



11205
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO 31

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE CARDIOLOGIA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

HISTORIA NATURAL DE PACIENTES
POSTOPERADOS DE ANEURISMA DE AORTA
ASCENDENTE

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALIDAD EN CARDIOLOGIA
P R E S E N T A :
DR. DAVID LOPEZ RIOS



ASESOR: DR. RODOLFO HERRERA FRANCO
REVISOR: DR. VICTOR BERNAL DOLORES

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2001

2003
A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE CARDIOLOGIA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

HISTORIA NATURAL DE PACIENTES POSTOPERADOS DE ANEURISMA DE
AORTA ASCENDENTE

TESIS

Para obtener el título de Especialidad en Cardiología

Dr. David López Ríos.

Asesor:

Dr. Rodolfo Herrera Franco**

Revisor

Dr. Víctor Bernal Dolores***

* Medico Residente de 3 año de Cardiología. CMNXXI.

** Cardiólogo Clínico, adscrito al tercer piso de Hospital de Cardiología.

*** Cardiólogo Clínico. Hospital de Cardiología CMNXXI

México DF. a 28 de Febrero del 2001

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



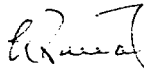
DR. RUBEN ARGUERO SÁNCHEZ

DIRECTOR
HOSPITAL DE CARDIOLOGIA CMNSXXI



DR. JUAN CARLOS NECOECHEA ALVA

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DE CARDIOLOGIA CMNSXXI



DR. ALONSO PEÑA GONZALEZ


SUBJEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE CARDIOLOGIA CMNXXI



DR. RODOLFO CASTAÑO GUERRA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN CARDIOLOGIA.
HOSPITAL DE CARDIOLOGIA CMNXXI

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

2

DEDICATORIA

Doy gracias a Dios, mis padres y hermanos quienes han dado todo su amor, apoyo, confianza y comprensión para lograr culminar mi especialidad en Cardiología Clínica y con singular admiración, aprecio y respeto a todas las personalidades del área médica de este hospital y durante todo el trayecto de mi carrera que han sabido dirigir el camino tan anhelado por mi persona.

Gracias por creer en mí.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

Resumen	5
Introducción	6
Objetivo	9
Material y método	10
Resultados a corto plazo	13
Resultados Tardíos	16
Discusión	17
Conclusiones	18
Tablas y Gráficas	19
Bibliografía	27

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los factores de riesgo y la evolución clínica de los pacientes postoperados de aneurisma aórtico de aorta ascendente(AAA).

Material y métodos: Se incluyeron a los pacientes candidatos a implante de tubo válvulado (TV) o interposición de tubo de dacrón(ITD) en aorta ascendente(AA) de Enero de 1997 a Diciembre de 2000, se valoraron las características de los pacientes y la evolución clínica. **Análisis estadístico:** Se presentaron los datos en medidas de tendencia central y dispersión, prueba exacta de Fisher para las variables dicotómicas y se consideró significativo el valor de p cuando fue < 0.05 .

Resultados: Se revisaron 29 pacientes, 23(79%) hombres y 6(21%) mujeres con promedio de edad de 44.7 ± 16.8 años sometidos a reemplazo de AA. La Clase funcional(CF) de la New York Heart Association(NYHA) fue I-II en 26(89.7%), CF III-IV en 3(10.3%). Se implantó TV en 25 e ITD en 4. Se analizaron las características y factores de riesgo para muerte. Se observó una mortalidad temprana del 14% (4/29) y encontramos al estado de choque como único factor predictor de muerte con un riesgo relativo de 22.50 (IC 95%, 3.18-159.16), $p=0.0001$. El seguimiento fue de 1.5 año/paciente, al final del estudio se encuentran en CF I.

Conclusiones: Los pacientes sometidos a reemplazo de aorta ascendente por aneurisma aórtico presentan mortalidad del 14% en las primeras 48 hrs. los sobrevivientes, se mantuvieron en CF.I en el 100% de los casos. El estado de choque durante la cirugía e inmediatamente después es un factor predictivo de mortalidad temprana en éstos pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

El aneurisma aórtico se define como la dilatación de la luz de la aorta, incluyendo uno o varios de sus segmentos; se describe mejor como una dilatación permanente, bien localizada de la aorta, teniendo un diámetro por lo menos 1.5 veces mayor que el diámetro normal de los segmentos de la misma. La morfología del aneurisma de la aorta es generalmente fusiforme, seguida de la forma sacular. En general el 13% de los pacientes diagnosticados, presentan aneurismas múltiples y un 25% a 28% con aneurismas torácicos presentan aneurismas concomitantes en la región abdominal. El aneurisma torácico se clasifica de acuerdo a la porción afectada: ascendente, arco, descendente(1). La etiología en el 80% de los casos es de origen degenerativo, 20% por Síndrome de Marfan .

La incidencia de disección de aorta se desconoce exactamente, sin embargo, se reportan 27 casos por millón de habitantes. La clasificación de DeBakey reconoce el tipo I y II, originándose en la aorta ascendente (la tipo I, la disección se extiende distalmente al arco aórtico; la tipo II se encuentra confinada a la aorta ascendente) y el tipo III se origina en la aorta descendente después del origen de la arteria subclavia izquierda(12). Dentro de la historia natural de estos pacientes, la sobrevida sin recibir un tratamiento quirúrgico a 3, 5 y 10 años, es de 68.4%, 50% y 29.8% respectivamente(2).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La principal causa de muerte en estos pacientes es la ruptura del aneurisma hacia el espacio intrapleural izquierdo o a espacio pericardico; otras causas de muerte son las relacionadas a enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial sistémica, enfermedad coronaria, cerebrovascular) y la ruptura de la aorta descendente a esófago(fistula aorto-esofagica). En una revisión de 176 pacientes sin recibir tratamiento quirúrgico, la principal causa de muerte en 135 pacientes fue la ruptura. La ruptura se observó en 37 de 48 muertes(77%) de 59 pacientes con disección de la aneurisma y 25 de 57 muertes(44%) de 76 pacientes con aneurismas secundarios a arteriosclerosis. Los aneurismas disecados que presentaron ruptura, lo hicieron en los primeros 3 días de realizado el diagnóstico o del inicio de los síntomas en el 60% de los casos y el 25 % no se rompe hasta después de 1 mes de haber efectuado el diagnóstico. En contraste, solo el 9 % de los aneurismas de origen ateroscleroso se rompen en los primeros 3 días de haber sido realizado el diagnóstico, y el 68% lo hacen mas de 1 mes después del diagnóstico. Así mismo, presencia de síntomas y el tamaño del aneurisma se correlaciona con mal pronóstico(3).

En el seguimiento de 67 pacientes con aneurisma torácico por medio de estudio tomográfico de reconstrucción tridimensional, se establece un índice de expansión anual de 0.43cm. Encontrándose como único factor predictivo de rápida expansión el diámetro basal >5cm del aneurisma, con una expansión de 0.79cm/año (4,6).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El tratamiento quirúrgico se recomienda cuando el diámetro del aneurisma aórtico alcanza 6 cm o frecuentemente 7 cm. En los pacientes con Síndrome de Marfán al alcanzar solamente 5.5cm, es indicativo, dado el alto riesgo de disección y ruptura(11).

La técnica quirúrgica de elección es el implante de un tubo valvulado (dacrón) conocido como procedimiento de Bentall, reimplantándose las arterias coronarias al tubo de Dacrón, con una mortalidad quirúrgica del 5-10% (10). La cirugía electiva tiene una sobrevida temprana del 90 al 95% en la mayoría de los centros, aun en presencia de disección aórtica. La principal complicación quirúrgica, es la disección en el sitio del aneurisma, principalmente de la aorta enferma (1,10). Dentro de los predictores de una mortalidad temprana se encuentra la edad, prioridad de la cirugía (urgente o electiva), clase funcional e insuficiencia cardíaca (ICC) y para la tardía, solo la ICC (7,8,9).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO

Describir los factores de riesgo y la evolución clínica del postoperatorio temprano y tardío de los pacientes postoperados de aneurisma de aorta ascendente.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MATERIAL Y METODOS.

TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo, Transversal descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Se estudiaron a todos aquellos pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por AAA en el Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Expedientes de pacientes operados quirúrgicamente con diagnóstico de aneurisma de aorta ascendente.
2. Operados en el período comprendido de Enero de 1997 a Diciembre del 2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CRITERIOS DE NO-INCLUSIÓN

1. Que no se encontrara el expediente completo.
2. No fuera posible el seguimiento del caso por pérdida del expediente.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

METODOS

Se revisaron los expedientes de pacientes consecutivos de Enero de 1997 a Diciembre del 2000, candidatos a implante de TV e ITD en AA. Se valoraron las características y evolución clínicas de los pacientes, postoperados por el servicio de Cirugía Cardiovascular en el Hospital de Cardiología de Centro Médico Nacional Siglo XXI(CMNXXI), con la finalidad de evaluar la evolución clínica posterior a la intervención quirúrgica.

El seguimiento de los pacientes se realizó en 17 pacientes hasta la última valoración clínica en el expediente vigente de nuestro hospital y por vía telefónica en los 8 restantes ya que son foráneos o pertenecían a otra jurisdicción médica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS A CORTO PLAZO

Entre el período de Enero de 1997 a Diciembre del 2000, se revisaron 50 expedientes de pacientes con AAA, de los cuales 29 cumplieron con los criterios de selección: 23 hombres(79%) y 6 mujeres(21%), el promedio de edad fue de 44.7 ± 16.8 años(rango 20 a 77 años), con los antecedentes resumidos en la tabla 1.

El diagnóstico de prequirúrgica en 21 pacientes fue de AAA e IAo; AAA con disección en 6 (DeBakey I . 1 paciente, DeBakey II, 5 pacientes), AAA con insuficiencia mitral(IM) 1 paciente, AAA con cardiopatía isquémica(CI). Dos de éstos pacientes con antecedente de aortoplastia con balón previa por coartación de la aorta. La causa de la enfermedad aórtica fue de origen degenerativo en 21(72%) y 8 (28%) pacientes con manifestaciones músculo-esqueléticas de síndrome de Marfan. Factores de riesgo asociados: Diabetes mellitus 2(DMII) 1(3.4%), hipertensión arterial sistémica(HTAS) 10(34.5%), hipercolesterolemia 2(6.9%) y tabaquismo 8(27.6). La CF NYHA fue 26 en CF I -II y 3 en CF III-IV. La fracción de expulsión(FEVI) de $55 \pm 16\%$ y el IAo fue leve o ausente en 2, moderada a severa en 27.

De los 29 pacientes que ingresaron a cirugía, 6 previo a la cirugía se les detectó disección en el sitio del aneurisma, 1 por ecocardiografía transtorácica y 4 transesofágico, 1 por resonancia magnética; otros 3 pacientes se les detectó la disección durante el transoperatorio. La sensibilidad y especificidad(52- 81 y 59- 89) para el ecocardiograma transesofágico y el cateterismo respectivamente en la detección de la disección aórtica, comparado con el diagnóstico por cirugía

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(estándar de oro), es muy bajo, sin embargo, esta exploración no es valorable, por el tamaño de la muestra .

El tipo de cirugía fue, implante de TV en 25(86%) e ITD en 4(14%). Se realizaron 26 cirugías en forma electiva y 3 urgentes. Se realizaron 6 procedimientos adicionales en los pacientes: 1 coartectomía , 2 implantes de prótesis mitral , 1 implante de prótesis aórtica ,1 revascularización miocárdica y 1 cierre de comunicación interauricular tipo ostium primum(CIA OP) .

El tiempo de derivación cardiopulmonar(DCP) en promedio fue de 160 \pm 73 minutos (rango 75 a 366 min.), pinzamiento aórtico(PAo) de 110 \pm 55(rango: 52-300), salieron 25 de bomba extracorpórea al primer intento, 2, con más de 1 intento y 2 no se logro desconectar.

La sobrevida en los primeros 30 días fue de 25 pacientes (89.6%). La causa de muerte fue atribuida en 4 pacientes a estado de choque, uno con daño miocárdico preoperatorio severo con FE 28%, este también presentó infarto agudo del miocardio(IAM) transoperatorio en región inferior y lateral bajo, encontrándose a la exploración quirúrgica un solo ostium coronario, lo cual no fue corroborado antes de la cirugía, ya que no se lograron canular las arterias coronarias, 1 presentó sangrado masivo al despinzamiento de la aorta que provocó choque hemorrágico sin respuesta a manejo hemostático quirúrgico, 1 con neumotórax derecho, que desencadenó choque distributivo y 1 que se le detecto disección aórtica durante cirugía presentó estado de choque postquirúrgico inmediato, no respondió al retiro de bomba extracorpórea. La presencia disección aórtica no modificó la mortalidad de los pacientes en el postoperatorio inmediato. Se reportaron 7 sangrados mayores a lo habitual, 2 de ellos requiriendo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

reintervención quirúrgica, uno empaquetamiento y los 4 restantes, solo manejo médico. Dos pacientes presentaron episodios de taquicardia supraventricular paroxística(TSVP), sin respuesta a cardioversión farmacológica, ameritando cardioversión eléctrica. Un paciente con infarto agudo del miocardio anteroseptal Killip y Kimball I (KKI) transoperatorio; un paciente presentó bloqueo atrio ventricular completo(BAVC) y requirió implante de marcapaso definitivo a las 2 semanas; 4 pacientes con insuficiencia renal aguda(IRA) que se resolvieron satisfactoriamente con tratamiento médico; 1 paciente con trombosis venosa profunda(TVP) se corrigió con tratamiento médico; no se reportó ningún evento vascular cerebral(EVC).

Se presentaron 10 casos de infección; 4 pacientes con neumonía intra hospitalaria, 4 infecciones de vías urinarias(IVU), 1 infección de herida quirúrgica y un caso de mediastinitis, requiriendo de reintervención quirúrgica, realizándose lavado mecánico. Todos recibieron tratamiento con esquema de antibióticos por vía parenteral, sin mayor complicación.

Se analizaron los diferentes factores de riesgo para muerte, solo obteniéndose resultados significativos con el estado de choque, con un riesgo relativo(RR) de 22.50 (IC 95%, 3.18-159.6), p 0.0001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS TARDIOS

El seguimiento fue en promedio de 18 ± 15 meses, todos los pacientes se encuentran en CF I y llevan una actividad física y laboral normal

Un paciente del sexo femenino ameritó reintervención quirúrgica 3 años después de su cirugía inicial por obstrucción protésica secundaria a trombos bien organizados por anticoagulación subóptima, se realizó retiro de trombos, sin mayor complicación.

El paciente que cursó con IAM anteroseptal se encuentra sin eventos de angina hasta el momento.

Solo existe reporte de un caso de infección en vías urinarias resuelto con tratamiento médico.

ESTOS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

Encontramos en nuestros pacientes una mortalidad del 14% en el postoperatorio inmediato, al igual de lo reportado por Pressler y col.(4) de un 16%, sobrevivida del 86% a los 30 días de seguimiento, comparado con lo reportado por Stanley y col.(13) 91% hasta 1989. Si consideramos solo a los 21 pacientes con AAA e IAo de moderada a severa sin otra patología cardiovascular concomitante, encontramos que la mortalidad del postoperatorio inmediato se mantiene en 14%, es decir las otras causas asociadas, no modifican dichos resultados. Es importante hacer notar que no encontramos asociación significativa entre los factores de riesgo y el resultado de la cirugía ni durante el seguimiento del paciente aún en los 9 pacientes que presentaron disección aórtica; solo al estado de choque como índice predictivo de mortalidad ($p = 0.0001$). El seguimiento a 18 ± 15 meses de los 25 pacientes es de una sobrevivida del 100% y en CF I incluyendo al paciente que presentó IAM transoperatorio, estos resultados tan satisfactorios es muy probable que se deba a la baja probabilidad de ruptura en pacientes con aneurisma y/o disección crónica; si se incluyen a los 3 pacientes que ameritaron cirugía urgente, no se modifica la mortalidad.

Es importante considerar la diversidad que se presenta en los últimos 4 años dado los avances quirúrgicos, calidad del material protésico y la experiencia del hospital en este tipo de procedimientos quirúrgicos, comparado con otros centros del mismo nivel de atención., mantenemos resultados muy similares.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Los pacientes con diagnóstico de aneurisma de aorta ascendente sometidos a reemplazo de aorta ascendente por medio de implante de tubo valvulado o interposición de tubo de Dacrón, tienen una mortalidad temprana del 14% y del 0% durante el seguimiento a 18 ± 15 meses.

Debido a que la ruptura aórtica es más probable en la aorta ascendente, dichos pacientes deben ser considerados para reparación quirúrgica electiva, ya que la mortalidad es significativamente menor que el riesgo de ruptura a largo plazo.

Los pacientes con aneurisma de la aorta ascendente debe ser corregida quirúrgicamente si las condiciones generales del paciente son satisfactorias y si técnicamente es factible, ya que se logra modificar la clase funcional y laboral en forma satisfactoria después de la cirugía.

TESIS COL.
FALLA DE ORIGEN

Tabla No 1.

Características Generales.

Características	N=29 (%)
<i>Masculino</i>	23(79%)
<i>Femenino</i>	6(21%)
<i>DM</i>	1(3.4%)
<i>HTAS</i>	10(34.5%)
<i>TAB</i>	8(27.6%)
<i>HCL</i>	2(6.9%)
<i>CF I-II</i>	26(89.7)
<i>CF III-IV</i>	3(10.3)
<i>(RX)</i>	
<i>CMGI-II</i>	21(89.7%)
<i>CMGIII-IV</i>	8(27.6%)
<i>DAo</i>	21(72.4%)
<i>HVCP</i>	4(13.7%)
<i>ETT:</i>	
<i>DDVI</i>	68 ± 10 %
<i>DSVI</i>	48 ± 11%
<i>FEVI</i>	55 ± 16%
<i>FAVI</i>	29 ± 10%
<i>Dissección Ao</i>	7(21.1%)
<i>Aneurisma</i>	22(76%)
<i>IAo ausente-leve</i>	2(6.9%)
<i>IAo mod-sev</i>	27(93.1%)
<i>CTT</i>	
<i>Aneurisma</i>	23(79.3%)
<i>Dissección Ao</i>	5(17.2%)
<i>FEVI</i>	48.3 ± 12%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO FORMA PARTE DE LA BIBLIOTECA

Tabla 2. Características quirúrgicas.

Procedimientos y hallazgos quirúrgicos		n=29(%)
Tipo de Cirugía:		
<i>Tubo valvulado</i>		25(86%)
<i>Tubo Dacrón</i>		4(14%)
<i>DCP</i>		169 ± 73 min. (75-366)
<i>PAo</i>		110 ± 55 min. (52-300)
<u>Procedimiento adicionales:</u>		7(24.1%).
• <i>Aneurismectomia</i>		1(3.44%)
• <i>Cierre CIA OP.</i>		1(3.44%)
• <i>Coarctectomia.</i>		1(3.44%)
• <i>Implante de prótesis mitral</i>		2(6.7%)
• <i>Implante prótesis Ao.</i>		1(3.44)
• <i>RVM</i>		1(3.44%)
<i>Hallazgo de disección</i>		9(31%)
<i>Mortalidad</i>		4(14%)

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Tabla 3.
Complicaciones tempranas (< 30 días).

Complicación	n=29(%)
<i>Sangrado</i>	7(24.1%)
<i>Estado Choque</i>	4(13.8%)
<i>IRA</i>	4(13.8)
<i>Crisis Hipertensivas postqx</i>	5(17.2%)
<i>Taquiarritmias.</i>	2(6.7%)
<i>BAV</i>	1(3.4%)
<i>EVC</i>	No
<i>Infección</i>	10(34.4%)
<i>TVP</i>	1(3.4%)
<i>IAM</i>	2(6.8%)

Tabla No 4.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Análisis Bivariado de factores de riesgo para muerte temprana en pacientes posoperados de aneurisma de aorta ascendente.

VARIABLE	RR	IC 95%	VALOR P
<i>Masculino</i>	0.190	0.020 - 1.77	0.180 ns
<i>HAS</i>	0.789	0.626 - 0.996	0.268 ns
<i>DM</i>	0.107	0.037 - 0.312	0.138 ns
<i>TAB</i>	0.381	0.064 - 2.2	0.300 ns
<i>HCL</i>	0.222	0.039 - 1.27	0.261 ns
<i>CF III-IV***</i>	0.346	0.51 - 2.36	0.371 ns
<i>RX:</i>			
<i>CMG III-IV***</i>	1.33	0.144 - 12.36	1.0 Ns
<i>HVCP</i>	0.480	0.065 - 3.55	0.467 ns
<i>DAo</i>	0.875	0.106 - 7.22	1.0 Ns
<i>ETT:</i>			
<i>DDVI > 55mm***</i>			17/29 p= 0.668
<i>DSVI > 40mm***</i>			4/29 p=0.688
<i>FEVI < 40%***</i>			5/29 p=0.831
<i>FAVI < 30%***</i>			6/29 p= 0.386
<i>Aneurisma.</i>	3.1	0.538 - 18.37	0.238 ns
<i>IAo***</i>	4.5	0.738 - 25.86	0.261 ns
<i>CTT</i>			
<i>FEVI*** < 40%</i>			2/29 p=0.386
<i>Aneurisma</i>	2.30	0.256 - 20.69	0.459 ns
<i>Disección***</i>	0.107	0.037 - 0.312	0.138 ns
<i>IAo***</i>	1.15	0.982 - 1.347	0.541 ns
<i>CIRUGIA:</i>			
<i>CMG**</i>	1.40	0.19 - 10.11	1.0 Ns
<i>Aneurisma**</i>	0.50	0.08 - 2.99	0.463 ns
<i>Disección</i>	1.35	0.162 - 11.27	1.0 Ns
<i>Tubo valvulado</i>	2.08	0.281 - 15.42	0.467 ns
<i>Sangrado</i>	0.955	0.117 - 7.77	1.000 ns
<i>Choque**</i>	22.50	3.18 - 159.16	0.0001
<i>IAM</i>	0.222	0.039 - 1.27	0.261 ns
<i>IRA</i>	0.480	0.065 - 3.55	0.467 ns
<i>Descontrol TA</i>	0.833	0.697 - 0.997	1.0 ns
<i>Taquiarritmias</i>	0.852	0.728 - 0.997	1.0 ns
<i>BAV</i>	0.857	0.737 - 0.997	0.862 ns

Prueba de Exacta de Fisher.

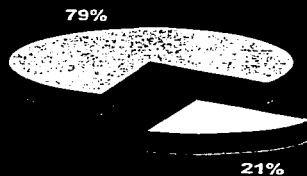
** Método Haldane.

***Prueba de "t"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

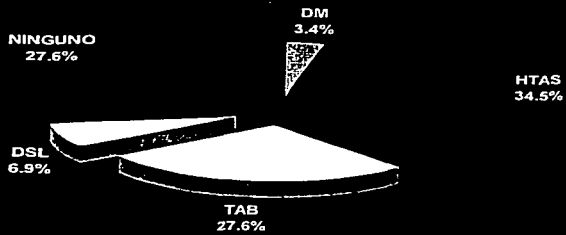
Género

■ Masculino □ Femenino



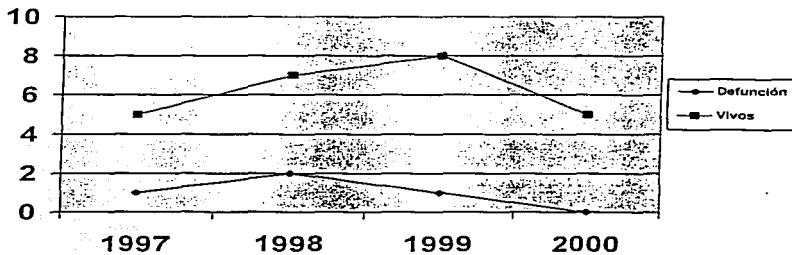
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Factores de Riesgo Cardiovascular



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**EXPERIENCIA QUIRURGICA EN
ANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE EN
EL HOSPITAL DE CARDIOLOGIA DE 1997-
2000**



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FALTA

PAGINA

26

BIBLIOGRAFIA

1. BRAUNWALD HEART DISEASE. A textbook of Cardiovascular Medicine. 5th Edition. Page: 1550-1554.
2. John W. Joyce M.D; John F. Fairbairn II. MD; Owings W. Kincaid MD. Et. Al. Aneurysm of the Thoracic Aorta. A Clinical Study with Special Reference to prognosis. Circulation, Volume XXIX, february 1964, pag: 176-181.
3. J. Judson McNamara MD; and Virginia M. Pressler, MB. A Natural History of Arteriosclerotic Thoracic Aortic Aneurysms. The Annals of Thoracic Surgery Vol 26 No 5 November 1978.
4. Virginia Pressler, BA; and J.Judson McNamara MD; Honolulu, Hawaii. Thorac Cardiovasc Surg 79: 489-498, 1980.
5. Otto E. Dapunt MD; Jan D. Galla MD; Ali M. Sadeghi MD. The natural history of thoracic aortic aneurysms. J Thorac Cardiovasc Surg 1994; 107: 1323-33.
6. Yoshiaki Masuda MD; Kazunori Takanashi MD; Junichiro Takasu MD. Expansion Rate of Thoracic Aortic Aneurysms and Influencing Factors. Chest 1992; 102:461-66.
7. Carlos E Moreno-Cabral MD; D. Craig Miller MD; R. Scott Mitchell MD, Et Al. Degenerative and atherosclerotic aneurysms of the thoracic aorta. Determinants of early and late surgical outcome. J Thoracic Cardiovasc Surg 88:1020-1032, 1984.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. Magdi H. Yacoub PhD, FRCS; Petra Gehle MD; V. Chandrasekaran, FRCS, Et. Al. Surgery for Acquired Heart Disease. Late Results of a Valve-preserving operation in Patients with Aneurysms of the Ascending Aorta and Root. Cardiovasc Surg 1998; 115: 1080-90.
9. Lars G. Svensson, MB, PhD; E. Stanley Crawford MD; Kenneth R. Hess, MS; Et. Al. Dissection of the Aorta and Dissecting Aortic Aneurysms: Improving Early and Long-term Surgical Results. Circulation 1990; 82(suppl IV): IV-24-IV-38.
10. Gott, V.L. Gillinov, A.M; Pyeritz, R.E; Et.Al.: Aortic Root Replacement: Risk factors analysis of seventeen-years experience with 270 patients. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 109: 536, 1995.
11. Treasure, T. Elective replacement of the aortic root in Marfan's syndrome. Br. Heart J. 69(Edit):101,1993.
12. De Bakey, M. E; Henly, W. S; Cooley, D. A; et al. Surgical management of dissecting aneurysm of the aorta. J. Cardiovasc. Surg. 49:130, 1965.
13. E. Stanley Crawford MD, Lars G Svensson MB PhD, J S Coselli MD et al; Surgical treatment of aneurysm and/or dissection of the ascending aorta, tranverse aortic arch, and ascending aorta and transverse aortic arch. J Thorac Cardiovasc Surg 1989;98:659-74.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN