

## Chat del PCVC lunes 13 de diciembre 1999

Invitado especial: **Dr. Carlos Bertolasi**

**Presidente:** Dr. Armando Pacher

**Moderador:** Dr. Mario Heñin

**<Pacher>** Se inicia la primera sesión de chat del 1er Congreso Virtual de Cardiología. Tenemos la dicha de contar con la presencia del Dr. Carlos Bertolasi, Miembro del Comité de Honor del PCVC, quien contestará preguntas sobre Insuficiencia Cardíaca. Una vez más, y en nombre de los Comités Organizador y Científico del PCVC, agradezco al Dr. Bertolasi, quien es parte fundamental de este Congreso desde su difícil nacimiento. Buenas tardes Dr. Bertolasi.

**<Bertolasi>** Buenas tardes a todos\*

**<Pacher>** Esta sesión de chat será moderada por el Dr. Mario Heñin, de Resistencia, Chaco, Argentina, quien queda a cargo desde este momento.\*

**<Heñin>** Comenzamos, quien pide?\*

**<Bassino>** Pido\*

**<Heñin>** si Dr Bassino\*

**<Bassino>** Los pacientes que reciben Furosemida a altas dosis, Espironolactona 25 mg y que en el seguimiento ambulatorio presentan tendencia a la oliguria, adiciona un tercer Diurético? si es afirmativa, de qué tipo? (en base al mecanismo de acción del diureético)\*

**<Heñin>** si Dr Bertolasi?\*

**<Bertolasi>** En primer lugar dependería del origen de la falta de respuesta que pudiera ser con un síndrome de dilución por un trastorno hemodinámico o por hipovolemia relativa. Una vez hecho el diagnóstico diferencial un recurso en ocasiones aplicable es el hemofiltrado que permite reacomodar las variables. En cuanto al agregado de un tercer diurético no tengo experiencia\*

**<Piombo>** pido\*

**<Heñin>** si Dr Piombo\*

**<Piombo>** ¿En qué grupo de pacientes con ICC indica Ud. beta bloqueantes\*

**<Bertolasi>** Desde el punto de vista fisiopatológico, los BBloq. estarían indicados en todo paciente excepto: 1) con contraindicación; 2) con I Cardíaca inestable o aguda. Obviamente nos referimos a IC de etiología miocárdica. Por supuesto que existen subgrupos que se beneficiarían particularmente tanto para evitar la progresión, como el remodelado ventricular en el periodo post IAM\*

**<Peleteiro>** pido\*

**<Pacher>** adelante Dr Peleteiro\*

**<Peleteiro>** En insuficiencia cardíaca III-IV, teniendo en cuenta el mal pronóstico a pesar de la batería de fármacos disponibles, ¿qué lugar le da al ejercicio en el tratamiento\*

**<Bertolasi>** En un momento determinado de la evolución la periferia adquiere autonomía con una patología del músculo periférico que pasa por el

hipoflujo, más tarde el desuso y por último una verdadera miopatía. El ejercicio ha evidenciado ser útil para mejorar la periferia aunque resulta contradictorio el efecto central. Estamos probando una hipótesis que sugiere: 1) mejorar la función miocárdica, para posteriormente intervenir en la periferia a través del ejercicio. Indudablemente aunque no mejore la hemodinamia central, el ejercicio, si es bien tolerado, mejora al menos la calidad de vida\*

**<Pacher>** ¿Quién hace la próxima pregunta?\*

**<Delamata>** PIDO

**<Pacher>** Adelante Dr. Delamata\*

**<Delamata>** En la práctica clínica ¿cuáles son las variables detectables por el examen clínico, ecg, la Rx de tórax y un ecocardiograma bidimensional que nos deben hacer pensar en incluir un paciente en una lista de espera pre-trasplante\*

**<Pacher>** Adelante Dr. Bertolasi\*

**<Bertolasi>** La indicación del trasplante no es consecuencia del resultado de un examen clínico y/o un recurso diagnóstico. Incluye un proceso complejo que involucra los antecedentes, el estadio evolutivo, el descartar interurrencias, la refractariedad a una terapéutica bien instituida, la falta de transgresiones al régimen Hig.-dietaético, y una adecuada evaluación funcional. El resultado de estudios aislados puede ser falaz e incluso incongruente. Es sabido la falta de correlación, por ej. entre Frac. de Eyeccion, Rx, etc.\*

**<Pacher>** ¿Quien hace la próxima pregunta?\*

**<Espindola>** pido\*

**<Peleteiro>** pido\*

**<Pacher>** Adelante, Dr Espindola\*

**<Espindola>** volviendo al caso de bbloq. e ICC ¿elige siempre el mismo bbloq., por ej carvedilol para todos, o cree que hay distintas indicaciones, algunas para atenolol,..etc?\*

**<Pacher>** Adelante Dr. Bertolasi\*

**<Bertolasi>** El efecto de los BBloq. pareciera ser un efecto de "clase" y en ese sentido no habría otra preferencia que la actitud de marketing de la industria farmacéutica. Sin embargo es bueno recordar ciertas acciones complementarias como el bloqueo alfa 1 (útil además para disminuir la resistencia coronaria), acción vasodilatadora directa, efecto antioxidante y facilidad de dosificación. En este último aspecto el B Bloq. debe ser empleado con estricta titulación y control cercano; caso contrario puede perjudicar la evolución de nuestros pacientes. Por último como en cualquier otro aspecto, la mejor droga, es aquella que uno más conoce y más está acostumbrado a utilizar\*

**<Pacher>** Adelante Dr. Peleteiro\*

**<Peleteiro>** ¿Qué rol cree que tendrán los antagonistas de la endotelina, en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca?; tanto en el pronóstico como en la calidad de vida.?\*

**<Pacher>** Adelante Dr. Bertolasi\*

**<Bertolasi>** Indudablemente el bloqueo de la endotelina o de sus receptores plantea

una alternativa interesante. Sin embargo el trat. de la IC no debiera ser una paulatina acumulación de recursos terapéuticos para que nuestro paciente requiera 8 o 10 drogas por día. En alguna medida el bloqueo de un mecanismo es útil pero debemos recordar la existencia de vías alternativas. Así como los antagonistas de la ECA no consiguen abolir totalmente su producción, con la endotelina ocurriría lo mismo. Por último recordemos que el efecto de la endotelina también incluye la vasoconstricción periférica, una acción inotrópica e inducir a la hipertrofia. Aún hoy se discute el nivel de endotelina que produce cada efecto\*

**<Delamata>** PIDO

**<Heñin>** adelante, Dr. Delamata\*

**<Delamata>** ¿Cuál es el valor de la digital en la I Cardíaca en el año 2000?\*

**<Heñin>** Adelante, Dr Bertolasi\*

**<Bertolasi>** Si se utilizó durante 200 años sería una pena descartarla justo con el inicio del milenio. En serio: al menos la digital pareciera ser el único inotrópico que NO MATA y ello es bueno. Por otra parte pareciera la indicación absoluta en casos inestables, con arritmias, o taq difícil de controlar. Como opinión personal y no convalidada, a menudo utilizo la digital en baja dosis con lo que evito la intoxicación y obtengo todo el beneficio del estímulo vagal que considero un mecanismo fundamental en el efecto de la droga\*

**<Heñin>** ¿Próxima pregunta?\*

**<Piombo>** pido\*

**<Heñin>** si, Dr. Piombo\*

**<Piombo>** ¿Indicaria ud. amiodarona en pacientes clase III-IV sin arritmias ventriculares complejas?\*

**<Heñin>** adelante, Dr Bertolasi\*

**<Bertolasi>** Si entiendo bien, la inquietud es la preferencia de amiodarona vs. B Bloq. Personalmente prefiero iniciar con B Bloq. Primero, porque la intolerancia se presenta precozmente, y es mas fácil detectarla; 2) porque ante una interurrencia o agudización, la interrupción elimina el efecto droga mucho más rápido. Es posible que en algunos casos sobre todo con arritmias, la asociación en baja dosis pudiera tener aun un efecto mayor, como pareció observarse en algún estudio post infarto\*

**<Heñin>** ¿próxima pregunta?\*

**<Bassino>** Pido\*

**<Heñin>** si Dr. Bassino\*

**<Delamata>** pido\*

**<Bassino>** En la práctica clínica diaria uno observa que existe una alta incidencia de pacientes con Fibrilación auricular crónica (FAC) en el grupo de Miocardiopatías dilatadas, pero no todos tienen aurícula mayor de 5 cm, por lo que en teoría uno podría intentar Cardioversión programada. ¿Cómo se maneja usted con ellos: Cardiovierte a todos con Aurícula izquierda menor de 5 cm?\*

**<Heñin>** Adelante, Dr Bertolasi\*

**<Bertolasi>** El intento de una cardioversión, sobre todo si la arritmia no es de antigua data, constituye un recurso útil y sencillo y que puede enlentecer

significativamente la progresión del proceso.\*

<Heñin> Si Dr. Delamata\*

<Delamata> A todo paciente que tiene insuf cardíaca que medicado con todo el arsenal terapéutico que disponemos se le debe tratar de demostrar viabilidad miocárdica pensando en revascularizarlo para salvar musculo ¿por qué?\*

<Heñin> Adelante Dr. Bertolasi\*

<Bertolasi> La búsqueda de viabilidad debe efectuarse ANTES y en todo paciente en la que se sospeche. Considero que la viabilidad no debiera ser tomada como un fenómeno estático... (sería igual su detección ahora o el año próximo), sino dinámico, ya que el mismo proceso de la hibernación y/o el agregado de atontamiento progresivamente aumenta la necrosis o favorece la hipertrofia patológica. \*

<Heñin> Recuerdo a todos, que ingresamos en los últimos 15 minutos, por lo que ruego las 2 últimas preguntas\*

<John Bustamante> pido\*

<Marino> pido\*

<Heñin> Si John\*

<John Bustamante> con respecto a las asistencias ventriculares, qué experiencia tienen con las cardiomioplastias y los equipos mecánicos comprimidos por el musculo dorsal ancho?\*

<Heñin> Adelante Dr. Bertolasi\*

<Bertolasi> La experiencia con la cardiomioplastia, aún no es definitiva. Indudablemente hay casos reportados con buena evolución, pero tratados en un estadio previo al terminal. En mi criterio: desde el punto de vista fisiopatológico puede colaborar disminuyendo el Volumen diastólico, por ende el stress parietal, y en cierta medida favorecer el remodelado inverso. En cambio necesitaría más pruebas sobre el efecto en la función sistólica a mediano y largo plazo. El desarrollo de procedimientos alternativos, Batista, corrección de la Insuf Mitral, e incluso el implante de células miocárdicas, y/o angiogénesis, son todos recursos con vistas a la aplicación futura. Entre ellos hoy creo que corregir la Insuf Mitral, (con fármacos y/o cirugía) es un objetivo PRIMARIO en la Insuf Cardíaca\*

<Heñin> Antes de darle la palabra al Dr. Marino, quiero recordarles que antes de finalizar podemos presentarnos: nombre, ciudad, etc, .Adelante, Dr. Marino\*

<Marino> En pacientes con iCC avanzada y ritmo sinusal, ¿les indica anticoagulación?\*

<Bertolasi> Buena pregunta: ¿no lo se!... en principio dependería de la etiología... de los hallazgos ecocardiográficos y del grado de dilatación miocárdica.. (obviamente en ausencia de anteced. embolígenos)\*

<Pacher> Muchas gracias, Dr. Bertolasi!! Por favor, ¿puede cada uno presentarse así?: Nombre y apellido, ciudad y país. Escribanlo y opriman Enter sin pedir la palabra\*

<Bassino> Dr. Marcelo Bassino , Trenque Lauquen. Pcia Bs As.\*

<Peleteiro> Soy el Dr. Rafael Peleteiro, de San Clemente del Tuyu; Pvcia

deBuenos Aires.

<Marino> Marcelo Marino, Rosario. Argentina

<Espindola> Raúl Espindola - Galvez- Santa Fe. Argentina

<Gnoatto> Dra. Mariana Gnoatto, Rosario, Argentina

<Delamata> Delamata Raúl, Trenque Lauquen Bs As

<John Bustamante> John Bustamante, Medellin - Colombia, Centro Cardiovascular Colombiano

<Lecueder> Dra. Silvia Lecueder, Montevideo, Uruguay

<Heñin> Dr. Mario Heñin, Resistencia, Chaco, Argentina\*

<Nanfara> Silvia Nanfara, Rio Gallegos, Santa Cruz, Argentina, envio saludos del Dr. Fernando Peliche quien asumió hoy como Director del Hospital y no pudo concurrir.

<Piombo> Alfredo Piombo, Buenos aires, Argentina\*

<Lombardo> Roberto Lombardo, Paraná, Argentina\*

<Pacher> Armando Pacher, Paraná, Entre Rios, Argentina\*

<Heñin> Gracias a todos, y a Ud., Dr. Bertolasi!!\*

<Bertolasi> Muchas gracias a ustedes\* ¡¡¡Feliz milenio!!!!\*

<Pacher> Dr. Bertolasi, fue un placer, como siempre\*

<Bertolasi> :-)\*