comparó con la mortalidad obtenida según los estratos de riesgos de la cohorte estudiada.

Resultados: En el 58,02% de los pacientes se efectuó reemplazo valvular aórtico aislado. La edad media fue 83±2 años y 38,2% eran mujeres. La media de estadía hospitalaria fue 9,2±6,3 días. El 31% de los pacientes sufrió el evento combinado, y la mortalidad intrahospitalaria 9,87%. El único predictor independiente de muerte o estadía prolongada fue la presencia de insuficiencia Cardíaca congestiva clase funcional III/IV [OR (Intervalo de confianza 95%)= 9,47 (2,34-38,38); p= 0,0016]. El resto de las variables identificadas en el análisis univariado: diabetes, obesidad, edad, cirugía combinada, cirugía Cardíaca previa y severidad de la estenosis no se asociaron a muerte y prolongación de la estadía en cuidados intensivos. El EuroSCORE predijo una mortalidad similar a la observada en nuestra cohorte.

Conclusiones: En pacientes octogenarios sometidos a cirugía de reemplazo valvular aórtico por estenosis aórtica severa, la presencia de insuficiencia Cardíaca clase funcional III/IV fue el único predictor independiente de evolución intrahospitalaria. El uso del EuroSCORE parece ser útil en esta cohorte.

Palabras clave: Cirugía de reemplazo valvular aórtico, octogenarios, predictores de mortalidad.

22) DERIVACIÓN AORTA TORÁCICA DESCENDENTE A BIFEMORAL PARA SALVAMENTO DE MIEMBROS INFERIORES.**Autor principal:** Dr. Flores Carlos**Autores:** Dr. Basso G. Arenaza P., Dr. Salomon C., Dr. Soto L., Dr. Serrano E., Dr. Covello G., Dr. Patrizi N., Dr. Rodriguez J., Queirel F., Dr. Suárez S., Dr. Pérez C.

Hospital San Juan de Dios

Objetivo: Describir la forma de presentación diagnóstico, tratamiento y evolución de un paciente con trombosis de endoproteesis aórtica abdominal en el cual se realizó derivación de aorta torácica descendente a arterias femorales para salvamento de extremidades inferiores.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de un paciente con trombosis de endoproteesis aórtica abdominal intervenido en nuestro servicio del Hospital San Juan de Dios.

Resultados: paciente masculino de 68 años que consulta en nuestro servicio por dolor y calambres en miembros inferiores ante el esfuerzo. Como antecedentes presentaba hace cuatro años colocación de endoproteesis aórtica abdominal por aneurisma. En ese procedimiento se realizó colocación de endoproteesis aortobiiliaca, presentó como complicación descarrilamiento de extensión ilíaca izquierda de la endoproteesis por lo cual se colocó endoproteesis aortomoniliaca ocluyendo rama izquierda y realizando un by-pass femoro - femoral. Evolucionó favorablemente presentando hasta el último control pulsos periféricos presentes.

Se realizó Tac con contraste endovenoso de tórax, abdomen y pelvis, en la cual se evidencia trombosis total de la endoproteesis desde su inicio infrarenal hasta iliacas. Se realizó derivación de aorta torácica a femorales. Se colocó al paciente en decúbito dorsal con elevación del hombro izquierdo. Se realizó incisión de ambas cámaras femorales, luego una lumbotomía izquierda y por ultimo toracotomía lateral izquierda a nivel de 5 espacio intercostal.

Se localizó aorta torácica descendente donde se realizó by-pass lateroterminal con prótesis bifurcada de Dacron. Se realizó orificio en cara posterior de diafragma y se tunelizó la prótesis de forma retroperitoneal extraperitoneal. Luego se realizó by-pass con ambas arterias femorales terminolateral. El paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones.

Conclusiones: nuestro caso muestra al igual que casos reportados que es una opción quirúrgica en pacientes con enfermedad de aorta abdominal, jóvenes, con resultados de permeabilidad significativamente mejores que la realización de by-pass axilofemorales .

23) PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA

Autores: Dr. Hein Ritter Lionel, Dr. D. Loor, Dr. E. Invernón, Dr. G. Di Brico, Dr. H. Uez.

HIGA Eva Perón, San Martín.

Introducción: Paciente masculino de 21 años de edad derivado por herida por arma de fuego en región cervical izquierda de un mes de evolución, a quien en ese momento se le había realizado ligadura de tronco tirolinguofacial izquierdo más venorrafia yugular interna izquierda. En el post-operatorio inmediato evolucionó con accidente cerebrovascular (hemiparesia derecha), afasia de expresión y convulsiones. Al examen físico presentaba una masa pulsátil en región cervical izquierda. Se solicitó como pre-quirúrgico: arteriografía y angio-tomografía computada de tronco supra-aórtico y vasos del cuello, evidenciándose un pseudoaneurisma de arteria carótida interna izquierda. Materiales y métodos: las alternativas terapéuticas para la resolución del cuadro eran cirugía convencional o tratamiento endovascular. Cirugía convencional: más invasiva, posible lesión de nervios periféricos (<7%), uso de shunt carotídeo y parche carotídeo (con vena safena o injerto sintético) y ambas carótidas permanecen permeables. Tratamiento endovascular: necesidad de utilización de stent graft (ocultando arteria carótida externa), menos invasiva, evita parálisis de nervios periféricos, la necesidad del eventual uso de coils en la arteria carótida externa y los planteos: es recomendable perder circulación colateral significativa en un adulto joven? Permanecerá permeable toda la vida?

Resultados: se realizó cirugía convencional con uso de shunt carotídeo de Pruitt-Inahara y parche carotídeo de polietileno, manteniendo permeables las arterias carótida interna y externa izquierdas. Sin intercurrencia de infecciones, ausencia de convulsiones, mejoría de síntomas neurológicos con rehabilitación.

Conclusiones: se considera haber tomado la decisión correcta teniendo en cuenta la edad del paciente, sus antecedentes quirúrgicos y la evolución post-operatoria.

Palabras clave: Pseudoaneurisma, Carótida interna, Accidente cerebrovascular, Shunt, Parche carotídeo.

24) PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA LUMBAR IZQUIERDA

Autor principal: Dr. Loor Santana Alexi Daniel.

Autores: Dr. Bartolomeo D., Dr. Hein L., Dr. Uez A., Dr. Invernón E., Dr. Di Brico G.

Introducción: El pseudoaneurisma de arteria lumbar ha sido descrito en pocas publicaciones como una complicación post-traumática de tipo penetrante, así como también de causa infecciosa o asociada o procedimientos percutáneos de tipo hemodinámico. Lo que pone en disyuntiva al cirujano vascular para el mejor manejo terapéutico y como patología a tener en cuenta al momento de hacer el diagnóstico diferencial de masa lumbar.

Material y métodos: Presentación de un caso. Se trata de un paciente masculino, de 55 años de edad.

Antecedentes: consumidor de tabaco a razón de dos cajetillas al día, tuberculosis pulmonar, hipertensión arterial, cardiomiotomía de Heller, psoriasis. Consulta por clínica de dolor a landeambulación que progresó a dolor de reposo en región lumbar más parestesias y debilidad en miembro inferior izquierdo de un año de evolución, pulsos femorales y distales palpables. Concurre con tomografía abdominopelviana que informa: Lesión hiperdensa circunscripta a nivel del músculo psoas izquierdo de 34 mm de diámetro y 76 UH de densidad, compatible con hematoma (2013).

Resultados: Realizamos el manejo inicial con tratamiento médico clínico, con analgesia endovenosa obteniendo mejoría clínica. Previo obtención de estudios de imagen contrastada como una angio tomografía se decide realizar

tratamiento de pseudoaneurisma con embolización selectiva de arteria lumbar izquierda.

Conclusiones: El Pseudoaneurisma de arterias lumbares es una entidad poco frecuente mayormente diagnosticada incidentalmente pero a tener en cuenta para realizar diagnóstico diferencial de masa de región lumbar, músculo psoas ilíaco y retroperitoneo.

25) COLOCACIÓN DE FILTRO DE VENA CAVA ECOGUIADO

Autor principal: Dr. Martín Masino

Autores: Dr. E. Sastriques, Dr. H. Chen, Dr. G. de Tomasso, Dr. S. Shinzato.

Hospital de Clínicas José de San Martín - Servicio de Cirugía Vascular

Introducción: La colocación de filtros de vena cava inferior (FVC) como protección contra el tromboembolismo pulmonar se utiliza cada vez con más frecuencia desde su descripción por Greenfield hace aproximadamente 40 años. Desde su inicio la colocación se fue mudando desde el quirófano a la sala de hemodinamia y más recientemente al lado de la cama (bedside). Habitualmente los avances en tecnología implican mayores costos para el sistema de salud. El uso de ecografía y eco-doppler como método complementario para guiar la colocación del FVC ofrece ventajas reduciendo el costo del procedimiento, esquivando la exposición a radiación y el uso de medios de contraste y principalmente evitando el traslado de pacientes en estado crítico.

Presentación de un caso: Se trata de una paciente de sexo femenino, 48 años de edad, con antecedentes de HTA, ex TBQ, colecistectomía, apendicectomía, anexohisterectomía.

Se interna con diagnóstico de leucemia mieloide crónica con crisis blástica, inicia quimioterapia. Al examen físico presenta hepato-esplenomegalia, anasarca y dolor en muslo izquierdo. Se realiza diagnóstico de trombosis venosa profunda en vena femoral izquierda por eco-doppler y tomografía. Intercurre con hemorragia alveolar por lo que pasa a UTI, con requerimiento de ARM. Presenta contraindicación de anticoagulación por hemorragia activa y plaquetopenia (17.000 plaquetas). Se realiza colocación de FVC "bedside".

Discusión: Colocación de FVC en hemodinamia requiere traslado del paciente. FVC ecoguiada se puede realizar "bedside", evita irradiación y pasaje de contraste ev. No requiere imagen control. Costos. Inconvenientes: requiere adecuada visualización de VCI y vena/arteria renal.

Conclusiones: La colocación de filtro de vena cava bajo guía ecográfica transabdominal es un procedimiento seguro, adecuado para pacientes de difícil traslado, con contraindicación de irradiación (embarazo) o administración de contraste ev (nefropatía). Presenta tasas de complicaciones similares a los procedimientos realizados en hemodinamia.

26) COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA COARTACIÓN DE AORTA. UN DESAFÍO QUIRÚRGICO

Autores: Dr. Medeot Néstor, Dr. Bulgarelli Luciano, Dr. Luengo Ricardo, Dr. Guevara Jorge, Dr. Rottino Sergio, Dr. Bustamante Néstor, Dr. Uribe Adolfo.

Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Córdoba, Ciudad de Córdoba.

El tratamiento de la Coartación de Aorta (coa Ao) en edad adulta con técnicas endovasculares está muy aceptado en la actualidad. No está exenta de complicaciones, algunas de ellas graves requiriendo solución quirúrgica técnicamente demandantes.

Materiales y métodos: Se presentan dos pacientes con complicaciones del tratamiento con Stent de la Coa Ao, se analiza su resolución quirúrgica y evolución posterior. **Caso 1:** Paciente de sexo Femenino de 53 años que a los 13 años se le realiza resección de Coa. Ao. Con interposición de prótesis de Dacron termino-terminal. En año 83 presenta Hemoptisis debido a fistula aorto-pulmonar por pseudoaneurisma anastomótico. Reoperación con cierre simple del orificio fistuloso, clampeo aórtico con apoyo de shunt aorto-aórtico de Dacron de 14mm. Permanece sin cerrar. Año 2009 reaparece hemoptisis, en aortograma se comprueba pseudoaneurisma de ambas bocas anastomóticas. Se implantan dos stent cubiertos y se emboliza la subclavia izq. Año 2015 hematemesis por fistula aorto-Esófagi-

ca. Reoperación con resección prótesis, extracción de stent que se encontraba colapsado en su extremo superior sin excluir el pseudoaneurisma. Cierre de ambas bocas aórticas y drenado de fistula esofágica. En espera de stent esofágico hace hemantemesis masiva. Muerte. **Caso 2:** Mujer de 19 años con stent implantado en Coa.Ao., 20 días después dolor torácico. TAC. Torax: Disección aórtica tipo B. con signos de ruptura contenida. Cirugía de urgencia con circulación extracorporea parcial, canulación periférica. Por toracotomía izquierda. Resección de coartación y reemplazo con prótesis de Dacron previa extracción de stent. Contról evolutivo con TAC.: Falsa luz permeable con expansión. Se propone implante de Endoprótesis en Aorta descendente.

Conclusiones: Las complicaciones del tratamiento endovascular de la Coartación de Aorta son técnicamente complejas, requiriendo varias intervenciones que deben ser adecuadamente planificadas para mejorar la evolución.

27) HIPERLACTATEMIA EN CIRCULACIÓN EXTRACORPOREA ADULTA . ANALISIS DE FACTORES DETERMINANTES

Autores: Dr. Medeo Néstor, Dr. Acosta Ivana*, Dr. Ocampo Victoria*, Dr. Darío Morales*, Dr. Luis Rojas*, Dr. Bustamante Néstor, Dr. Uribe Adolfo.

Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Córdoba, Ciudad de Córdoba

Introducción: La elevación del Ácido Láctico está relacionado con aumento de la mortalidad y mala evolución de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Hiperlactatemia ocurre con el aumento del lactato generalmente asociado a hipoxia tisular, se describen factores no hipoxémicos relacionados a déficit de la microcirculación. El dosaje de Ácido Láctico durante la circulación extracorporea se usa para evaluar la calidad de perfusión.

Materiales y métodos: En un grupo de 46 pacientes sometidos a un procedimiento cardíaco bajo circulación extracorporea (CEC) se determinó la concentración de ácido láctico (AL) en sangre (mmol/l) seriadamente en el pre, intra y post-operatorio. Se consideró Hiperlactatemia cuando la concentración de AL. en sangre es mayor a 4 mmol/l. Las variables intraoperatorias que se consideraron para el análisis causal fueron: Tiempo CEC, Tiempo de clamped Ao., Temperatura, Flujos de CEC, Hemoglobina(Hb), Diuresis, hematocrito (Hto.), Presión arterial media (PAM), Hemofiltración, Flujo O₂. Las cirugías se agruparon en las siguientes categorías: Coronarios, valvulares, congénitos, Aneurismas, combinados y Transplante. Se utilizó el programa INFOSTAT versión 2015/P para el análisis estadístico de la muestra.

Resultados: La edad media de la población fue de 56 años (17-66), peso corporal promedio 74Kg (60-88). Los factores patológicos asociados fueron: Diabetes (13), Hipotiroidismo (3), Hipertensión arterial (28), sobrepeso (8), dislipemia (12), ACV previo (2), Chagas (1), Enolismo (1). 17 pacientes presentaron Hiperlactatemia en el intra y post-operatorio inmediato. En el análisis multivariado la hiperlactatemia durante la CEC se correlacionó de manera significativa estadísticamente con una P < 0.05 con el Flujo, Temperatura, concentración de Hb. Y Flujo de O₂.

Conclusiones: En el presente análisis de una muestra poblacional reducida la elevación del Ácido láctico en cirugía cardíaca con CEC se relacionó con disminución de Flujo, temperatura, Hb y Flujo de O₂. La optimización de dichos factores ha de tenerse en cuenta durante la conducción de la CEC.

28) TERMOABLACIÓN LÁSER 1470 nm ECOASISTIDO PARA TRATAMIENTO COMBINADO DE VASO EPIFASCIAL TRIBUTARIO Y VENA PERFORANTE DE FUGA

Autor Principal: Dr. Martín Parodi

Autores: Dr. E. Sastriques, Dr. D. Pinto, Dr. A. Ramos, Dr. O. Gural, Dr. M. J. Chichizola.

División Cirugía Vascular. Hospital de Clínicas. "José de San Martín" y Ámbito privado. Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: La termoablación láser de venas perforantes es la técnica de elección, pero evidenciamos una recidiva del 2 al 5 %, sin implicancia clínica. Asociada a microcirugía de vasos epifaciales tributarios, se acompaña de dolor, induración, parestesias. Realizando un tratamiento combinado con láser 1470 nm, de vena perforante insuficiente y de vena epifacial tributaria, podemos disminuir las recidivas y complicaciones.

Material y método: Estudio prospectivo, comparativo, desde noviembre de 2011 hasta julio del 2015. Se operaron 780 pacientes. Mujeres 695, hombres 85. Edad promedio de 52 años. Estadios CEAP. C2 50 %, C3 15%, C4 23%, C5 10%, C6 2%. Eco-doppler color diagnóstico y mapeo prequirúrgico en todos los casos. Se trataron 2430 perforantes, diámetro promedio, 4 mm (2,9 a 9 mm), pierna 90%, muslo 9%, subglútao isquiática 1%. Se dividieron 2 grupos: grupo 1, miembro izquierdo, con tratamiento solo de perforantes (1430) y grupo 2, miembro inferior derecho con perforante y vaso epifascial (1000 perforantes). Láser diodo de 1470 nm. Modo continuo, 12 Watts de potencia, energía promedio 70 joules (30 a 300 joules). Fibra de 600 micras. Margen de seguridad de 8 mm como mínimo. Neuroleptoanestesia, con anestesia tumescente en 9 casos por falta de margen. Los disparos láser fueron en hojal aponeurótico, subaponeurótico en perforantes complejas y en vaso epifascial tributario. Cirugía ambulatoria, promedio de duración (20 minutos a 1,10 horas). Tiempo quirúrgico por perforante promedio 16 segundos. (5 a 45 segundos). Tratamiento combinado de troncos safenos con láser, 45 % y microcirugía en 100 % casos.

Resultados: Se obtuvo oclusión inmediata de perforante y vaso epifascial 100%, evidenciado por eco-doppler. Refirieron aumento de confort y disminución de síntomas 97 % casos. Seguimiento ecográfico programado. Pérdida de seguimiento en el 5 % de pacientes. En grupo 1 se evidenció recanalización parcial - 3º mes: 57 perforantes - 6º mes: 14 perforantes, dolor en 30%, hematomas e induración local 38%, parestesias 15%. En grupo 2, recanalización 3º mes: 13 perforantes - 6º mes: 5 perforantes. Dolor 5%, hematomas e induración 10 %, parestesias 1 %. En perforantes recidivadas se evidenció engrosamiento de pared, disminución de diámetro, reflujo leve o ausencia del mismo y ante la falta de implicancia clínica no se realizó tratamiento de las mismas.

Conclusiones: La utilización de láser 1470 nm y superar la curva de aprendizaje permitió acelerar los tiempos quirúrgicos, optimizando la termoablación láser. Con lo expuesto, el tratamiento en forma combinada de vasos epifaciales tributarios y perforantes de fuga permitió disminuir la recidiva, las complicaciones, aseguró una rápida reinsersión laboral y social, llevando a la técnica a la excelencia.

Palabras claves: Perforante, Láser, Ecoasistida, 1470 nm.

29) TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE UN ANEURISMA SIFILITICO GIGANTE DE AORTA ASCENDENTE

Autor Principal: Dr. Peirano Miguel Angel Mario*

Autores: Dr. P. Zangronis**, Dr. M. Najenson***, Dr. R. Pereyra****

*Jefe de División Cirugía Cardiovascular, Hospital "J.M. Ramos Mejía" Caba.

**Jefe de Servicio de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista ,Hospital Provincial del Centenario, Rosario

*** Subjefe de Servicio de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista, Hospital Provincial del Centenario, Rosario.

****Cirujano de Planta de Servicio Cirugía Cardiovascular, Hospital Provincial del Centenario, Rosario.

Los aneurismas saculares de aorta ascendente son una rara ubicación en la actualidad, no como en el pasado que la sifilis terciaria cardiovascular comprometía en un 30% esta porción de la aorta.

Presentamos a un paciente de 47 años con un aneurisma sifilitico gigante de aorta ascendente.

Se lo trató con implante de endoproteesis pese a la dificultad de tener un cuello proximal de anclaje 10mm,con éxito excluyendo totalmente el aneurisma. El implante de endoprotésis en la zona 0 de la aorta es factible para lesiones limitadas a dicha zona.

30) TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE UN ANEURISMA INFLAMATORIO TORACICO

Autor Principal: Dr. Peirano Miguel Angel Mario*

Autores: Dr. J. Cociolo**, Dr. M. Scabbio***

Introducción: El AAI es una entidad caracterizada por un engrosamiento de la pared aórtica, fibrosis peri aneurismática y retroperitoneal y adhesiones con órganos vecinos. El objetivo de esta presentación es mostrar la resolución de un caso de AATI por vía endovascular.

Material y método: Paciente de 61 años, tabaquista, hipertenso, consulta por presentar dolor interescapulovertebral, asociado a disnea CFIII, acompañado de pérdida de 17 kg de peso. Cursa con aumento de la VSG. En la Rx Tórax

se observa imagen radiopaca, paraCardíaca izquierda. En el perfil, se observa imagen radiopaca, homogénea, retro Cardíaca. Se realiza Angiotomografía observándose imagen compatible con aneurisma de aorta torácica descendente de 8 cm X 10 cm. Se realiza implante de endoproteesis autoexpandible Hercules-T®.

Resultados: El procedimiento quirúrgico concluyó sin complicaciones, no observándose endofugas en el control angiográfico inmediato. El paciente permaneció 24 horas en Terapia Intensiva. Es externado 72 horas post-operatorias sin complicaciones. El seguimiento se realizó mediante angiotomografía a los treinta días post-operatorio, observándose ausencia de endofuga ni aumento del diámetro del aneurisma.

Discusión: La etiología continúa siendo incierta. El estudio Noruego de E. Haug y col. determina la relación de esta entidad con la mayor incidencia de enfermedades autoinmunes. Clínicamente se observa que la mayoría de los pacientes con aneurisma de aorta inflamatoria presentan sintomatología (93%) en relación a los aneurismas no inflamatorios que se presentan sintomáticos solo en el 9% de los casos.

La tomografía computada se considera como el método más adecuado, para la valoración pre y post-operatoria tanto de la magnitud del proceso inflamatorio como del tamaño del aneurisma.

Conclusión: El caso presentado evolucionó favorablemente. No se evidenciaron endofugas ni aumento del diámetro del aneurisma, durante el control. El tratamiento endovascular del aneurisma de aorta inflamatoria es una alternativa válida para el tratamiento de los Aneurismas de aorta inflamatorios.

31) SISTEMA DE VACÍO Y COMPACTACIÓN (V.A.C.), UNA ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LAS MEDIAS-TINITIS POST-OPERATORIAS

Autor Principial: Dr. Cristhian Pérez Salamanca

Autores: Dr. Flores, C.; Dr. Salomón, C.; Dr. Serrano, E.; Dr. Soto, L.; Dr. Baso, G.; Dr. Queirel, F.; Dr. Patrizi, N.; Dr. Arenaza, P; Dr. Suárez, S.

Asesoramiento metodológico: Lic. Norma Domancich – Consultoría en Investigación.

Servicio de Cirugía Cardiovascular- Hospital San Juan de Dios de la Plata.

Introducción: Una de las complicaciones más temidas por los equipos quirúrgicos en cirugía cardíaca es la infección del sitio operatorio. La gravedad del cuadro clínico confiere la necesidad de un rápido diagnóstico y un oportuno tratamiento. El objetivo del presente trabajo es comparar el uso del Sistema de Aspiración Contínua y Compactación al Vacío, más conocido como V.A.C. por sus siglas en inglés (Vacuum-Assisted Closure) con otros métodos usados habitualmente (Sacaroterapia, Apertura, lavado y cierre, Apertura y lavado) en la resolución de las mediastinitis post-operatorias.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo. La población en estudio comprendió todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente (346) y tratados por mediastinitis (16) en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital San Juan de Dios de La Plata, desde el 01/01/2012 hasta el 30/07/2015, donde 7 fueron tratados con el sistema V.A.C y 9 con tratamiento convencional.

Resultados: La tasa de incidencia de mediastinitis post-operatoria fue del 4,62%. La infección se presentó con mayor frecuencia en las Cirugías de Revascularización Miocárdica más Reemplazo Valvular (6,89%) y las Cirugías de Revascularización Miocárdica aislada (4,96%); Grupo etáreo de 61-70 años (9 varones y 1 mujer). Las comorbilidades prevalentes fueron hipertensión arterial (15 casos), tabaquismo (15 casos) y obesidad (10 casos). El tiempo promedio de internación fue 34 días, rango (26/43) para el V.A.C. y de 52 días, rango (40/70) para los tratamientos convencionales. La tasa de mortalidad global post-mediastinitis fue del 25%, tasa de mortalidad post-mediastinitis en pacientes tratados convencionalmente fue 44,4%, en relación a los pacientes tratados con V.A.C. fue 0%.

Conclusiones: Los pacientes tratados con V.A.C., permanecieron menos tiempo internados en relación a los tratados convencionalmente y la tasa de mortalidad resultó nula. Una de las comorbilidades prevalentes fue la obesidad. Teniendo en cuenta que el paciente sometido a la terapia V.A.C. puede movilizarse precozmente y presenta considerables mejorías en su mecánica respiratoria y confort; el tratamiento con V.A.C., en relación a las terapias convencionales constituye una alternativa eficaz en el manejo de la mediastinitis post-operatoria, disminuyendo la morbi-mortalidad de dicha complicación.

Palabras Clave: Mediastinitis, Post-operatorio, VAC; Sacaroterapia.

32) LA TÉCNICA DE WRAPPING COMO UNA OPCIÓN DE TRATAMIENTO PARA LAS DILATACIONES LEVES Y MODERADAS DE LA AORTA ASCENDENTE

Autor Principal: Dr. Piazza, Ramón Antonio.

Autores: Dr. Aranda S., Dr. Sánchez F., Dr. Wenetz L., Dr. Serafica F., Dr. Nicolás S., Dr. Cárdenas C.

Introducción: La indicación de reemplazo de la aorta ascendente con dilatación moderada es controvertido. La técnica de Wrapping de la pared Aórtica con prótesis de dacron pareciera una alternativa válida. Presentamos nuestros resultados de la serie utilizando esta técnica en pacientes con dilatación de la aorta ascendente.

Método: Entre agosto 2013 y marzo de 2015 fueron intervenidos ocho pacientes portadores de dilatación leve o moderada de la aorta ascendente asociados a patología Cardíaca de resolución quirúrgica. La indicación quirúrgica fue por enfermedad coronaria en 1 paciente y valvulopatía aórtica en 7 pacientes (Enfermedad valvular 14%, estenosis Aórtica Severa 57% e Insuficiencia Aórtica Severa en 28%). Válvula aórtica bicúspide presente en 57% de los casos. Se utilizó el Ecocardiograma Transesofágico durante las etapas de prequirúrgico, intraoperatorio y post-operatorio. El rango de edades fue de 16 a 78 años. Los criterios de inclusión fueron: pacientes adultos con patología Cardíaca de resolución quirúrgica y aorta ascendente dilatada con diámetro menor a 50 mm. El diámetro medio de aorta ascendente fue de 46,8 mm.

Resultados: Un paciente fue sometido a CRM + Wrapping aorta ascendente y siete pacientes fueron sometidos a RVA más Wrapping externo de la aorta ascendente. Media de CEC 75 minutos. Media de Clampeo 57 minutos. La tasa de mortalidad y reintervención fue de 0%. El diámetro medio de la aorta ascendente luego de un seguimiento de 6 a 24 meses fue de 35,6 mm. El procedimiento resultó en una reducción significativa del diámetro de la aorta ascendente ($p<0,01$), sin incremento del mismo durante el seguimiento ($p<0,02$).

Conclusión: la técnica de Wrapping es un procedimiento seguro, reproducible, efectivo y que no prolonga los tiempos quirúrgicos. Presenta buenos resultados a corto y mediano plazo. Debería ser considerado en pacientes seleccionados, con dilataciones leves y moderadas de la aorta ascendente.

Palabras Clave: AorticWrapping, Aneurisma aorta ascendente/RVA.

33) CIRUGÍA DESCOMPRESIVA PARA TRATAMIENTO DEL SINDROME DEL OPERCULO TORÁCICO. RESULTADOS ALENTADORES

Autor principal: Dr. Diego Pinto

Autores: Dr. M. Parodi, Dr. A. Ramos, Dr. M. Norese, Dr. I. Mansilla, Dr. E. Sastriques, Dr. O. Gural, Dr. R. La Mura.

División Cirugía Vascular. Hospital de Clínicas. "José de San Martín" y Ámbito privado. Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: El síndrome del opérculo torácico, o síndrome de la desembocadura torácica superior es un entidad que puede generar cuadros neurológicos tempranos, venosos o arteriales. La severidad puede comprometer hasta la viabilidad el miembro superior. La cirugía descompresiva tanto en forma preventiva o terapéutica mejora la calidad de vida y evita complicaciones mayores.

Material y método: Estudio prospectivo, comparativo entre tratamiento médico y el quirúrgico. Realizado entre marzo 2010 y julio 2015. En el ámbito privado y hospitalario. Se diagnosticaron 36 casos, según la clínica: grupo 1:10 neurológicos puros, grupo 2: 20 venosos y grupo 3: 6 casos arteriales. Miembro superior derecho: 28 casos, izquierdos: 8 casos. Se realizaron pruebas semiológicas identificando alteraciones anatómicas y funcionales. Se realizó eco-doppler color, angioperfusion magnética y la angiografía digital con maniobras de hiperextensión. Hallazgo: costilla supernumeraria en 7 casos, hipertrofia del escaleno anterior o medio en 29 casos, disminución de espacio costoclavicular en 27 casos, hipertrofia de ligamento costoclavicular en 2 casos. Trombosis de vena subclavia y axilar, con circulación colateral escasa, en todos los casos venosos y oclusión de arteria subclavia en los arteriales. No se evidenció causa orgánica ni funcional en un 11%. Se realizó cirugía, grupo 1: 5 casos, grupo 2: 14 casos y grupo 3: 6 casos. Abordajes supraclavicular (20) o combinado con infraclavicular (4) y axilar (2). Las cirugías incluyeron resección de músculos escaleno anterior y medio, resección de 1 costilla y de costilla supernumeraria. Se practicó angiografía intraoperatoria con maniobras para evidenciar compresión extrínseca. En los arteriales, by-pass subclavio-subclavio con prótesis y vena. En 1 caso de trombosis venosa, se practicó trombolisis y trombectomía aspirativa percutánea e implante de stent subclavio, previa a cirugía. Los no operados realizaron tratamiento anticoagulante, drenaje linfático manual (asociados a trombosis), fisioterapia, ejercicios de elongación y relajación, de 1 año

de duración promedio (3 meses a 3 años) y drogas miorelajantes, antineuríticas.

Resultados: La cirugía permitió desaparición de síntomas neurológicos (95%), mejoría del síndrome post-rombótico con disminución de edema (100%), resolución de isquemia arterial (100%). Un caso por isquemia arterial severa, no revascularizable, no tratado por el equipo requirió amputación supracondilea de miembro superior. Los sometidos a anticoagulación, rehabilitación kinésica y drogas antineuríticas presentaron recuperación óptima en 40%, 20% parcial, 40% nula.

Conclusiones: El diagnóstico y tratamiento del síndrome representa todo un desafío. Se necesita un tratamiento precoces asegurando la mejoría del cuadro, evitando complicaciones mayores. Los procedimientos híbridos, asociado a una cirugía cirugía descompresiva amplia asegura excelentes resultados.

Palabras claves: Operculo, Torácico, Costilla.

34) ÚLCERA RECALCITRANTE Y LA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO

Autores: Dr. Rizzardi José L., Dr. Concetti A., Dr. Benetti F., Dr. Di Gerlando S., Dr. Toledo A., Dr. Rizzardi J.P., Dr. Rizzardi C., Dr. Pereira N.

Introducción: Las úlceras venosas pueden tener causa generales y locales que impiden el proceso de cicatrización, en estos últimos se incluyen la calcificación distrófica del tejido celular subcutáneo.

Material y métodos: Se analizan 2 pacientes de sexo femenino de 74 y 62 años, portadoras de úlceras en miembros inferiores de origen venoso, localizada en el tercio medio de la pierna, de fondo de color amarillento, con escasa secreción y una zona peri úlcera de 4 a 5 cms., de intensa congestión eritrocianótica.

Ambas recibieron tratamiento convencional, sin resultados. Se realizó palpación del lecho notándose una dureza inusual, con escasa secreción, luego Rx de pierna. El estudio de eco-doppler permitió determinar venas dirigidas hacia la úlcera, y en el tejido celular múltiples zonas eco refringentes. El tratamiento se centró en la eliminación de las venas responsables, la extracción de el tejido celular calcificado (el punto más importante) y finalmente las curaciones y vendaje. En la 2º paciente se combinó con 10 sesiones de cámara Hiperbárica.

Resultados: En ambas se logró la curación luego de un período de 6 a 8 meses.

Conclusiones: La presencia de calcificaciones distrófica en el tejido celular impide la cicatrización determinando el origen de la úlcera crónica (o recalcitrante). El paso fundamental es la extracción del tejido calcificado.

Palabras claves: úlcera venosa recalcitrante, calcificaciones distrófica, cámara Hiperbarica.

35) RECONSTRUCCION EFICIENTE Y ESTÉTICA EN LA CIRUGÍA DE LAS ARTERIAS CARÓTIDAS

Autores: Dr. Rizzardi José L., Dr. Concetti A., Dr. Benetti F., Dr. Di Gerlando S., Dr. Toledo A., Dr. Rizzardi JP, Dr. Rizzardi C., Pereira N., Dr. Crivelli G.

Introducción: La cirugía de la arteria carótida se asocia con la arteriotomía longitudinal, sin embargo se plantea una técnica diferente con la reconstrucción por eversión. El trabajo conjunto desde 1993 con neurocirugía se modificó la incisión en el cuello, por una en forma de "jota" submaxilar. En el 2012 comenzamos con la segunda modificación que es la endarterectomía transversa.

Material y métodos: Se operaron 173 cirugías de carótidas, comenzando a partir de la 160 con la endarterectomía por eversión, que suman 14 cirugías. El paciente recibe anestesia general o regional o máscara laríngea, con rotación contralateral de la cabeza a 30 grados, se complementa con anestesia local. La incisión se ubica a 1 travé y medio de borde del maxilar inferior. Se aborda la arteria carótida y en este momento se inyectan 5000 U de Heparina. Luego de la colocación de los oclusores, se secciona en forma transversal el bulbo. Comienza la endarterectomía, con disector, de la C. Interna, Externa y Primitiva. Prolongo lavado con solución de Heparina y posterior cierre de la arteriotomía.

Resultados: En ninguna de las reconstrucciones fue necesaria la colocación de una derivación interna, no se produjeron hematomas, no se lesionaron pares craneales: VII, X, IX, XII. Importa destacar la marcada reducción del tiempo quirúrgico, que oscila de 90 a 60 minutos y una alta médica a las 40 horas.

Conclusiones: La combinación de una óptima táctica anestésica y quirúrgica permite un logro terapéutico con una recuperación rápida y completa, sin cambios en la morbilidad.

Palabras Claves: Carótida, Endarterectomía por eversión, Pares craneales.

36) TRATAMIENTO DE LA OSTEOMIELITIS DEL CALCÁNEO EN EL PIE DIABÉTICO

Autores: Dr. Rizzardi José L., Dr. Concetti A., Dr. Benetti F., Dr. Di Gerlando S., Dr. Toledo A., Dr. Rizzardi JP, Dr. Rizzardi C.

Introducción: La insuficiencia vascular y neuropática presente en el pie diabético produce infecciones en la piel, celulitis, que progresan hasta el hueso. El calcáneo es un hueso problemático por su importancia como punto de apoyo del pie.

Material y métodos: Se consideran 2 pacientes (ptes.) de sexo masculino, de 68 y 72 años, portadores de pie diabético. Ambos inician en forma similar con celulitis del talón que aumenta la profundidad por desatención en el tratamiento, y concurren con un proceso de osteomielitis que interesa el calcáneo. El punto de rotura de la cortical es la unión de las láminas de la porción vertical y horizontal. El estudio clínico se inicia el probador metálico que contacta al hueso, continuando con la radiografía de pie y la Tomografía Axial Computada. El tratamiento se realizó: 1) Resección y cultivo de la esponjosa, 2) ATB parenteral por 3 meses, 3) Cámara Hiperbárica, 4) Curaciones locales con ozono, 5) Descompresión con zapato Rocket invertido.

Resultado: Se logró la curación de ambos focos de osteomielitis, logrando el cierre de la fistula calcáneo cutánea.

Conclusiones: El tratamiento planteado permite la resolución de osteomielitis de un punto de apoyo importante del pie en consecuencia evita la amputación del miembro.

Palabras Clave: Osteomielitis, Calcáneo, Cámara Hiperbarica, Pie diabético.

37) TRATAMIENTO SIMULTÁNEO DE LAS VARICES RESPONSABLES Y SU CONSECUENCIA: ÚLCERA VARICOSA

Autores: Dr. Rizzardi José L., Dr. Concetti A., Dr. Benetti F., Dr. Di Gerlando S., Dr. Toledo A., Dr. Rizzardi JP, Dr. Rizzardi C., Pereira N.

Introducción: La úlcera venosa es una complicación invalidante de la enfermedad venosa, el tratamiento con curaciones oclusivas y/o vendaje es un procedimiento lento y con recurrencias. El objetivo es evaluar la respuesta al tratamiento simultáneo con espuma de las varices responsables y de la úlcera venosa.

Material y métodos: Se trataron 27 pacientes (ptes) en el periodo de junio 2013 a junio 2015, portadores de úlceras venosas (UV), con un tiempo de evolución de 1 mes a 48 meses. Los territorios afectados fueron: a. safena interna (SI) 9 ptes, safena externa (SE) 4, SI y SE 4, recidivas 10. La evaluación se realizó por palpación, fluxometría o Eco-doppler.

Técnica: identificación de la vena responsable, canulación o punción, seguido de inyección de Espuma de Polidocanol 1%, 4 a 8 ml. Elevación del miembro y vendaje. Presoterapia pre y pos procedimiento. Tratamiento de la úlcera con ozono.

Resultados: Se logró el control de la hipertensión venosa, de la infección y comienzo de la cicatrización. En los 27 pacientes se obtuvo la curación de la UV en el 100%, en un período de 30 a 90 días. En N° de sesiones fue 1 a 3 de escleroterapia. La evolución fue más rápida en menores de 60 años, calidad nutricional optima, área menor de 6 cms², insuficiencia v. profunda moderada. La recidiva estuvo condicionada por el sobrepeso.

Conclusiones: El tratamiento simultáneo de varices y UV permite: 1. reducir el tiempo de cicatrización, 2. reinserción precoz a las actividades domésticas.

Palabras Clave: Úlcera venosa, Espuma, Eco-doppler, Ozono, Vendaje.

38) ESTRATEGIAS AUNADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL PIE DIABÉTICO

Autores: Dr. Rizzardi José L., Dr. Concetti A., Dr. Benetti F., Dr. Di Gerlando S., Dr. Toledo A., Dr. Rizzardi JP, Dr. Rizzardi C., Dr. Pereira N.

Introducción: El pie diabético genera el 50% de las amputaciones no traumáticas. Se originan de lesiones menores que progresan por isquemia combinada con infección a necrosis de tejidos. Importante en cualquier etapa de pie el tratamiento combinado.

Material y métodos: En abril del 2005 iniciamos en programa de tratamiento de Pie Diabetico (PDBT) evaluando al 2015, por consultorio externo 1400 pacientes. En el 2008 se incorporó al tratamiento estándar la presoterapia-

drenaje linfático manual (DLM) en la arteriopatía, luego 2010 el tratamiento con ozono a los tradicionales parches y desde agosto 2014 la cámara Hiperbárica (CHB). 150 pacientes recibieron tratamiento combinado de preso-drenaje linfático y curación con ozono, de este grupo por la severidad de isquemia + infección se derivaron 40 pacientes para tratamiento con cámara Hiperbárica a 1,5 Atmósfera.

Resultados: Los pacientes que recibieron tratamiento combinado de presoterapia, (DLM) y Ozono no requirieron antibióticos en forma sistemática, la velocidad de cierre de las úlceras fue mayor. Un síntoma importante es el cese del dolor. El empleo de la CHB combinado con DLM + presoterapia + ozono logró la realización sólo de amputaciones menores y drenajes de colecciones, no siendo necesario amputaciones mayores.

Conclusiones: La concentración de oxígeno en terrenos hipóxicos como sucede en el pie diabético permiten un control de las infecciones, con efecto selectivo en la presencia de anaerobios, en consonancia con lo anterior se observa en forma simultánea la granulación de la piel y anexos. Los mecanismos implicados pueden ser: presoterapia: aumento de la velocidad circulatoria, DLM: reducción del edema, ozonoterapia: control de la infección, CHB: aumento de la presión parcial de oxígeno tisular.

Palabras Claves: Pie diabético, Cámara Hiperbárica, Ozono, Presoterapia, Drenaje linfático manual.

39) ÚLCERA RECALCITRANTE Y LA ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO

Autores: Dr. Rizzardi José L., Dr. Concetti A., Dr. Benetti F., Dr. Di Gerlando S., Dr. Toledo A., Dr. Rizzardi JP, Dr. Rizzardi C., Pereira N.

Introducción: Las úlceras venosas pueden tener causa generales y locales que impiden el proceso de cicatrización, en estos últimos se incluyen la calcificación distrófica del tejido celular subcutáneo.

Material y métodos: Se analizan 2 pacientes de sexo femenino de 74 y 62 años, portadoras de úlceras en miembros inferiores de origen venoso, localizada en el tercio medio de la pierna, de fondo de color amarillento, con escasa secreción y una zona peri úlcera de 4 a 5 cms., de intensa congestión eritrocianótica.

Ambas recibieron tratamiento convencional, sin resultados. Se realizó palpación del lecho notándose una dureza inusual, con escasa secreción, luego Rx de pierna. El estudio de eco-doppler permitió determinar venas dirigidas hacia la úlcera, y en el tejido celular múltiples zonas eco refringentes.

El tratamiento se centró en la eliminación de las venas responsables, la extracción de el tejido celular calcificado - el punto más importante y finalmente las curaciones y vendaje. En la segunda paciente se combinó con 10 sesiones de cámara Hiperbárica.

Resultados: En ambas se logró la curación luego de un período de 6 a 8 meses.

Conclusiones: La presencia de calcificaciones distrófica en el tejido celular impide la cicatrización determinando el origen de la úlcera crónica(o recalcitrante). El paso fundamental es la extracción del tejido calcificado.

Palabras claves: úlcera venosa recalcitrante, calcificaciones distrófica, cámara Hiperbarica.

40) TRATAMIENTO SIMULTÁNEO DE LAS VÁRICES RESPONSABLES Y SU CONSECUENCIA: ÚLCERA VARICOSA

Autores: Dr. Rizzardi José L., Dr. Concetti A., Dr. Benetti F., Dr. Di Gerlando S., Dr. Toledo A., Dr. Rizzardi JP, Dr. Rizzardi C., Dr. Pereira N.

Introducción: La úlcera venosa es una complicación invalidante de la enfermedad venosa, el tratamiento con curaciones oclusivas y/o vendaje es un procedimiento lento y con recurrencias. El objetivo es evaluar la respuesta al tratamiento simultáneo con espuma de las varices responsables y de la úlcera venosa.

Material y métodos: Se trataron 27 pacientes (ptes) en el periodo de junio 2013 a junio 2015, portadores de úlceras venosas (UV), con un tiempo de evolución de 1 mes a 48 meses. Los territorios afectados fueron: a. safena interna (SI) 9 ptes, safena externa (SE) 4, SI y SE 4, recidivas 10. La evaluación se realizó por palpación, fluxometría o Eco-doppler.

Técnica: identificación de la vena responsable, canulación o punción, seguido de inyección de Espuma de Polidocanol 1%, 4 a 8 ml. Elevación del miembro y vendaje. Presoterapia pre y pos procedimiento. Tratamiento de la úlcera con ozono.

Resultados: Se logró el control de la hipertensión venosa, de la infección y comienzo de la cicatrización. En los 27

pacientes se obtuvo la curación de la UV en el 100%, en un período de 30 a 90 días. En N° de sesiones fue 1 a 3 de escleroterapia. La evolución fue más rápida en menores de 60 años, calidad nutricional optima, área menor de 6 cms², insuficiencia v. profunda moderada. La recidiva estuvo condicionada por el sobrepeso.

Conclusiones: El tratamiento simultáneo de varices y UV permite: 1. reducir el tiempo de cicatrización, 2. reinserción precoz a las actividades domésticas.

Palabras Clave: Úlcera venosa, Espuma, Eco-doppler, Ozono, Vendaje.

41) COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO DEL PIE DIABÉTICO

Autores: Dr. Rizzardi José L., Dr. Concetti A., Dr. Benetti F., Dr. Di Gerlando S., Dr. Toledo A., Dr. Rizzardi JP, Dr. Rizzardi C., Dr. Pereira N.

Introducción: La estrategia de prevención Cardiovascular es la identificación temprana de los individuos con alto riesgo de desarrollar esta enfermedad en el sector macro y micro vascular. La diabetes y el síndrome metabólico son marcadores de enfermedad coronaria establecida que se extiende a otros territorios.

Material y método: En período de 2009 a 2015 se evaluaron en clínica privada 242 pacientes con pie diabético (PD), Wagner 2, 3 y 4, complicando su evolución micro-macrovascular en 40 de ellos. Las estrategias de tratamiento son: 1. Establecer el grado de riesgo del pie, 2. Iniciar el tratamiento (tto.) en forma inmediata y 3. Prevención de las complicaciones cardiovasculares en el curso del tratamiento. El riesgo fue establecido de acuerdo al grado de compromiso nervioso y/o vascular, la inmediatez del tratamiento, acorde a la forma de presentación y la preventión fue dirigida a evaluar: a) el territorio microvascular: renal, retiniano y b) macrovascular: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y arteriopatía periférica. Estudiados los respectivos sistemas se comienza el tratamiento de prevención de acuerdo a la experiencia lograda. Estrategia de tto. establecida es : 1. Control de la infección e isquemia del pie diabético, 2. Anular la hipertensión, 3. Prevención con control de la HTA, 4. Dislipidemia (estatinas+Ezetimibe), 5. Antiagregación con Aspirina o Clopidogrel.

Resultados: Se presentaron las siguientes complicaciones: a. Cardíacas como: fibrilación auricular (5 ptes), angor (5), insuficiencia cardíaca (10), infarto (1), b. cerebrales, infarto Lacunar (5 ptes), c. tromboembolismo pulmonar (1), d. Hipertensión arterial 14 (ptes), e. Obitio en 8.

Conclusiones: 1) La primera regla es identificar el riesgo del pie a tratar y del paciente; 2) Establecer un tratamiento de rápida eficacia y con múltiple enfoque a los sistemas afectados.

Palabras Claves: Pie diabético, Complicaciones cardiovasculares, Insuficiencia cardíaca, Accidente cerebrovascular.

42) TRATAMIENTO HÍBRIDO COMO RESCATE EN OCLUSIÓN DE BY-PASS PERIFÉRICO

Autor principal: Dra. Ivana Rita Soledad Roldan.

Autores: Dr. I. Roldan, Dr. J. Rodríguez Asensio, Dr. R. Rey, Dr. E. Di Tomaso, Dr. P. Luna, Dr. G. Villavicencio.

Introducción: la cirugía de salvataje en pacientes con puentes ocluidos siempre ha sido un desafío. Principalmente en pacientes de alto riesgo quirúrgico y lesiones asociadas en otros territorios. El advenimiento de las técnicas endovasculares ha permitido tratar globalmente a estos pacientes, disminuir la morbilidad de los procedimientos quirúrgicos y mejorar los resultados a largo plazo.

Material y método: Paciente masculino de 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial, EPOC, ex tabaquista severo, by-pass femoro-popliteo iz y amputación de hallux iz. Concurre a nuestro servicio por claudicación invalidante y lesión trófica en 5 ortejo pie iz. Se realiza angiografía diagnóstica observándose lesión ulcerada en arteria ilíaca externa izquierda, oclusión de by-pass femoro-popliteo izquierdo y lesión ulcerada en tercio medio-distal de arteria femoral superficial derecha. Se decide realizar cirugía híbrida. Se realiza by-pass femoro-popliteo infrapateolar iz. con potesis de PTFE y en segundo tiempo Atp con stent Advanta V12 de 7x38mm en Arteria Ilíaca externa iz. y Atp con stent Advanta V12 de 5x38mm en Arteria Femoral superficial der. Se evidencio buena permeabilidad intraoperatoria.

Resultados: Se realizó control mediante Angiotomografía helicoidal multislice con reconstrucción 3D evidenciando buena permeabilidad postoperatoria. El paciente continúa con tratamiento de sus patologías de base asociado a cilostazol 200 mg día y controles periódicos en nuestra institución.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico asociado a los procedimientos endovasculares es una opción viable como salvataje de puentes ocluidos y lesiones asociadas en otros sectores vasculares.

43) TERMOABLACIÓN LÁSER 1470 NM ECOASISTIDO PARA TRATAMIENTO COMBINADO DE VASO EPIFASCIAL TRIBUTARIO Y VENA PERFORANTE DE FUGA

Autor: Dr. Martín Parodi*

Coautores: Dr. Sastriques Eduardo**; Dr. Pinto Diego***; Dr. Ramos Ariel****, Dr. Gural Oscar*****, Dr. Chichizola María José*****

Hospital de Clínicas. José de San Martín y Ámbito privado. Buenos Aires, Argentina.

*Médico de planta. División Cirugía Cardíaca. Hospital de Clínicas. "José de San Martín. Buenos Aires. Argentina

**Residente de Cirugía Vascular. Hospital de Clínicas. "José de San Martín. Buenos Aires. Argentina

***Médico de planta. División Cirugía Vascular. Hospital de Clínicas. "José de San Martín. Buenos Aires. Argentina

****Jefe de División Quirófanos. Hospital de Clínicas. "José de San Martín. Buenos Aires. Argentina

***** Médico de planta. División Cirugía Vascular. Hospital de Clínicas. "José de San Martín. Buenos Aires. Argentina

*****Instrumentadora quirúrgica. Ámbito privado. Buenos Aires. Argentina

Introducción: La termoablación láser para el tratamiento de los troncos safenos intrafasciales y venas perforantes demostró ser una técnica mínimamente invasiva, reproducible, de primera elección. (1,2,3)

Existió una evolución en el equipamiento, tipos de láser 810, 980, 1470 nm, tipos de fibras, energías utilizadas. Dicho cambio incluyó una modificación en el pensamiento de los operadores, demostrando que determinados paradigmas de la cirugía, no eran tan estrictos, sino adaptables.

Esto permitió realizar la termoablación, por ejemplo de los troncos safenos intrafasciales, sin ligadura del cayado, el tratamiento de troncos safenos accesorios, vasos epifaciales y de las perforantes.

En el presente trabajo se detalla la experiencia con láser 1470 de vasos epifaciales tributarios y de la perforante de fuga.

Objetivo: La termoablación láser de venas perforantes es eficaz, pero a lo largo del seguimiento se ha evidenciado recidivas del 2 al 5 %, sin implicancia clínica. (4). Al asociarse a microcirugía de vasos epifaciales tributarios, se evidencia dolor, induración de la piel, con disminución del confort. Queremos demostrar que el tratamiento combinado con láser 1470 nm, de vena perforante insuficiente y de vena epifacial tributaria, disminuye recidiva y complicaciones.

Material y método: Desde diciembre de 2004 hasta la actualidad, se trajeron 2890 pacientes, 4500 venas perforantes tratadas con láser diodo de 980, 810 y 1470, en diferentes centros, con la técnica "ELEAP", esclerosis con láser ecoasistido de venas perforantes, técnica de láser de perforantes Bottini-Gural descripta en la revista Forum en 2006. (5,6,7,8).

El presente estudio es prospectivo, comparativo, multicéntrico, desde noviembre de 2011 hasta julio del 2015, incluye un grupo de 780 pacientes. Mujeres 695, hombres 85. Edad promedio de 52 años.

Conclusión: Con los resultados expuestos recomendamos tratar en forma combinada vaso epifacial tributario y perforante de fuga, de esa manera disminuimos la morbilidad y las recidivas. La explicación de los mismos, radica en que cuando no se realizaba el tratamiento del vaso epifacial con la perforante, éste se trombosaba, con la resultante aparición de tromboflebitis y de la clínica no deseada. La termoablación láser es el procedimiento mínimamente invasivo, de elección, para el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica, resolviendo los reflujos verticales y horizontales, con excelentes resultados estéticos, permitiendo la rápida reinsersión laboral y social, llevando a la técnica a la excelencia.

Palabras Claves: Perforante, Láser, 1470, Ecoasistida.

44) TRATAMIENTO HÍBRIDO DEL SÍNDROME DEL OPÉRCULO TORÁCICO VENOSO**Autor principal:** Dr. Eduardo Sastriques**Autores:** Dr. M. Masino, Dr. H. Chen, Dr. G. de Tomasso, Dr. O. Gural, Dr. M Ferreira.

Hospital de Clínicas José de San Martín – Servicio de Cirugía Vascular

Introducción: El síndrome de Paget-Schroetter o trombosis por esfuerzo (“effort thrombosis”), hace referencia a la trombosis primaria de la vena subclavia en la articulación costoclavicular, descripta por Paget en 1875 y Von Schroetter en 1884. Hay una gran confusión con respecto al síndrome del opérculo torácico (SOT) asumiendo que es una sola entidad, sin embargo hay 3 espacios anatómicos a considerar: el triángulo escaleno (músculos escalenos anterior y medio), la unión costoclavicular y el espacio subcoracoideo, que pueden generar en orden de incidencia SOT neurogénico, venoso o arterial. En el tratamiento del SOT venoso no se han realizado estudios randomizados prospectivos, lo que practicamos hoy se basa en reportes de casos, revisiones y opiniones de expertos. La incidencia es 1 a 2 casos por 100.000 personas por año, hombre/mujer 2/1, edad promedio de 30 años, más frecuente en lado derecho (por la predominancia de diestros), en nadadores, basquetbolistas o personas que realizan actividades vigorosas o repetitivas con el miembro. La costilla cervical, primera costilla anómala o antecedente de fractura de clavícula no suelen relacionarse a SOT venoso.

Presentación de un caso: Se trata de un paciente masculino, de 36 años de edad, oriundo del impenetrable, hachador de leña. Consulta por edema, dolor, pesadez y eritema que alterna con cianosis de miembro superior derecho, 24 hs de evolución. Se realiza eco-doppler venoso detectando trombosis de venas subclavia y axilar derechas. Por lo que inicia anticoagulación con bomba de heparina. Se decide realizar flebografía diagnóstica y terapéutica (tromboaspiración/angioplastía/stenting) y posterior descompresión quirúrgica (resección de escaleno anterior y primera costilla).

Discusión: Durante años se planteaba no hacer ningún tratamiento, y en caso de hacerlo se indicaba anticoagulación, con más del 80% de persistencia de los síntomas por síndrome post-trombótico. ¿Cuál es el mejor método para tratar al trombo? Trombolisis dirigida por catéter, tromboaspiración, etc. ¿Debe realizarse tratamiento del defecto anatómico? ¿Cuándo? ¿Cómo? Resección de primera costilla, de escaleno anterior, vías de abordaje. ¿Cuál debe ser el tratamiento y seguimiento a largo plazo? Anticoagulación, duración de la misma, confección de FAV distal.

Conclusiones: Los mejores resultados se obtuvieron con el tratamiento de trombo (trombolisis, tromboaspiración) y posterior descompresión de la unión costoclavicular; lo que se considera hoy como el “standard of care”.

Mientras más precoz el diagnóstico y el tratamiento mejores serán los resultados.

Este es un problema que afecta a jóvenes y adultos jóvenes, lo que hace crítico que sean tratados correctamente.

45) PLÁSTICA DE PSEUDOANEURISMAS GIGANTES DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA HUMERAL AUTÓLOGA

Autores: Dr. Segovia Miguel; Dr. Olivera Joaquin; Dra. Daye Yanina; Dr. Balestrini Julian; Dr. Nigro Pablo; Dr. Esposito Alexis; Dr. Cichero Fernando.

Servicio de Cirugía cardiovascular – Hospital J.A. Fernández.

Introducción: Los accesos vasculares en el tratamiento de la nefropatía crónica en fase terminal se han convertido en una de las intervenciones más comunes para el cirujano vascular. Además de sus grandes beneficios, como cualquier acto quirúrgico no están exentos de complicaciones como trombosis, hemorragia, infección, síndrome de robo, hipertensión venosa o la formación de pseudoaneurismas a largo plazo. El desarrollo de esta última entidad implica además la oclusión del injerto, infección, dificultad en el acceso, rotura, deformidad del miembro.

Objetivo: Presentar el caso de una paciente de 52 años con dos pseudoaneurismas gigantes en fistula arteriovenosa autologacefalo-humeral izquierda que fue sometida a una resección de dichos pseudoaneurismas, plástica de la fistula con repermeabilización y reutilización exitosa sin el uso de prótesis vasculares.

Materiales y métodos: Paciente de 52 años de edad con antecedentes de Diabetes tipo II hace 20 años, HTA, Convulsiones en la infancia, nefropatía diabética, en Hemodiálisis trisemanal hace 10 años, ITU a repetición con requerimiento de múltiples internaciones y tratamiento antibiótico, 3 accesos vasculares para hemodiálisis desde 2004, una radio-cefalica derecha que no llegó a desarrollar, una humero-basilica derecha con prótesis de PTFE de

6mm que duro 2 años aproximadamente con posterior rotura e infección post-punciones que requirió extracción quirúrgica, una FAV nativa cefalo-humeral izquierda que presento como complicación los dos pseudoaneurismas gigantes, de 6x7 cm aproximadamente, pulsátiles, sin frémito. Múltiples catéteres transitorios e internaciones por infección de catéter. Se realiza valoración de FAV nativa con eco-doppler y se constata permeabilidad proximal, trombosis de pseudoaneurismas, permeabilidad distal pero sin buen escape de flujo, se decide tratamiento quirúrgico.

Resultados: Se logró la exclusión y resección de los pseudoaneurismas mediante incisión losangica sobre los mismos, se constató integridad de paredes laterales y posterior del conducto y se procedió a realizar la plástica del mismo con sutura continua, buena permeabilidad pero sin buen escape de flujo por lo que de decide realizar anastomosis termino lateral de vena cefálica hacia vena humeral proximal, se constata muy buen flujo y frémito, 3 semanas mas tarde se procede a la utilización del nuevo acceso vascular con éxito y seguimiento 15 meses después.

Discusión: El tratamiento de los pseudoaneurismas en fistulas arteriovenosas para hemodiálisis normalmente consiste en la exclusión y extracción de los mismos, con cierre definitivo del acceso vascular; repermeabilización del mismo utilizando prótesis en caso de fistulas nativas o en el caso de fistulas protésicas en la extracción de la misma y cierre. Sin embargo una buena alternativa es la conservación del conducto autólogo mediante la plástica y repermeabilización del mismo.

46) CIRUGÍA DE FONTAN EN PACIENTE DE ALTO RIESGO

Autor Principal: Dr. Ricardo Alejandro Sillon Rivas

Autores: Dr. A. Bonaudi, Dr. R. Niveyro, Dr. S. Rosselot, Dr. F. Antelo, Dr. C. Presa, Dr. C. Antelo.

Servicio de Cirugía Cardiovascular Pediatrica Hospital de Niños de La Plata.

Introducción: La cirugía de Fontan supone el tercer estadio en la corrección de las distintas cardiopatías congénitas que comparten una fisiología de corazón univentricular. Los diferentes avances en cuanto a técnica quirúrgica y manejo post-operatorio han conseguido reducir la mortalidad operatoria por debajo del 5% con una aceptable morbilidad a corto y mediano plazo.

Materiales y métodos: Presentación de caso clínico. Paciente de tres años de edad y 15 Kg.

Diagnóstico de base: síndrome de corazón izquierdo hipoplásico, al cual se le realizó cirugía de Norwood Sano en etapa neonatal y posteriormente cirugía de Glenn bidireccional a los 9 meses de vida.

Resultados: En esta oportunidad se realiza cirugía de Fontan en paciente de alto riesgo (ramas pulmonares hipoplásicas: Nakata 67.7 mm²/m²; Mc Goon 1,2/1; con tubo extracardíaco de politetrafluoretileno expandido 16mm con fenestra de 4 milímetros. Con excelente seguimiento al año.

Conclusión: La cirugía de Fontan de alto riesgo implica una toma de decisión muy importante para el cirujano actuante, colocándolo en una dicotomía, entre llevar a cabo o no el tercer estadio en estas patologías. Creemos que la presentación de este caso pone de manifiesto, que si bien el riesgo-beneficio de este tipo de intervención en pacientes tan borderline, pueden concretarse con óptimos resultados, en manos de equipos con vasta experiencia.

Palabras Claves: Cirugía de Fontan, Alto Riesgo, Resultado.

47) INVESTIGACIÓN ELECTROFISIOLÓGICA EN TORSIÓN Y SUCCIÓN CARDÍACA

TRABAJO A PREMIO

Autores: Dres.: Jorge C. Trainini^a, Benjamín Elencwajg^a, Néstor López-Cabanillas^a, Fernando Jaimes^a, Roberto Giordano^a, Jorge de Paz^a, Salvador Chada^a, Alejandro Trainini^a, Pablo Stazzone^a, Marcelo Perez^a, Javier Duval^a, Tomás Llanos^a, Jesús M. Herreros-González^b, Noemí E. Lago^a

a. Hospital Presidente Perón, Buenos Aires, Argentine.

b. Universidad Católica San Antonio (UCAM), Murcia, Spain.

Hospital Presidente Perón, Buenos Aires, Argentina.

Introducción y objetivos: La hipótesis de Torrent Guasp plantea que los ventrículos están conformados por una banda muscular continua que nace a nivel de la válvula pulmonar y se extiende hasta la raíz aórtica delimitando las dos cavidades ventriculares. A fin de investigar la base electrofisiológica, hemos estudiado la secuencia de acti-

vación del ventrículo izquierdo que desencadenaría la torsión ventricular y el mecanismo de succión.

Material y métodos: La investigación se realizó mediante un mapeo electroanatómico tridimensional en cinco pacientes. Al ser la bandeleta descendente endocárdica y la ascendente epicárdica, se utilizaron dos vías de abordaje para realizar el mapeo.

Resultados: 1) El mapeo tridimensional endoepicárdico demuestra una activación eléctrica de la zona de la lazada apexiana concordante con la contracción sincrónica de las bandeletas descendente y ascendente; 2) La activación simultánea y contrapuesta de la bandeleta ascendente a punto de partida de la activación radial de la misma desde la bandeleta descendente, en la zona de entrecruzamiento de ambas, es coherente con la torsión ventricular; 3) La activación tardía de la bandeleta ascendente, compatible con la persistencia de la contracción de la bandeleta ascendente durante el período inicial de la fase isovolumétrica diastólica se produce sin necesidad de postular activaciones eléctricas posteriores al QRS.

Conclusiones: Este trabajo explica el proceso de la torsión ventricular y el mecanismo de succión. Además que la activación de la bandeleta ascendente completa el QRS anulando el concepto tradicional de relajación pasiva isovolumétrica diastólica.

Palabras clave: Electrofisiología, Ventrícuo izquierdo, Sístole, Fisiología.

48) TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA DE TIBIAL POSTERIOR

Autores: M.O. Villegas*, A. Pérez Mereles**, A. Tamashiro*.

Hospital Nacional "Prof. Dr. Alejandro Posadas". El Palomar. Bs. As., Argentina.

*Sección Hemodinamia

**Sección Cirugía Vascular

Objetivo: Presentar un caso donde se realizó tratamiento endovascular en un paciente con pseudoaneurisma de arteria tibial posterior.

Material y método: Paciente de 17 años de edad que tiene como antecedente una fractura de Tibia y Perone, con fijación de la Tibia por el servicio de Traumatología. En el control presenta la aparición de un bulbo blando y caliente en la cara interna de la pierna, en la zona de la fractura. Se realiza eco doppler que informa presencia de pseudoaneurisma de arteria Tibial Posterior con reducción del flujo distal. Se decide realizar tratamiento endovascular con implante de stent graft para aislar el pseudoaneurisma.

Resultado: Se coloca un stent graft a nivel del pseudoaneurisma exitosamente con buen flujo distal y con aislamiento del pseudoaneurisma.

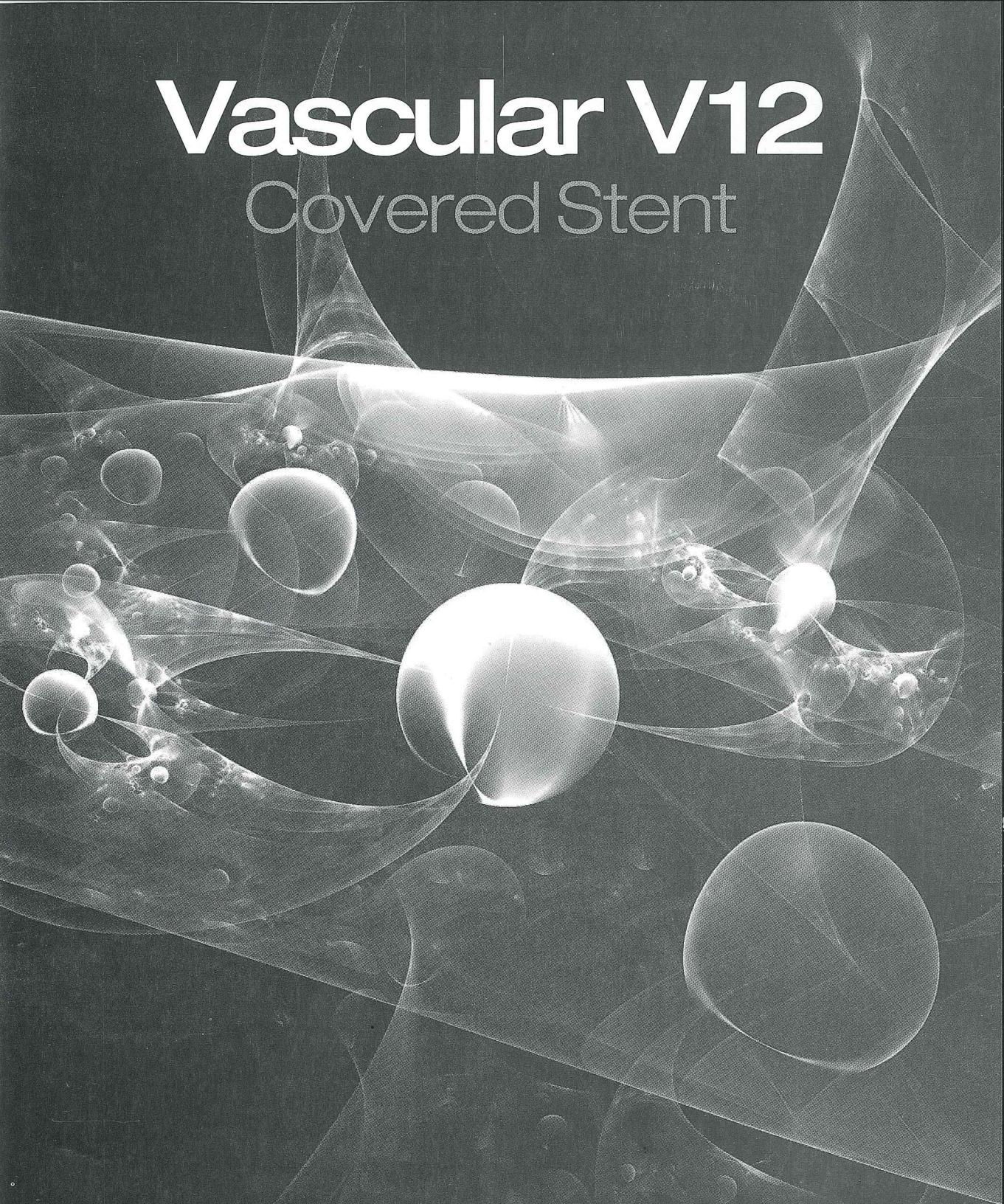
Conclusión: Si bien es una patología poco frecuente y no hay un tratamiento definido, la terapéutica endovascular presenta un buen resultado con seguimiento a 3 meses.

Aclaración: Se han hecho todos los esfuerzos por corregir los textos entregados en lo que se refiere a gramática y sintaxis. Sin embargo, la falta de tiempo y la presión por editar el libro para el Congreso en tiempo y forma impidió un trabajo editorial más extenso, por lo tanto, parte del texto puede contener errores gramaticales, sintácticos o tipográficos. El Comité Editorial ruega al lector que comprenda estos posibles descuidos.

Disclaimer: Every effort has been made to correct the texts submitted for any grammatical and syntax oversights. However, the shortage of time and the pressure to have this book available at the Congress prohibited an extensive editorial work. Therefore, some text may contain grammatical, syntax or typographical errors. The editorial group pleads the reader's understanding for such oversights.

Vascular V12

Covered Stent



The New Standard of Care

 **ATRIUM**
MAQUET GETINGE GROUP

 **ANGIOCOR**
REPRESENTANTE EXCLUSIVO

Avda. Rivadavia 4260 - (1205) Buenos Aires - Argentina

Tel: (54-11) 4981-1122 (Líneas rotativas)

<http://www.angiocor.com.ar> - E-mail: ventas@angiocor.com.ar

► SÍNTESIS DEL REGLAMENTO DE PUBLICACIONES DE LA REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

PUBLICAMOS AQUÍ UNA VERSIÓN ABREVIADA DEL REGLAMENTO, LA VERSIÓN COMPLETA PUEDE CONSULTARLA EN LA WEB DE LA REVISTA: www.caccv.org.ar/raccv

PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS ORIGINALES

- a) Los trabajos deberán presentarse en letra tipo Verdana o Arial, tamaño 12 puntos; además deberán presentarse en formato digital en CD en número de tres copias las cuales serán utilizadas por el Comité de Redacción y por el Editor.
- b) Comenzar cada sección en una nueva página.
- c) Reseñar en el siguiente orden: título, introducción, material y método, resultados o conclusión, discusión, resumen, palabras claves, bibliografía, tablas y leyendas.
- d) Los artículos largos podrán utilizar subtítulos en las secciones para clarificar contenidos. Las páginas se enumeran consecutivamente en la página superior derecha.
- e) Las ilustraciones en blanco y negro o color deben ser impresas en un tamaño que no supere los 180 x 240 mm. Deben remitirse 2 copias en *glossy paper* o *photo paper* de cada figura, sin pegar y las leyendas, a doble espacio, en página separada. Las imágenes deberán ser enviadas en formato JPEG a no menos de 300 DPI.
- f) Incluir los permisos para reproducir material ya publicado o para el uso de ilustraciones que puedan identificar a personas.
- g) Adjuntar las transferencias de los derechos de autor.
- h) Guardar copia de todo lo presentado.
- i) Los trabajos para su publicación deben presentarse con una anticipación de 90 días a su edición

Autoría

Uno de los autores debe hacerse responsable de cualquier parte de un artículo que resulte crítica para sus principales conclusiones.

Resumen y palabras claves

Debe contener un resumen de hasta 250 palabras, que debe informar los propósitos del estudio o la investigación, los procedimientos básicos (selección de personas o animales de laboratorio para el estudio, métodos de observación, analíticos y estadísticos), los principales hallazgos (datos específicos y su significación estadística) y las conclusiones principales.

Al pie del resumen, los autores deben proporcionar o identificar 3 a 10 palabras clave que ayuden a indexar el artículo. Deberán utilizarse términos de los encabezamientos de temas médicos incluidos en el Index Medicus.

Conflicto de intereses

Al final del texto, bajo el subtítulo declaración de conflicto de intereses, todos los autores deben revelar cualquier relación con aquellas organizaciones con intereses financieros, además de acompañar al trabajo el Formulario de Conflicto de Intereses completo con la información solicitada en el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

Las referencias deben ser numeradas consecutivamente en el orden en el que aparecen, en números arábigos entre paréntesis en el texto, tablas y leyendas. Las citas bibliográficas no podrán ser más de 40 en los trabajos originales y hasta un máximo de 80 en los artículos de revisión.

ARBITRAJE

El Director de la Revista asignará cada trabajo para su lectura a los árbitros correspondientes, quien en un

plazo muy breve deberá devolverlo con la calificación para su publicación. Plazo máximo 30 días. Los árbitros son ajenos a la institución y se mantendrá en todo momento su anonimato.

El trabajo puede ser rechazado; si es aceptado sin cambios, sigue los pasos del proceso de publicación (corrección de estilo, corrección del inglés y del portugués, prueba de galera, etcétera). Si el artículo necesitara cambios, los comentarios de los árbitros serán enviados al autor responsable para la corrección por sus autores. La versión corregida de los autores enviada a la del Comité Arbitral, constará de dos copias electrónicas, una con el trabajo original con los lugares en los que se hicieron los cambios subrayados o resaltados y la otra con la nueva versión completa; debe adjuntarse una carta con las respuestas detalladas a los comentarios de los revisores. Una vez aceptadas estas correcciones por el Comité Arbitral, pasarán al Comité de Redacción para su publicación.

LOS DIFERENTES ARTÍCULOS QUE SERÁN CONSIDERADOS PARA SU PUBLICACIÓN SON:

a) Artículo original

Informes científicos de los resultados de investigaciones básicas, técnicas, diagnósticas, terapéuticas o clínicas originales. El texto no debe exceder las 2.700 palabras, con un resumen de hasta 250 palabras (traducido al inglés) y un resumen analítico de no más de 150 palabras, un máximo de 5 tablas y figuras y hasta 40 referencias bibliográficas no superior a 10 años de antigüedad, a excepción de bibliografía histórica relacionada con el inicio de un procedimiento.

b) Artículo especial

Incluye datos y conclusiones personales, grupales o de un equipo de especialistas habitualmente enfocados en áreas como política económica, ética, leyes o suministro de la atención de la salud. El texto no debe exceder las 2.700 palabras, con un resumen de hasta 250 palabras (traducido al inglés) y un resumen analítico de no más de 150 palabras, un máximo de 5 tablas y figuras y hasta 40 referencias bibliográficas no superior a 10 años de antigüedad, a excepción de bibliografía histórica relacionada con el inicio de un procedimiento.

c) Casos clínicos

Informes breves que usualmente describen situaciones u observaciones particulares y de interés a la especialidad de 1 a 3 pacientes de una misma familia: el texto está limitado a 1.300 palabras, con un resumen de hasta 100 palabras (traducido al inglés) y un resumen analítico de no más de 50 palabras, un máximo de 3 tablas y figuras y hasta 10 referencias bibliográficas no superior a 10 años de antigüedad, excepción de bibliografía histórica relacionada con el inicio de un procedimiento.

d) Artículos de revisión

Habitualmente son solicitados por el Comité de Redacción a los revisores, que serán hasta 3 especialistas reconocidos (nacionales o extranjeros) por trabajo. Todos los artículos de revisión llevan el mismo proceso editorial y de arbitraje que los artículos de investigación originales.

Conflicto de intereses: debido a que la esencia de los artículos de revisión es la selección e interpretación de la literatura, el Comité de Redacción dará por cierto que los autores no tengan asociación financiera con una compañía que represente algún producto que se discuta en el escrito o su/s competidor/es.
Distintas formas de los artículos de revisión

Práctica clínica

Son revisiones basadas en la evidencia de temas relevantes para los médicos prácticos. Los artículos en esta serie incluirán las siguientes secciones: contexto clínico, estrategias y evidencia, áreas de incertidumbre, guías de sociedades profesionales y recomendaciones de los autores. El texto no debe exceder las 2.500 palabras y un pequeño número de figuras y tablas. No incluyen resumen, sólo el analítico, de no más de 150 palabras.

Conceptos actuales

Enfocan temas de Cirugía Cardiovascular, Vascular Periférico, Endovascular y Flebología incluidos en las áreas de las subespecialidades. El texto está limitado a 2500 palabras, con un máximo de 4 figuras y tablas y hasta 50 referencias bibliográficas. Incluyen un resumen analítico, que no exceda las 150 palabras.

Terapéutica farmacológica

Detallan la farmacología y el uso de drogas específicas o clase de drogas utilizadas para tratar una enfermedad particular. El texto está limitado a 3.000 palabras, con un máximo de 6 figuras y tablas y hasta 80 referencias bibliográficas. Incluyen un resumen analítico, que no exceda las 150 palabras.

Progresos médicos

Proporcionan una revisión abarcadora de temas clínicos importantes, con un enfoque principal, pero no exclusivo, en el desarrollo durante los últimos cinco años. Cada artículo detalla la percepción de una enfermedad o categoría de enfermedad, investigación diagnóstica o intervención terapéutica que se haya desarrollado en los años recientes. El texto está limitado a 3000 palabras, con un máximo de 6 figuras y tablas y hasta 80 referencias bibliográficas. Incluye el resumen analítico, de no más de 150 palabras.

OTRAS ADMISIONES PARA PUBLICACIÓN:**Editoriales**

Habitualmente proporcionan comentarios y análisis atinentes a un artículo del número de la Revista en el que aparece. Pueden incluir una ilustración o tabla. De manera habitual se solicitan, aunque ocasionalmente podría considerarse un editorial no solicitado. Los editoriales están limitados a 1.200 palabras con hasta 15 referencias bibliográficas

Controversias

Siempre son solicitadas por el Comité de Redacción. Se realiza el planteo de un problema médico relevante y dos autores, que serán designados por el Comité de Redacción, actuarán como antagonistas.

Imágenes en Cirugía

Presenta imágenes de distintos gestos de la cirugía cardiovascular, vascular periférico, endovascular y flebología que intentan transmitir la ilustración de una determinada técnica quirúrgica.

Notas ocasionales

Son relatos de experiencias personales o descripciones de material más allá de las áreas usuales de investigación y análisis médico.

Comentarios de Libros Publicados

Por lo general son solicitadas por el Comité de Redacción a especialistas reconocidos nacionales o extranjeros sobre el tema.

Cartas de lectores

Es una opinión sobre un artículo publicado en el último número de la Revista. El texto tendrá como máximo 500 palabras y por lo general no tendrá figuras ni tablas; no podrá tener más de 5 referencias bibliográficas y será firmada por un máximo de 3 autores. Al carecer de figuras, la Comisión Editorial prefiere que su envío sea efectuado por correo electrónico a raccv@caccv.org.ar.

Artículos documentales

Artículo de tipo biográfico/histórico sobre pioneros o desarrollos científicos que hayan sentado precedente en la especialidad de la cirugía cardiovascular y endovascular.

THE JENAVALVE

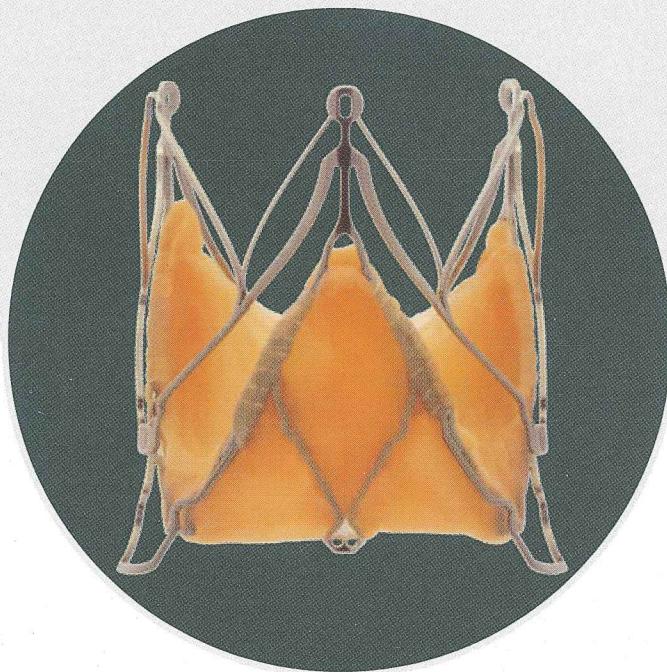
CLOSER TO THE NATIVE VALVE

Anatomically correct positioning

- Feeler guided positioning
- Commissural alignment

Optimal fixation independent of calcification level

- Active fixation on the native leaflet with the JenaClip™



Unobstructed coronaries

- Low profile
- Open cell design

No rapid pacing needed

- Self-expanding Nitinol stent



ANGIOCOR
REPRESENTANTE EXCLUSIVO

Avda. Rivadavia 4260 - (1205) Buenos Aires - Argentina

Tel: (54-11) 4981-1122 (Líneas rotativas)

<http://www.angiocor.com.ar> - E-mail: ventas@angiocor.com.ar