Revista Colombiana de
Cardiología

Volumen 33 Suplemento 2
ISSN:0120-5633

Febrero 2026
www.rccardiologia.com
www.revcolcard.org

RESÚMENES DE INVESTIGACIÓN

XXXI CONGRESO COLOMBIANO DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR - 2026

Órgano oficial de la Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR

PERMANYER
www.permanyer.com

Revista Colombiana de
Cardiología

EDITOR JEFE / *EDITOR IN CHIEF*

Darío Echeverri
Departamento de Cardiología, La Cardio/Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

COEDITOR / *COEDITOR*

Alberto Barón
Departamento de Cardiología, Clínica de Marly, Bogotá, Colombia

EDITOR EMÉRITO / *EMERITUS EDITOR*

Jorge León-Galindo
Departamento de Cardiología, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

EDITORES ASOCIADOS / *ASSOCIATE EDITORS*

Claudia V. Anchique
Servicio de Cardiología, Mediagnóstica Tecmedi S.A.S., Duitama, Colombia

Dagnóvar Aristizábal
Centro Clínico y de Investigación SICOR, Medellín, Colombia

Julián M. Aristizábal
Servicio de Electrofisiología, Clínica CES, Medellín, Colombia

Alberto Barón
Departamento de Cardiología, Clínica de Marly, Bogotá, Colombia

Luis M. Benítez
Departamento de Cardiología, Centro Médico Clínica de Occidente, Cali, Colombia

Ricardo Bohórquez
Departamento de Cardiología, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

Marisol Carreño
Servicio de Cirugía Cardiovascular Adultos, Cardiología, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia

Alejandro Escobar
Servicio de Cirugía Cardiovascular, Centro Cardiovascular Somer Incare, Medellín, Colombia

Ángel A. García
Unidad de Cardiología, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

Juan E. Gómez
Servicio de Cardiología, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

Edgar Hernández
Departamento de Cardiología, La Cardio/Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

Víctor M. Huertas
Instituto de Cardiopatías Congénitas, La Cardio/Fundacion Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

Nicolás I. Jaramillo
Unidad de Hemodinamia, Clínica Las Américas, Medellín, Colombia

Fernando Lizcano
Centro de Investigación Biomédica, Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia

Patricio López
Fundación Oftalmológica de Santander - Clínica FOSCAL, Bucaramanga, Colombia

Dora I. Molina
Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia

Guillermo Mora
Servicio de Electrofisiología, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

Federico Núñez
Departamento de Cirugía Cardiovascular, Fundación Clínica Shaio, Bogotá, Colombia

Carlos Obando
Departamento de Cirugía Cardiovascular, La Cardio/Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

Alejandro Orjuela
Servicio de Electrofisiología, Hospital Universitario Santa Sofía de Caldas, Manizales, Colombia

Ana C. Palacio
Departamento de Cardiología, Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

Julián Parada
Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Los Comuneros, Bucaramanga, Colombia

Juan H. Del Portillo
Servicio de Hemodiamia, La Cardio/Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

María J. Rodríguez
Departamento de Falla Cardíaca y Trasplante Cardíaco, La Cardio/Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

Clara I. Saldarriaga
Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Clínica Cardiovid, Medellín, Colombia

Néstor Sandoval
Instituto de Cardiopatías Congénitas, La Cardio/Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

Miguel Urina
Fundación del Caribe para la Investigación Biomédica, Barranquilla, Colombia

Sebastián Vélez
Departamento de Cardiología, Hospital Pablo Tobón Uribe (HPTU), Medellín, Colombia

Boris E. Vesga
Servicio de Hemodinamia, Instituto del Corazón, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL / *INTERNATIONAL SCIENTIFIC COMMITTEE*

Juan J. Badimón
Atherothrombosis Research Unit, Cardiovascular Institute, New York, Estados Unidos

Tomasa Centella
Área de Cardiología, Hospital "Ramón y Cajal", Madrid, España

José G. Diez
Interventional Cardiology, Texas Heart Institute, Texas, Estados Unidos

José R. González-Juanatey
Área de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Andrés Iñiguez
Área de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España

Pedro Moreno
Cardiology Research, Interventional Cardiology, Mount Sinai Hospital, New York, Estados Unidos

Carlos A. Morillo
Department of Medicine, McMaster University, Hamilton General Hospital, Hamilton, Canada

Daniel J. Piñeiro
Departamento de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Héctor R. Villarraga
Division of Cardiovascular Diseases, Mayo Clinic, Rochester Minessota, Estados Unidos

Órgano oficial de la Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

PERMANYER
www.permanyer.com

COMITÉ DE ARBITRAJE / *REVIEW COMMITTEE*

Ángel A. García
Unidad de Cardiología, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

John Bustamante
Centro de Bioingeniería, Universidad Pontificia Bolivariana Medellín, Colombia

Julián M. Aristizábal
Servicio de Electrofisiología, Clinica CES Medellín, Colombia

Dagnóvar Aristizábal
Centro Clínico y de Investigación SICOR Medellín, Colombia

COMITÉ DE COMUNICACIÓN DIGITAL / *DIGITAL COMMUNICATION COMMITTEE*

Julián M. Aristizábal
Servicio de Electrofisiología, Clínica CES, Medellín, Colombia

Juan H. Del Portillo
Servicio de Hemodinamia, La Cardio/Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

Clara Saldarriaga
Unidad de Insuficiencia Cardíaca, Clínica Cardio Vid, Medellín, Colombia

Darío Echeverri
Departamento de Cardiología, La Cardio/Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

LISTA DE REVISORES / *REVIEWERS LIST*

Pedro Abad
Claudia V. Anchique
Carlos Arias
Dagnóvar Aristizábal
Julián M. Aristizábal
Álvaro Avezum
José R. Azpiri
Ana M. Barón
Daniel Berrocal
John Bustamante
Jaime Cabrales
Lina Caicedo
Jaime Camacho
Paul Camacho
Ivonne J. Cárdenas
Jonathan Cardona
Marisol Carreño
Carlos Carvajal
Gabriel Cassalett
Mauricio Cassinelli
Roque A. Córdoba
John A. Conta
Tomás Chalela
Gabriel Díaz
Pedro Forcada
Hernán Fernández
Argemiro Fragozo
Alejandra Gallego
Ángel A. García
Víctor J. Gil
Juan E. Gómez
Mabel Gómez
Efraín Gómez
César Hernández
Édgar Hernández
Álvaro A. Herrera
Heinz Hiller
Andrés Iñiguez
Nicolás Jaramillo
Alejandro Jiménez
Carlos A. Luengas
José F. Díaz
Fernando Manzur
Erika M. Martínez
Sandra Matiz
Enrique Melgarejo
Iván Melgarejo
Jainer J. Méndez
Óscar Mendiz
Sara E. Mendoza
Fernán Mendoza
Néstor Mercado
Carlos Mestres
Andrés F. Miranda
Jorge D. Mor
Guillermo Mora
Carlos Morillo
Ana Múnera
Jaime Murillo
Federico Núñez
Luz A. Ocampo
Ricardo Peña
Manuel Puerta
Iván D. Rendón
Jairo A. Rendón
Fanny Rincón
Mónica Rincón
Víctor Z. Rizo
Nubia L. Roa
Diego Rodríguez
Nohora I. Rodríguez
Álvaro Ruiz
José F. Saaibi
Carlos Sánchez
Juan M. Sarmiento
Jaime A. Serna
Alberto Suárez
Miguel Urina
Édgar Varela
Rusvelt F. Vargas
Juan F. Vásquez
Óscar Velásquez
Sebastián Vélez
Boris E. Vesga
Ricardo Zalaquett

La *Revista Colombiana de Cardiología (RCC)* es la publicación científica oficial de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.
Es una publicación bimestral, *open access* (abierta sin costo para autores y lectores), de revisión por pares, que se publica en versión electrónica y acepta manuscritos para evaluación en español o inglés sobre aspectos básicos, epidemiológicos, quirúrgicos y clínicos en el área de la cardiología. Cuenta con un Comité Editorial compuesto de expertos nacionales e internacionales. La revista se encarga de divulgar artículos originales clínicos y experimentales sobre enfermedades cardiovasculares, reportes sobre terapéutica médica y quirúrgica, cardiología pediátrica, estudios cooperativos, epidemiología, estudios de medicamentos, métodos diagnósticos, reportes de casos clínicos, cartas al editor y editoriales.

Revista Colombiana de Cardiología (RCC) *is the official scientific publication of the Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.*
It is a peer reviewed, bimonthly journal, that publishes online open access (free of charge for authors and readers) articles in Spanish or English about basic, epidemiological, surgical or clinical aspects in the field of Cardiology. It has an Editorial Committee composed of national and international experts. The journal's objective is to spread original articles, clinical and experimental, about cardiovascular diseases, reports about medical and surgery therapy, pediatric cardiology, cooperative studies, epidemiology, drug studies, diagnostic methods, case reports, letters to the editor and editorials.

Los trabajos originales deberán ser depositados en su versión electrónica en el siguiente URL:

http://publisher.rccar.permanyer.com

Permanyer
Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España – permanyer@permanyer.com

colombia@permanyer.com

PERMANYER
www.permanyer.com

ISSN: 0120-5633
Ref.: 11003ACOL256

www.permanyer.com

Las opiniones, hallazgos y conclusiones son las de los autores. Los editores y la editorial no son responsables por los contenidos publicados en la revista.
© 2025 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Permanyer.
Esta es una publicación *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Revista Colombiana de
Cardiología

Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR

SUMARIO

Introducción

Convocatoria para presentación de casos clínicos y trabajos originales para el XXXI Congreso Colombiano de Cardiología y Cirugía Cardiovascular 1

Índices

Índice de Presentaciones de Casos clínicos 3
Índice de Trabajos Libres / Originales 10
Índice de autores - Presentaciones de Casos clínicos 17
Índice de autores - Trabajos Libres / Originales 22

Resúmenes de Presentaciones de Casos clínicos

Cardiología Pediátrica 27
Cirugía Cardiovascular 29
Enfermedad Coronaria 35
Enfermedad Valvular 41
Falla Cardíaca, Hipertensión Pulmonar y Cardiomiopatías 43
Tópicos Especiales / Otros 52

Resúmenes de Trabajos Libres / Originales

Arritmias 59
Cardiología de la Mujer 60
Cardiología Pediátrica 61
Cirugía Cardiovascular 64
Enfermedad Coronaria 68
Enfermedad Valvular 72
Falla Cardíaca, Hipertensión Pulmonar y Cardiomiopatías 72
Prevención 80
Tópicos Especiales / Otros 84

Revista Colombiana de Cardiología

Asociación SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Introducción

CONVOCATORIA PARA PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS Y TRABAJOS ORIGINALES PARA EL XXXI CONGRESO COLOMBIANO DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Nuevamente, la convocatoria de trabajos de investigación para nuestro congreso 2026 resultó de las más exitosas. Nuevamente se puede notar, por la excelencia de los estudios y presentaciones de casos clínicos admitidos, que, en nuestra especialidad, la diligencia y el detalle con que se trabaja en el análisis, el gran valor que se da a la evidencia científica, la lectura y la profundización en investigaciones previas y los estudios realizados a lo largo y ancho del mundo son el soporte de los trabajos presentados. No sin mencionar que las propuestas y las proyecciones percibidas en muchos de estos estudios, pueden ofrecer alternativas interesantes hacia el futuro en la búsqueda de mejorar las condiciones de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares que afectan a nuestra población.

Algo que se puede notar en los resúmenes y trabajos entregados es que la integración de disciplinas es algo cada vez más notorio en todos los procesos llevados a cabo con nuestros pacientes. La desconexión entre los profesionales de las diversas disciplinas médicas es cosa del pasado y enfrentamos un futuro de colaboración continua, en clínicas complejas donde se trabaja en conjunto para ofrecer las mejores condiciones a nuestros pacientes.

Para el año 2026, de nuevo, no solo de parte de nuestros miembros sino de muchos otros profesionales de la medicina interesados en investigar y aportar desde sus propias visiones al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad cardiovascular, recibimos inicialmente la postulación de 348 trabajos de investigación entre trabajos originales y presentaciones de caso, de los cuales, finalmente, se concretaron 233 como viables para incluir en las presentaciones del Congreso y en este documento.

La búsqueda de mayor calidad y de mejorar los modelos a partir de los cuales se comparten las investigaciones puede haber contribuido a que algunos autores no alcanzaran a completar los requerimientos. No obstante, la cifra final supera la expectativa y confiamos en que, bajo las reglas actuales, los autores mejorarán sus métodos y generarán los productos exigidos para las futuras convocatorias.

Como en las anteriores ocasiones, hemos querido reforzar procesos para que todos, uniendo esfuerzos y conformando equipos multidisciplinarios, podamos enfrentar este desafío, cada día más intenso, con nuevas miradas y aportes. Nuestra intención es mantenernos como catalizadores en la búsqueda de nuevas estrategias de trabajo, de mayor intensidad con los procesos de investigación, procurando hacerlos más estructurados metodológicamente y hallar o promover la construcción de fuentes de información que puedan ser puestas a disposición de todos los interesados.

La distribución del registro, en esta oportunidad, se puede apreciar por líneas temáticas en la siguiente tabla:

	Comunicaciones orales	ePosters (poster electrónico)	Posters físicos (poster impreso)	Total por especialidad
Falla Cardíaca, Hipertensión Pulmonar y Cardiomiopatías	2	11	49	62
Prevención	0	3	14	17
Tópicos Especiales / Otros	8	27	7	42
Arritmias	1	0	3	4
Enfermedad Valvular	0	2	6	8
Cirugía Cardiovascular	13	13	12	38
Enfermedad Coronaria	4	15	18	37
Cardiología de la Mujer	1	0	4	5
Cardiología Pediátrica	4	3	13	20
Total general	**33**	**74**	**126**	**233**

Si revisamos la contabilización por la clase de trabajos admitidos, tenemos la siguiente distribución:

	Comunicaciones orales	ePosters (poster electrónico)	Posters físicos (poster impreso)
Falla Cardíaca, Hipertensión Pulmonar y Cardiomiopatías	28	34	62
Prevención	17	0	17
Tópicos Especiales / Otros	19	23	42
Arritmias	4	0	4
Enfermedad Valvular	1	7	8
Cirugía Cardiovascular	15	23	38
Enfermedad Coronaria	13	24	37
Cardiología de la Mujer	5	0	5
Cardiología Pediátrica	10	10	20
Total general	**112**	**121**	**233**

El hecho de que 112 de 233, más del 48%, sean trabajos originales o libres, demuestra que los caminos de investigación van por muy diversas rutas y que el crecimiento y la búsqueda no se detienen. La evaluación metodológica de los trabajos nos ha dejado muy satisfechos, pues, de acuerdo con el dictamen general, la calidad metodológica resalta una constante e importante alza. La calidad y la madurez con que han sido escritos los resúmenes demuestran la importancia que se le está dando a esta clase de procesos, pero también el cuidado y profesionalismo por parte de los autores para que, desde este apartado de cada investigación, se puedan apreciar los elementos más importantes de la metodología utilizada.

Del total de trabajos finalmente admitidos, se seleccionaron 33 para ser expuestos de manera oral durante el Congreso. Quienes no completaron su registro fueron retirados.

No podemos dejar a un lado la presentación de 121 casos clínicos (52%), experiencias puntuales que suman a la experiencia y al conocimiento de nuestra comunidad, pues permiten observar elementos que seguramente contribuirán a nuevas investigaciones que profundicen en los casos exitosos y que, en otros casos, permitan detectar elementos para mejorar. La contribución de todos ellos se nota no solo en la calidad de los equipos conformados, sino en los avances y en las propuestas que abren nuevos caminos de investigación futura.

Con más de 800 autores en registro, vemos que la senda construida por nuestra Sociedad sigue creciendo y la invitación está abierta a todos los profesionales de medicina para que unamos nuestros esfuerzos y hagamos parte de las iniciativas creadas por la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, de forma que, con todos estos esfuerzos sumados, continuemos construyendo y creando nuevas herramientas que nos permitan enfrentar los desafíos de las enfermedades cardiovasculares con mayor conocimiento y compartiendo experiencias, buscando siempre el beneficio de nuestros pacientes y la mejor oferta educativa continuada en cuanto a cardiología en Colombia, en toda Latinoamérica y en el mundo.

¡Nos vemos en Cartagena!

Revista Colombiana de
Cardiología

Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR

ÍNDICE DE PRESENTACIONES DE CASOS CLÍNICOS

CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

1 Angioplastia y stent coronario bioabsorbible en estenosis crítica del tronco coronario izquierdo post-corrección de ALCAPA en paciente escolar: Una estrategia de intervencionismo pediátrico de alta complejidad.
Olga Cecilia Maza Caneva; Susana Margarita Villanueva Arteta; Rafael René Medina Lucero; Luis Eduardo Arteta Bonett; María José Poveda Guzmán

2 Atresia tricúspidea con transposición de grandes vasos: desafío diagnóstico y terapéutico en el recién nacido
Sonia Del Pilar Muñoz Guerrero; Santiago Recalde Palacios; Luis Eduardo Arteta Bonett; María Víctoria Salgado Pérez

3 Insuficiencia valvular auriculoventricular severa en paciente con fenotipo compatible con síndrome de Marfan neonatal: presentación de un caso fatal
Olga Cecilia Maza Caneva; Alexandra Xilena Rojas Núñez; Rafael Enrique Forero Restrepo; Katiuska Molina Pacheco

4 Miocardiopatia dilatada en un lactante menor con variante en gen MYBPC3
Olga Cecilia Maza Caneva; Soraya Terán; Andrea Restrepo; Susana Margarita Villanueva Arteta; Yorlenis Palacio

5 Miocarditis eosinofílica aguda en el debut de una leucemia linfoblástica B en pediatría.
Jessie Alejandro Paba Zarante; Andrea Eloísa Ruiz Quintero; Gabriel Vergara Vergara; Angel Castro Dager

6 Primer implante exitoso de marcapasos transcatéter sin cables en paciente pediátrico con cardiopatía congénita corregida en Latinoamérica, Reporte de un caso y revisión de la literatura
Lynda Juliana Henao Torres; Alvaro Enrique Arenas Auli

7 ¿Son las obstrucciones subaórticas susceptibles de tratamiento endovascular? Reporte de caso
Ana María Aristizábal Bolaños; Luz Elena Arbeláez Correa; Yazmin Karina Arroyo Nisperuza

8 Tromboendarterectomia pulmonar en paciente pediátrico: un desafío superado.
Valeria Ramírez Jaramillo; Albert Franz Guerrero Becerra; Andrés Felipe Rubio Duarte; Diego Humberto Márquez Bohórquez; Claudia Ximena Flórez Rodríguez; Iván Alexander Pinto Martínez

9 Uso de Stent Reabsorbible en la Corrección de Coartación de Aorta en Neonatos: Serie de casos.
Antonio José Madrid Pinilla; Ernesto León Vallejo Mondragón; Guiselle Alexandra Cristancho Olaya; Paola Andrea Angel Ruiz; Angie Paola García Guevara; José Fernando Gómez Urrego

10 Valvulopatía mitral y tricúspidea progresiva en síndrome de Marfan con aurícula izquierda gigante: a propósito de un caso pediátrico.
Andrea Dávila Ruales; Sergio Andrés González Butrón; Sergio Andrés Romero Seguro; Juan Roberto Donado Perna

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

11 Anemia de células falciformes e hipertensión pulmonar tromboembólica crónica llevado a tromboendarterectomía pulmonar. A propósito de un caso.
Gabriel Antonio Oliver Hernández; Alvaro José Oliver Espinosa; Francisco Hernándo Santos Calderón; Darío Andrade

12 Aneurisma Gigante de coronaria derecha roto: a propósito de un caso.
Rafael González; Lorena Montes Villalobos; Zaida Piraquive Cuadrado; Jaime Alberto Arroyo Sepúlveda; Eric E. Vinck; Gustavo Andrés Prieto González

13 Canulación en Vena Cava Inferior como estrategia de circulación extracorpórea en un paciente con tumor infiltrante a aurícula derecha. Un reporte de caso
Edgar Giovanny Ríos Dueñas; Juan Sebastián Martínez; Pablo Sandoval Trujillo

14 Características Sociodemográficas, Clínicas y Resultados Quirúrgicos en Pacientes Adultos con Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST Llevados a Cirugía de Revascularización Miocárdica on-pump v. off-pump entre los años 2006 - 2024 en un
Edgar Giovanny Ríos Dueñas; Juan Sebastián Martínez; Jonathan Levy Pascal Fischbach; Manuela RojasHerrera; Ana Sofía Trujillo Henao

15 Cirugía híbrida en quirófano no híbrido, para el manejo de aneurisma roto de aorta torácica con afectación multisegmentaria: Thoraflex + stent graft endovascular
Juan Camilo Rendón Isaza; Elianny Cedano Agramonte; Juan Gonzalo Muñoz; Natalia Guzmán Arango; Maribel Ocampo Muñoz; Jessica Estefanía Morales Zúñiga

16 Comunicación interauricular tipo seno venoso superior y drenaje venoso pulmonar anómalo parcial asociado. Reporte de caso.
Juan Miguel Mantilla Zambrano; José Leónidas Olaya Forero; Veronique Lárez; Expedito Badillo Ayala; Steven Vergara Angulo; Alvaro Gallego Ojeda; Cristian Camilo Páez Cancelado; Catalina Rojas Reyes; Tatiana Castañeda

17 Del diagnóstico multimodal a la intervención: revascularización quirúrgica en un adulto joven con origen anómalo de la arteria coronaria derecha.
Camilo Hernández; Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; Keiner Tatis; Laura Víctoria Mendoza Montenegro; Gilberto Estrada; Federico Núñez; Oscar Sánchez; Willian Ríos; Juan Fernando Parra Correa

18 Desenlaces asociados a la intervención aislada sobre la válvula tricúspide
Nicolás Núñez; Carlos Andrés Villa Hincapié; Tomás Chalela; Carlos Obando; Julián Senosiain; Andrés Felipe Jiménez; Jaime Camacho; Néstor Sandoval

19 ECMO como manejo postoperatorio en paciente con fisiología univentricular. Un reporte de caso
Edgar Giovanny Ríos Dueñas; Juan Sebastián Martínez; Pablo Sandoval Trujillo

20 Extracción de stent con balón impactado en la descendente anterior proximal, una complicación poco frecuente que requiere manejo urgente
Zaida Piraquive Cuadrado; Lorena Montes Villalobos; Beatriz Adriána Mantilla Pérez; Rafael Esteban González Vesga; Eric E. Vinck; Jaime Alberto Arroyo Sepúlveda; Gustavo Andrés Prieto González

21 Marcadores tomográficos de alto riesgo en el origen aórtico anómalo de coronarias
Hermes Luis Oñate Rosado; Germán Ricardo Molina Marroquín; Javier Darío Maldonado Escalante; Carlos Andrés Arias Barrera; Sergio Felipe Gómez Olarte; Juan Andrés Sarmiento; Vanessa Paola Lambraño de la Ossa; Ingrid Carolina Rojas Chaverra

22 Miectomía septal y revascularización en joven con cardiomiopatía hipertrófica obstructiva y puente miocárdico con enfermedad coronaria: el reto de tres patologías concomitantes
Jonathan Díaz Jurado; Juan Pablo Estrada Amaya; Juan Pablo Cárdenas Gutiérrez; Paula Andrea Quiroga Ramírez; Diego Salas Márquez

23 Mixoma auricular izquierdo gigante como causa de estenosis mitral funcional
Estefany Carolina Arcila Daza; Diana Vargas Vergara; Andrés Mauricio Bermúdez Daza; Hamlet Daniel Molina Contreras

24 Postoperative Delirium after Complex Aortic Dissection Repair in Young Patients: Integrative Neuroprotective and Anesthetic Perspectives
Sergio Felipe Gómez Olarte; Miguel Rodríguez Cuadrado; Germán Sánchez Collazos; Juan Andrés Sarmiento; Isabel Montero Gómez; Juan David Acosta

25 Presentación infrecuente de una condición inusual: sarcoma sinovial primario cardiaco, desafíos de la resección quirúrgica incompleta
Juan David Salazar Ospina; Luis Felipe Aguirre García; Alejandro Pineda Isaza; Santiago Castaño Quintero; Alberto Hernández Suárez; Sebastián López Velásquez

26 Reparación tricuspídea por lesión valvular derecha secundaria a trauma penetrante precordial
Jaime Alberto Arroyo Sepúlveda; Rafael Esteban González Vesga; Eric E. Vinck; Zaida Piraquive Cuadrado; Lorena Montes Villalobos; Gustavo Andrés Prieto González

27 Reporte de caso: Cirugía cardiovascular en ambientes violentos, fistula aorta – pulmonar por herida con arma cortopunzante.
Oscar Iván Sosa Cubillos; Edgar Giovanny Ríos Dueñas; Silvia Juliana Abello Rosas; Elizabeth Nhorella Velásquez Serrano; Jimmy Andrés Riaño Cuastumal

28 Revascularización miocárdica en mujer joven con infarto multivaso y Lp(a) elevada
Marcial Trillos Criado; Nereyda Useche Correa; Elías David Ferreira Herrera; Luis Gabriel Giraldo Barrios; Lorena Lucía Gastelbondo Vergara; Carlos Eduardo Gómez Cerro

29 Síndrome aórtico agudo Stanford A en paciente con esternotomía previa: Un desafío clínico y quirúrgico
Marietta Juan Guardela; Luis Enrique Calderón Castellón; José Andrés Santacruz Arias; Adriána Paola Redondo Rada; Antonio José Oyola Yepes; Luis Alejandro Díaz Rosales; José Guillermo Bermejo Bovea; Marcial Trillos Criado

30 Técnicas de reimplantación de botones coronarios en Jatene
Edgar Giovanny Ríos Dueñas; Laura Romero Guerra; Daniela Carolina Ramos Clavijo; Maríana Sánchez Zapata

31 Trasplante cardíaco ortotópico combinado con reconstrucción de la aorta ascendente y del cayado en disección tipo A extensa: un desafío quirúrgico excepcional en un solo acto operatorio.
Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; Laura Víctoria Mendoza Montenegro; Angela Roa; José Bohórquez; Andrés Torres; Mónica Hernández; Viviana Poveda; Oscar Gálvez; Marcela Poveda; Federico Núñez; Oscar Sánchez; William Ríos; Juan Fernando Parra Correa; Silvia Martínez

32 Trompa de elefante congelada para tratamiento definitivo de un divertículo de Kommerell y síndrome aórtico agudo
Diego Peña; Diana Marcela López Aragón; Sergio Andrés Romero Serrano; Juan David Jaramillo; Andrés David Díaz

ENFERMEDAD CORONARIA

33 Aneurismas coronarios gigantes con trombosis recurrente y síndrome coronario agudo
Juan Carlos Duarte Vásquez; Daniel Duque Restrepo; Melissa Bustamante Duque; María Paulina Villa Saldarriaga; Diego Mauricio Vanegas Cardona; Giovana Alejandra Solano Villamarín

34 Aneurismas coronarios y vasculitis de grandes vasos: el lado inflamatorio del síndrome coronario agudo.
Samuel Andrés Barreto De La Hoz; José Guerra Ayola; Elisa Arroyo Tobón; Carlos De la Peña Pérez; Paula Parra Sánchez; Johan Prada Cubillos

35 Angioplastia guiada por IVUS en oclusión trombótica y calcificación severa de la descendente anterior
Samuel Andrés Barreto De La Hoz; Elías David Ferreira Herrera; Luis Gabriel Giraldo Barrios; Nicolle Gabriela Garizao Molinares; Maríana Patricia Carmona Ramos

36 Angioplastia guiada por IVUS en paciente con ERC avanzada y revascularización coronaria previa
Samuel Andrés Barreto De La Hoz; Luis Gabriel Giraldo Barrios; Elías David Ferreira Herrera; Salomé Andrade Romero; Liseth Carolina Gómez Vanstrahlen

37 Arteria circunfleja con origen anómalo único desde ostium derecho como causa de isquemia; una condición extremadamente rara pero fascinante.
Nadia María Sabbag Chalela; Francisco Sebastián Terán Ibarra; Jorge Dib Mor Dale; Carlos Andrés Carvajal Tascón; Andrés Felipe Martínez López; Karen Sofía Morales; Carlos Andrés Sánchez Vallejo; Manuel Alvarez Gaviria

38 Arteriografía coronaria no diagnostica en infarto ST: siempre imagen intracoronaria.
Mateo Aranzazu Uribe; Cristhian Felipe Ramírez Ramos; María Camila Rojas Rubiano; Daniel Rendón Hincapié

39 Arteritis de Takayasu tipo IV con afectación coronaria total manejada con cirugía de revascularización: Reporte de caso
Camilo Agámez Blanco; Maripaz Bermúdez Posada; Leman Alcides Corpus Rodríguez

40 Cuando el nodo no era el problema: una causa corregible de disfunción sinusal en paciente joven
Daniela Orozco González; Mateo Mejía Zuluaga; Ricardo Arango Moreno

41 Estado protrombótico para neoplásico y síndrome coronario agudo: Cuando el corazón revela el tumor.
Diana Vargas Vergara; Orlando Zabaleta Taboada; Leónardo Mier Martínez; Hamlet Molina Contreras

42 Hemorragia alveolar secundaria a trombólisis con tenecteplase en paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del ST
Juan Sebastián Montejo Pino; José Bacca Arcos; Daniel Isaza Restrepo

43 Imagen intracoronaria como guía en intervención percutánea de puentes safeno, reporte de caso
Cristhian Felipe Ramírez Ramos; Mateo Aranzazu Uribe; María Camila Rojas Rubiano; Daniel Rendón Hincapié

44 Infarto agudo del miocardio con patrón electrocardiográfico tipo "Bandera de Sudáfrica": expresión de oclusión miocárdica anterolateral y transición conceptual a OMI
Juan Sebastián Rodríguez Zakzuk; Valentín Hernández Galeano; Nelson Moreno Ruiz

45 Las vicisitudes de la soledad: Arteria coronaria única, una causa rara de dolor torácico potencialmente mortal. Reporte de dos casos.
Andrés Felipe Martínez López; Francisco Sebastián Terán Ibarra; Gabriel Santiago Rodríguez; Florina Llain; Luis Carlos Bernal Mejía; Jorge Dib Mor Dale; Carlos Andrés Carvajal Tascón; Manuel Alvarez Gaviria

46 Más allá de la placa: Infarto agudo de miocardio secundario a un aneurisma coronario
Cristian Orlando Porras Bueno; Emilio José Juan Guardela; Diego Alejandro Ortega Gómez; Diego Armando Pérez Covo; César Augusto Balaguera Becerra; Miguel Angel Zuleta Ovalle

47 Origen y trayecto anómalo de la arteria circunfleja diagnosticado por ecocardiografía transtorácica en un paciente adulto: utilidad del signo de RAC.
Adrián Bolívar Mejía; Pina Isabel Múnera Muñoz; Luisa María Cardona; Isabella Cortés López

48 Progresión de la enfermedad coronaria, lecciones de la imagen intracoronaria
Mateo Aranzazu Uribe; Cristhian Felipe Ramírez Ramos; María Camila Rojas Rubiano; Daniel Rendón Hincapié

49 Ruptura de la pared libre del ventrículo derecho como complicación inusual de un síndrome coronario agudo
Ingrid Lizeth Casallas Angel; Juan David Rojas; Santiago Uribe Pedraza; Nelson Giovanny León León; Marisol Carreño Jaimes

50 Ruptura del septo interventricular como complicación mecánica en infarto agudo de miocardio: A propósito de un caso
Juan Santiago Serna Trejos; Sebastián Morales Londoño; María Alejandra Londoño Osorio

51 Síncope como manifestación inicial del origen anómalo de la coronaria derecha: Reporte de caso.
Claudia Jaramillo Villegas; Miguel Alfonso Sánchez Barbosa; Gabriela Salcedo Perdomo; Laura Sofía Cárdenas Beltrán; Negireth Angell Paker Neva; Dariel Stiven Rojas Cumaco

52 Takotsubo invertido: Un caso atípico de la Miocardiopatía por Estrés
Daniel Alexander Contreras Duarte; Camila Andrea Parra Rincón; Javier Ricardo Beltrán Bohórquez; Edwin Olivo Cano Organista

53 Trombosis coronaria aguda simultánea en dos vasos debutando con paro cardíaco: Un reto en hemodinamia
Cristian Orlando Porras Bueno; César Augusto Balaguera Becerra; Diego Alejandro Ortega Gómez; Diego Armando Pérez Covo; Emilio José Juan Guardela; Diego José Ardila Ardila; Miguel Angel Zuleta Ovalle

54 Trombosis del stent en centros sin ICP: Que debemos hacer desde la perspectiva de un caso clínico?
Jefferson Daniel González Torrealba; José Guillermo Ledezma Pérez; Marwan Michaell Chlaiwit Marín

55 Utilidad de la tomografía de coherencia óptima en un paciente jóven con infarto con elevación del ST sin lesiones coronarias angiográficamente significativas.
Laura Fernanda Gilón Córdoba; Jhonattan Benavides Plazas; Edgar Fernando Hurtado Ordóñez; Hugo Oswaldo Alvarado Mora; Diana Bohórquez

56 ¿Ya sabemos cómo tratarlo? Ectasia coronaria severa multivaso, una causa infrecuente de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en paciente joven. Reporte de caso.
Francisco Sebastián Terán Ibarra; Andrés Felipe Martínez; Adolfo Alejandro Montenegro Charry; Elkin Manuel Chaparro Flechas; David Hamon; Rafael Melo; Carlos Andrés Carvajal Tascón; Jorge Dib Mor Dale

ENFERMEDAD VALVULAR

57 Aneurisma micótico pulmonar y hemoptisis amenazante, el caso de una endocarditis por dispositivo
Adriána Torres; Laura Peña; Maríana Gutiérrez; Daniel Palacios; Miguel Angel Zuleta Ovalle

58 Anomalías congénitas de la válvula aórtica: presentación de dos casos clínicos.
Carlos Eduardo García Morón; Javier Moreno Cortés; Vanessa Paola Lambraño De la Ossa

59 Endocarditis Infecciosa por Kytococcus sedentarius y Neisseria cinérea: un reto diagnóstico y terapéutico
Duván Alejandro Grisales cano; Daniel Montoya Roldán

60 Reemplazo valvular tricúspideo transcateter tipo valve-in-Valve en paciente con anomalía de ebstein corregida
Yazmin Karina Arroyo Nisperuza; Mónica Liseth Holguín Barrera; Jhoan Sebastián Roncancio Muñoz

61 Tratamiento endovascular de una oclusión total aguda de arteria coronaria derecha en el postoperatorio inmediato de cirugía de Bentall.
Jhoan Sebastián Roncancio Muñoz; Claudia Viviana Landazábal; María Alejandra Castelblanco Arias; Misael Mora Flórez; Diana Carolina Hernández Pulido

62 Trombosis de senos de valsalva asociado a válvula aórtica autoexpandible manifestada como síndrome coronario agudo.
César Augusto Hernández Chica; Jaime Andrés Parra Puerto; Juanita Velásquez Ospina; Simón Peña Osorno; María Antonia Mesa Maya; Sebastián Naranjo Restrepo

63 Válvula aórtica unicúspide en adulto joven: diagnóstico desafiante y manejo integral
Jonathan Díaz Jurado; Juan Pablo Cárdenas Gutiérrez; Paula Andrea Quiroga Ramírez; Juan Pablo Estrada Amaya

FALLA CARDÍACA, HIPERTENSIÓN PULMONAR Y CARDIOMIOPATÍAS

64 Ablación de taquicardia ventricular y resincronización cardiaca en paciente con cardiopatía dilatada avanzada
Merardo Andrés Vega Báez; Andrés Díaz; Camila Díaz; María Isabel Sánchez Mujica

65 Cardiomiopatía inducida por estimulación ventricular derecha: un diagnóstico subestimado
Ingrid Carolina Rojas Chaverra; Lithey Cristina Poveda Conde; Hermes Luis Oñate Rosado; jeffrey Castellanos Parada; José Alfredo Restrepo Urbina

66 Coincidencia de amiloidosis AL y ATTR en portador de variante TTN con uso de levosimendán: reporte de caso y consideraciones clínicas.
Erwing Arturo Vargas; William Achury Mancera; César Marriaga Zárate; Geraldine Ospina Barrios; María Fernanda Marín Betancourt

67 Complejo ATAK secundario a picadura de himenópteros: Una manifestación simultánea de Síndrome de Kounis y Miocardiopatia de Takotsubo. Reporte de caso
Alvaro José Oliver Espinosa; José Armando Montero Barrios; Genisis Enrique Castiblanco Márquez; Andrés Felipe Lara Salcedo; Gabriel Antonio Oliver Hernández

68 Compresión extrínseca del tronco coronario izquierdo secundaria a dilatación de arteria pulmonar en síndrome de Eisenmenger: reporte de caso
Laura Marcela Rey Gómez; Cristian Henao Niño; Diego Hortúa; Simón Rincón Hernández

69 Cuando la miocarditis no es lupus: cardiomiopatía inducida por uso crónico de cloroquinas
Diego Armando Pérez Covo; María Camila Bernal; Diego Alejandro Ortega Gómez; Cristian Orlando Porras Bueno; Emilio José Juan Guardela; Carlos Hernán Calderón Franco; Edward Andrés Cáceres Méndez; Santiago Bernal Macias; Alejandro Mariño Correa

70 De la vasoreactividad a la resistencia: evolución hemodinámica de la hipertensión arterial pulmonar pediátrica asociada a mutación KCNK3: Reporte de caso.
Sergio Andrés Romero Seguro; Margarita María Zapata Sánchez

71 Dos manifestaciones atípicas de la miocardiopatía por estrés: Bloqueo auriculoventricular completo y fenotipo hipertrófico apical. Reporte de caso
José Jovany Puentes Castrillón; Fernando Andrés Rada; Massiel Karina Cañavera Gómez; Marco Antonio Chacón Guerra

72 Endocarditis bacteriana en "Valve in Valve pulmonar". Paciente con cardiopatía congénita compleja.
Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; Angela Roa; Andrés Torres; José Bohórquez; Mónica Hernández; Viviana Poveda; Oscar Gálvez; Claudia Jaramillo Villegas; Juan Pablo Osorio; Federico Núñez; Oscar Sánchez; Edgar Fernando Hurtado Ordóñez

73 Enfermedad cardiaca carcinoide con insuficiencia cardiaca avanzada de predominio derecho y crisis carcinoide.
Laura Víctoria Mendoza Montenegro; Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; Julián Romero; Camilo Hernández; Jaime A. Rodríguez; Claudia Jaramillo Villegas; Efraín Gómez; Oscar Medina

74 Entre latidos y genes: una historia que se repite
María Paulina Villa Saldarriaga; Melissa Bustamante Duque; Margarita María Zapata Sánchez; Clara Inés Saldarriaga Giraldo; Andrés Felipe Barragán Amado

75 Falla cardíaca aguda de alto gasto secundaria a fístula arteriovenosa femoral traumática en paciente joven.
Juan Sebastián Rodríguez Zakzuk; Carlos Alberto Fuentes Pérez

76 Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida secundaria a ATTRv por variante patogénica del gen pV142I
José P López López; David Mateo Sequea Meneses; Gabriela Ruiz Uribe; Joséph Sebastián Sánchez Prada

77 Insuficiencia mitral primaria degenerativa en paciente de muy alto riesgo quirúrgico: reparación borde a borde transcateter con tres clips (MitraClip), una alternativa con buenos resultados clínicos
Laura Víctoria Mendoza Montenegro; Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; Julián Romero; Camilo Hernández; Edgar Fernando Hurtado Ordóñez; Alexander Cely; Claudia Jaramillo Villegas

78 La huella cardiaca de un solvente: un caso para no olvidar
Juan Manuel Martínez Arango; Melissa Bustamante Duque; María Paulina Villa Saldarriaga; Juan Carlos Duarte Vásquez; Daniel Duque Restrepo; Clara Inés Saldarriaga Giraldo

79 Lacticaseibacillus casei: caso de meningitis con endocarditis de válvulas nativas fulminante.
Paula Andrea Quiroga Ramírez; Andrea García Olarte; José Arias Correal; Isabella Díaz Granados; Diego Holguín Riaño; Jairo Pérez Franco

80 Mujer joven embarazada con cardiopatía cianosante compleja: un reporte de caso
Paola Andrea Mera Paredes; Alejandro Narváez Orozco; Edison Muñóz Ortiz; Jesús Velásquez Penago; María José Alzate

81 Origen anómalo de la coronaria derecha como causa de disfunción ventricular
Ingrid Carolina Rojas Chaverra; Lithey Cristina Poveda Conde; Hermes Luis Oñate Rosado; Juan David Palomar Avilés; Paula Andrea Cárdenas Marín; Jeffrey Castellanos Parada; Carlos Andrés Arias Barrera

82 Pericarditis y serositis secundaria a dengue: reporte de caso y revisión desde la perspectiva cardio-epidemiológica
Carlos Manuel Restrepo Guette; Juan Camilo García Domínguez; Gabriela Fernández; Juan david López; Valeria Monroy

83 Primer implante de válvula Myval en un homoinjerto pulmonar con doble lesión en paciente pediátrico con Tetralogía de Fallot reparada, en una institución de alta complejidad en Medellín, Colombia: Reporte de un caso.
Sergio Andrés González Butrón; Andrea Dávila Ruales; Rafael Lince Varela; Guillermo José Aristizábal Villa; Sergio Andrés Romero Seguro

84 Rechazo agudo en trasplante cardiaco con seroconversión por VIH durante la lista de espera y tuberculosis activa: un desafío multidisciplinario
Diego Armando Pérez Covo; Diego Alejandro Ortega Gómez; Alejandro Mariño Correa; Edward Andrés Cáceres Méndez; Miguel Alvarez Mejía; María Alejandra Robledo Gómez

85 Rechazo mediado por anticuerpos asociado a rechazo celular en trasplante cardiaco, la importancia de la sospecha clínica y el soporte multidisciplinario.
Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; Efraín Gómez; Oscar Gálvez; Angela Roa; Mónica Hernández; José Bohórquez; Viviana Poveda; Andrés Torres; Laura Víctoria Mendoza Montenegro; Claudia Jaramillo Villegas; Marcela Poveda; Carlos Orozco

86 Reparación transcatéter borde a borde como puente a trasplante en insuficiencia mitral severa y falla cardíaca avanzada: Reporte de caso
Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; Danna Lucia Calderón Medina; Sergio Daniel Montalvo León

87 Síndrome aórtico agudo con hematoma intramural en paciente adulta mayor con doble cayado aórtico: un hallazgo anatómico excepcional con implicaciones hemodinámicas
Carlos Manuel Restrepo Guette; Juan Camilo García Domínguez; Brandon De La Hoz Ariza; María paula Avila; Orlando González; Rafael Libardo Ferrer Arrieta

88 Síndrome coronario con dos vasos culpables en un infarto con elevación del ST y shock cardiogénico: un desafío terapéutico
Samuel Andrés Barreto De La Hoz; Omar Enrique Castilla Romero; Luis Enrique Calderón Castellón; José Andrés Santacruz Arias; Rafael Andrés Tous Bertel; Natalia Perilla Hernández; Eduard Pérez Anibal; Antonio José Oyola Yepes

89 Taponamiento Cardiaco por Derrame Pericardico Masivo , Síndrome Down y Tiroiditis de Hashimoto. Triada Inusual. Reporte de Caso
Alvaro José Oliver Espinosa; Sterling Johana Hernández García; José Armando Montero Barrios; Genisis Enrique Castiblanco Márquez; Gabriel Antonio Oliver Hernández

90 Titulación de ventilación mecánica no invasiva guiada por ecografía pulmonar en edema cardiogénico: serie de casos
Leónardo Arzayus Patiño; José Luis Estela Zape; Diego Fernando Muñoz Escudero; Henry Mauricio Parada Gereda; Luis Alexander Peña López; María Angélica Rodríguez Scarpetta

91 Tormenta Inmune en el Injerto Cardíaco: Manejo Escalonado de Rechazo Celular y Humoral
Nicolás Rodríguez Medina; Carlos Caldeon; Angel Alberto García Peña; Edward Andrés Cáceres Méndez; Alejandro Mariño Correa; Rodrigo Castro Paris; Ana Sofía Trujillo Henao; Anderson Mesa

92 Tronco arterioso común no reparado diagnosticado en la adultez: reporte de caso
Gustavo Adolfo Castilla Agudelo; Luisa María Parra Rodas

93 Un caso de "overlap" ¿Amiloidosis por transtirretina o gammapatía monoclonal de significado incierto?
Juanita Velásquez Ospina; María Antonia Mesa Maya; Sebastián Naranjo Restrepo; Simón Peña Osorno; María Catalina González Betancur; Sebastián Cañas López

94 Un caso inusual de insuficiencia cardíaca por cardiopatía dilatada secundaria a cardiotoxicidad por antraciclinas y doble lesión aórtica en un paciente joven con aorta bivalva
Emilio José Juan Guardela; José Enrique Cita Pardo; Angel Alberto García Peña; Diego Alejandro Ortega Gómez; Diego Armando Pérez Covo

95 Una causa infrecuente de disnea en un paciente joven: hipertensión pulmonar transitoria no tromboembólica
Karen Lorena Rangel Rivera; Diego Alejandro Rangel Rivera; Juan Felipe Vásquez Rodríguez; Gustavo Lemus Barrios; Gabriel Salazar Castro

96 Uso de la tomografía de coherencia óptica como herramienta clave en el diagnóstico y optimización del tratamiento del infarto agudo de miocardio en un paciente joven: a propósito de un caso
Samuel Andrés Barreto De La Hoz; Leman Alcides Corpus Rodríguez; José David Sáenz López; Elloth Ernesto Támara Contreras; Rafael Andrés Tous Bertel; Valeria Sofía Almeida Bustillo

97 Utilidad de la medición de la reserva fraccional de flujo (FFR) en la evaluación de estenosis de ostium coronario posterior a cirugía de Ross en paciente pediátrico. Reporte de un caso.
Jhoan Sebastián Roncancio Muñoz; Yazmin Karina Arroyo Nisperuza; Luz Elena Arbeláez Correa; Claudia Viviana Landazábal

TÓPICOS ESPECIALES / OTROS

98 Abordaje percutáneo retrógrado de una comunicación interventricular residual en Tetralogía de Fallot reparada: solución exitosa de un caso complejo
Sergio Andrés Romero Seguro; Luz Adriána Ocampo Aristizábal; Margarita María Zapata Sánchez; Rafael Lince Varela; Guillermo José Aristizábal Villa; Andrea Dávila Ruales; Sergio Andrés González Butrón

99 Agenesia bilateral de la vena cava superior, hallazgo incidental en un paciente con ACV: Reporte de Caso
María Alejandra Cardona Rapalino; Gabriela Esther Arango Hernández; César Luis Bustillo Reyes; Liliana Margarita Caicedo Jinete; Daniela Camacho Pérez; Dalia Inés Villadiego Morales; Elías David Ferreira Herrera; Dacia Isabel Malambo García; Leman Alcides Corpus Rodríguez

100 Angina por compresión coronaria dinámica en un puente intramiocárdico largo y profundo.
María Paulina Villa Saldarriaga; Melissa Bustamante Duque; Elianny Cedano Agramonte; Natalia Guzmán Arango; José Julián Escobar Matallana; Clara Inés Saldarriaga Giraldo; Carlos Arturo Martínez Cano

101 Cardiotoxicidad por 5-Fluorouracilo en pacientes con cáncer de colon: serie de casos y análisis de factores de riesgo cardiovascular
Azucena Martínez Caballero; Angel Moreno; Laura Peña; Valentína Moreno; Adriána Grisela Torres Navas

102 Cuando el corazón se disfraza: entre válvulas, arterias y emociones
Alejandro Echavarría Cross; María José Orrego Garay; Sebastián Naranjo Restrepo; Juanita Velásquez Ospina; Simón Peña Osorno

103 Cuando la inflamación imita al infarto: una presentación engañosa de elevación del segmento ST
Melissa Bustamante Duque; María Paulina Villa Saldarriaga; Neil Smith Pertuz Charris; Felipe Lozano Pineda

104 Del seguimiento a la indicación quirúrgica: evolución de aneurisma de aorta ascendente familiar.
Hugo Juan Palacio Pineda; María de los Angeles Vélez Verbel; Shally Shaidy Fuentes Pinto; Gabriel Andrés Vega Castiblanco; Jannes Buelvas Herazo; Miguel Alberto Urina Triana; Manuel Eliseo Urina Triana

105 Diagnóstico diferencial de masa mediastinal en el embarazo: de quiste pericárdico a teratoma.
Vanessa Paola Lambraño De la Ossa; Ingrid Carolina Rojas Chaverra; José Medardo Rozo VanStrahlen; Jairo Acuña Olmos; Paola Andrea Acuña Turbay; Jesús Cotes Millán

106 Dilatado en el tiempo: Aneurisma fusiforme severo de la raíz y aorta ascendente
Vanessa Paola Lambraño De la Ossa; Jaime Andrés Nieto Zárate; Hermes Luis Oñate Rosado; Susan Julieth Flórez Rubio

107 Endoftalmitis fúngica por Aspergillus terreus en un receptor de trasplante cardíaco: un reto diagnóstico y terapéutico
Alejandra Jaramillo Pulgarin; Carlos Andrés Mejía Gómez; Frank Douglas Cañón Estrada; Fernando Rosso; Juan David López Ponce de León

108 Mixoma auricular asociado a dispositivo de cierre interauricular percutáneo: primer reporte en Colombia.
Camilo Andrés Moreno Navarro; Isabella Montealegre González; Camilo Montes López; María Fernanda Mazo; Alex Enrique Pava Ripoll; Andrés Ramos Piedrahita

109 Pericarditis aguda como manifestación clínica de sarcoidosis atípica: reporte de un caso.
Juan Carlos De lima Vides; Andrés David Ibarra

110 Pericarditis constrictiva tuberculosa con choque mixto fatal: reporte de caso
Juan Pablo Cárdenas Gutiérrez; Jonathan Díaz Jurado; Paula Andrea Quiroga Ramírez; Juan Pablo Estrada Amaya

111 Remisión completa de migraña refractaria tras cierre percutáneo de foramen oval permeable por un accidente isquémico transitorio: una doble prevención secundaria.
Adrián Bolívar Mejía; Isabella Cortés López; Pina Isabel Múnera Muñoz; Luisa María Cardona

112 Situs inversus totalis, un reto quirúrgico para colocación de resincronizador epicárdico: un reporte de caso
Juan Andrés Sarmiento Gallego; Sergio Felipe Gómez Olarte; Natalia Johnson Arciniegas; Alvaro Flechas; Kevin Maldonado Cañón; Juan David Acosta; Javier Darío Maldonado

113 Técnica IVUS en arteriografía coronaria en paciente alérgico: La utilidad diagnóstica de la imagen
Samuel Andrés Barreto De La Hoz; Rafael Andrés Tous Bertel; Luis Enrique Calderón Castellón; Omar Enrique Castilla Romero; Natalia Perilla Hernández; Sebastián Anselmo Rodríguez Chaparro; José David Sáenz López; Elloth Ernesto Támara Contreras

114 Trombo en tránsito a través del foramen oval y embolismo paradójico. Patología mortal en una paciente de 84 años
Alvaro Hernán Rodríguez Cerón; Diana Patricia Rivera Triana; Enrique Olaya Jiménez

115 Un gigante silencioso en la raíz aórtica
Nicolás Santiago Ortiz Chamorro; María Paulina Villa Saldarriaga; Melissa Bustamante Duque; Mateo Aranzazu Uribe; Daniel Porto Corbacho; Diego Mauricio Vanegas Cardona

116 Una conexión inesperada: quiste pericárdico y neuromielitis óptica. Utilidad de la imagen multimodal. Reporte de caso
Carlos Alberto Fuentes Pérez; Diana Vargas Vergara; Joaquín Antonio Areiza Fonseca; Jesús Alexander Cotes Millán

117 Uso de ecocardiografía transesofágica en el implante de marcapasos sin cables: reporte de caso
Juan Carlos Duarte Vásquez; Luisa Fernanda Durángo Gutiérrez; Juan Fernando Agudelo Uribe; Leónardo Posada Jiménez; Clara Inés Saldarriaga Giraldo

118 Vasculitis ANCA MPO+: Debut con cardiomiopatía dilatada y eventos tromboembólicos en una adolescente
Marlon Adrián Laguado Nieto; María Juliana Reyes Cardona; Jorge Alexander Zambrano Franco; María Camila Bejarano Oliveros; Ana María Burbano López; Wilmer Alejandro Pérez Goyes; Iván Alberto Posso Osorio; Juan David López Ponce de León

119 Vasculitis de Takayasu en pediatría: lecciones de un corazón inflamado con dilatación aórtica

Yineth Peñata Orozco; Francisco De La Hoz Bequis; Yuliney Guerrero Castillo; Tahys Paola Torres; Diana Marcela Oliveros

120 Virus de la inmunodeficiencia humana como factor de riesgo para cursar con infarto agudo del miocardio: Estudio de casos y controles

Juan Alejandro Restrepo Buitrago; Rafael Alfonso Mejía Obregón; Juan Alejandro Pinilla Alarcón; Juan José Pérez Rodríguez; David Rico Hernández; Juan José Pineda Pérez; Esteban Villegas Arbeláez

Revista Colombiana de
Cardiología

Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR

ÍNDICE DE TRABAJOS LIBRES / ORIGINALES

ARRITMIAS

121 Caracterización de los pacientes con sepsis y choque séptico que desarrollaron fibrilación auricular
Alejandro Narváez Orozco; Clara Inés Saldarriaga Giraldo; Paola Andrea Mera Paredes; Maríana Jiménez Arias; Cristian Camilo Agudelo Quintero; María José Robledo Rivera; Violeta Cano Cardona; Melissa Mejía Roldán; Valentína Duque Zuluaga; Camilo López Ocampo; Nicolás Arcila Cano; D

122 Exactitud diagnóstica de algoritmos de inteligencia artificial para la interpretación del ECG en arritmias y cardiomiopatías: revisión sistemática

Carlos Enrique Arenas Molina; Linda Buelvas Vega; Maira Alejandra Amaya Molina; Cristina Paola Flórez Gómez; Juan Sebastián Theran León

123 Inteligencia artificial vs. médicos en el reconocimiento de dispositivos cardíacos electrónicos implantables: ¿Quién lo hace mejor?

Cristian Orlando Porras Bueno; César Augusto Balaguera Becerra; Iván Felipe Manrique Osorio; Emilio José Juan Guardela; Sebastián Moreno Mercado; Laura Fernanda Gilón Córdoba; Daniela Carolina Ramos Clavijo; Federico Matheus Navarro; Edward Andrés Cáceres Méndez; Angel Alberto García

124 Riesgo de arritmias y trastornos de conducción en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas: comparación con población general
María Alejandra Cala Acelas; Juan Sebastián Theran León; Jerson H. Quitián Moreno; Carlos Enrique Arenas Molina; Jaime Alberto Gómez Ayala; Luis Andrés Dulcey Sarmiento; Brian Johnson Acevedo

CARDIOLOGÍA DE LA MUJER

125 Complicaciones del embarazo como ventana de riesgo cardiovascular: metaanálisis de eventos mayores cardiovasculares (Mace) y fenotipos de disfunción cardíaca en la mujer

Marisol Carreño Jaimes; Luis Alberto Arciniegas Torrado

126 Desenlaces mayores maternos y factores asociados a pronóstico en las gestantes con cardiomiopatías y otras cardiopatías secundarias. Un estudio a partir del registro REMEC.
David Aristizábal Colorado; Alejandro Narváez Orozco; Santiago Sierra Castillo; Miguel Bernardo Giraldo Serna; Jairo Alfonso Gándara Ricardo; Edison Muñoz Ortiz

127 Diferencias por sexo en la respuesta a la rehabilitación cardíaca en Colombia: resultados en actividad física y fuerza prensil
Nelson Fernelly González Cetina; Andrea Del Pilar Rivas Plazas; Carlos Andrés Monroy; Giovana Patricia Reyes; Atilio Júnior Ferrebuz Cardozo; Claudia Víctoria Anchique Santos

128 Enfermedad renal crónica y factores de riesgo cardiometabólico en mujeres de una población rural en Ecuador.
Carlos Andrés Avellán Wong; Julio Andrés Franco Vivas; Nilmar del Valle Toro Arvelaiz; Laura Elena Mayo Peña; Marlon Toro Solórzano; Moraima Ibarra Serrano

129 Prevalencia del síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular y endocrina en mujeres de una población rural en Ecuador.
Laura Elena Mayo Peña; Nilmar del Valle Toro Arvelaiz; Julio Andrés Franco Vivas; Carlos Andrés Avellán Wong; Marlon Toro Solórzano; Moraima Ibarra Serrano

CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

130 Anomalía de Ebstein: Resultados quirúrgicos de un centro cardiovascular referente en Colombia.
Juan Miguel Mantilla Zambrano; Expedito Badillo Ayala; José Leónidas Olaya Forero; Veronique Lárez; Alvaro Gallego Ojeda; Steven Vergara Ángulo; Catalina Rojas Reyes; Tatiana Castañeda; Cristian Camilo Páez Cancelado

131 Cardiomiopatía primaria en pediatría: experiencia en Colombia
Andrés David Aranzazu Ceballos; Margarita María Zapata Sánchez; Carolina Baquero; Rafael Correa Velásquez; Eliana Mabel Cañas

132 Experiencia en el manejo de la patología obstructiva del arco aórtico en el servicio de cirugía cardiovascular en un hospital de referencia de Cundinamarca.
Veronique Lárez; Juan Miguel Mantilla Zambrano; José Leónidas Olaya Forero; Expedito Badillo Ayala; Alvaro Gallego Ojeda; Cristian Camilo Páez Cancelado; Steven Vergara Angulo; Catalina Rojas Reyes; Tatiana Castañeda

133 Más allá del peso: experiencia en cierre percutáneo de comunicación interauricular en pacientes pediátricos de bajo peso
Yazmin Karina Arroyo Nisperuza; Ana María Aristizábal Bolaños; Luz Elena Arbeláez Correa

134 Primeros resultados de la implantación percutánea de restrictores de flujo pulmonar en neonatos y lactantes con cardiopatía congénita compleja en un Hospital cardiovascular Soacha, Cundinamarca, Colombia. (Enero 2024 - Octubre 2025)
Yazmin Karina Arroyo Nisperuza; Luz Elena Arbeláez Correa; Ana María Aristizábal Bolaños

135 Resultados a corto y largo plazo tras valvuloplastia pulmonar percutánea con balón en estenosis valvular pulmonar crítica o grave pediátrica: 20 años de experiencia en un centro de referencia cardiovascular en Medellín, Colombia
Andrea Dávila Ruales; Sergio Andrés González Butrón; Guillermo José Aristizábal Villa; Rafael Lince Varela

136 Resultados clínicos y desenlaces ajustados por riesgo en cirugía cardiovascular congénita: experiencia del Hospital San Vicente Fundación
Luisa María Parra Rodas; Sonia Emilsen Morales Echavarría; Ana María Cadavid Betancur

137 Resultados del manejo quirúrgico de pacientes con tetralogía de fallot y atresia pulmonar con comunicación interventricular en el Hospital Infantil San Vicente Fundación de Medellín entre 2017 y 2025
Sonia Morales; Luisa Parra; Ana María Cadavid Betancur

138 Supervivencia a 30 años después de la reparación de Tetralogía de Fallot: abrir la discusión para cerrar la brecha entre Latinoamérica y países de alto ingreso. Metaanálisis global 1980–2025
Martha Cecilia Reyes Casas; Isabella Perna Reyes; Marisol Carreño Jaimes; Luis Alberto Arciniegas Torrado

139 Tendencias quirúrgicas en el tratamiento de las anomalías del origen de las arterias coronarias de la aorta (AAOCA): ¿De regreso al reimplante modificado?
Laura Sánchez; Sara Cifuentes Navarrete; Ivonne Pineda; Nicolás Núñez; Carlos Obando; Julián Senociaín; Carlos Andrés Villa Hincapié; Jaime Camacho; Tomás Chalela; Néstor Sandoval

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

140 Bentall y De Bono en patología de la aorta ascendente: análisis de mortalidad en una cohorte de alto riesgo
Rafael Figueroa Casanova; Juan David Saavedra Henao; Juan Pablo Romero Daza

141 Caracterización clínica, genética y terapéutica de pacientes con síndrome de Marfan: experiencia institucional temprana en un centro de referencia en Colombia
Juliana Hernández Durán; Isabella Casallas Gutiérrez; Deisy Tatiana Pineda Betancur; Julián Senociaín; Carolina Rivera; Carlos Eduardo Guerrero Chalela

142 Cirugía de Tirone David, preservación valvular aórtica en población pediátrica y adulta. Experiencia inicial de un centro referente cardiovascular de Colombia.
Juan Miguel Mantilla Zambrano; Veronique Lárez; José Leónidas Olaya Forero; Expedito Badillo Ayala; Alvaro Gallego Ojeda; Steven Vergara Ángulo; Eva Tatiana Reina Torres; Catalina Rojas Reyes; Tatiana Castañeda; Cristian Camilo Páez Cancelado

143 Eventos Cerebrovasculares Postoperatorios tras Reemplazo Valvular Mitral Aislado o Combinado con Cirugía de Revascularización Miocárdica: Un Análisis Transversal de un Centro Latinoamericano
Javier Darío Maldonado Escalante; Isabel Montero Gómez; Juan José Perdomo Lugo; Sergio Felipe Gómez Olarte; Kevin Maldonado; Natalia Johnson Arciniegas; Juan Andrés Sarmiento; Germán Ricardo Molina Marroquín

144 Experiencia del procedimiento de Ross como alternativa quirúrgica en pacientes con valvulopatía aórtica en el servicio de cirugía cardiovascular en un hospital de referencia de Cundinamarca.
Juan Miguel Mantilla Zambrano; José Leónidas Olaya Forero; Veronique Lárez; Expedito Badillo Ayala; Alvaro Gallego Ojeda; Cristian Camilo Páez Cancelado; Steven Vergara Angulo; Catalina Rojas; Tatiana Castañeda

145 Experiencia en cirugía de arco aórtico con trompa de elefante congelada en un centro de referencia en Bogotá, Colombia, entre 2017 y 2025: una serie de casos
Germán Molina; Juan Pablo Cantor Peralta; Kevin Maldonado Cañón; Javier Darío Maldonado Escalante

146 Historia de la de primera cirugía de Maze para fibrilación auricular en Latinoamérica: Una perspectiva histórica
Pablo Sandoval Trujillo

147 Impacto clínico de un programa de preservación valvular aórtica en un país de ingreso medio; comparación a mediano plazo frente al procedimiento de Bentall.
Rossanna Alejandra Hernández Morales; Antonio Manuel Sierra Molina; Daniel Alejandro Sabogal Ardila; Rafael Esteban González Vesga; Alexandra Hurtado Ortiz; Jaime Alberto Arroyo Sepúlveda; Eric E. Vinck; Lorena Montes Villalobos; Gustavo Andrés Prieto González

148 Impacto de un Centro de Excelencia de Revascularización miocárdica en los resultados clínicos a corto plazo
Lorena Montes Villalobos; Beatriz Adriána Mantilla Pérez; Zaida Piraquive Cuadrado; Rafael Esteban González Vesga; Jaime Alberto Arroyo Sepúlveda; Eric E. Vinck; Gustavo Andrés Prieto González

149 Implementación de un nuevo algoritmo de control hemostático durante la cirugía cardíaca.
Isabel Rodríguez Martín

150 Perfil clínico y mortalidad en la cirugía de revascularización coronaria con fracción de eyección deprimida (<35%)
Rafael Figueroa Casanova; Juan David Saavedra Henao; Juan Pablo Romero Daza

151 Perfil epidemiologico y clinico de tumores cardiacos: experiencia de un centro de cuarto nivel
Edgar Giovanny Ríos Dueñas; Andrés Felipe Camargo; Isabella Alarcón Niño

152 Perfusión guiada por metas tras cirugía congénita: umbrales combinados de ScvO2 >= 65 % y lactato <= 3.5 mmol/L reducen AKI y estancia en UCI. Metaanálisis 2000–2025
Martha Cecilia Reyes Casas; Marisol Carreño Jaimes; Isabella Perna Reyes; Luis Alberto Arciniegas Torrado

153 Prevalencia y factores de riesgo en aparición de arritmias durante el postoperatorio en pacientes con cardiopatías congénitas llevados a corrección durante 2011 al 2021 en el Hospital Universitario San Ignacio

Edgar Giovanny Ríos Dueñas; Laura Daniela García Pérez; Daniela Carolina Ramos Clavijo

154 Procedimiento de Bentall: experiencia y desenlace en un hospital de referencia de Cundinamarca
Juan Miguel Mantilla Zambrano; José Leónidas Olaya Forero; Veronique Lárez; Expedito Badillo Ayala; Steven Vergara Angulo; Alvaro Gallego Ojeda; Cristian Camilo Páez Cancelado; Catalina Rojas Reyes; Tatiana Castañeda

155 Validación institucional de escalas de riesgo preoperatorio en cirugía cardiovascular: desempeño comparativo de EuroSCORE II, Gupta, CARE y SCRJH en una cohorte colombiana
Germán Sánchez Collazos; Luisa Mejía Roa; Sergio Felipe Gómez Olarte; María Ariza Umbacia; Paula Calderón; Iván González; Sara Másmela; Juan Andrés Sarmiento

ENFERMEDAD CORONARIA

156 Caracterización angiográfica del síndrome coronario agudo con equivalentes anginosos
Rafael Guillermo Betancurt Mendoza; Jesús David Bello Simanca; José Alfredo Correa Guerrero; Loraine Quintana Pájaro; Leman Alcides Corpus Rodríguez; Samuel Andrés Barreto De La Hoz; Andrés Felipe Arias Mendoza; Santiago Rafael Quintana Insignares

157 Confirmar el Riesgo, Demostrar la Estabilidad: Desarrollo y Validación de un Modelo Inteligente Multicapa para Predecir Complicaciones y Priorizar Ingreso a UCI en Pacientes con IAMSEST
Juan Felipe Vásquez Rodríguez; Juan Pablo Estrada Amaya; Karen Lorena Rangel Rivera; Ramón Iván Medina Mur; Carolina Paola Idrovo Turbay; Valeria Ramírez Lovera; Nicolás Ariza; Daniel Isaza

158 Determinantes clínicos y paraclínicos de la estancia hospitalaria prolongada en pacientes con síndrome coronario agudo
José María Oritiz Girón; Miguel Pacheco Castro; Nohra Isabel Díaz Contrejo; Francisco Miguel Camargo Assis; Clara Inés Gómez Qiuntero; Ana Peñata Taborda; Karina Pastor Sierra; Lyda Marcela Espitia Pérez

159 Ectasia coronaria y flujo lento: características clínicas y pronóstico a largo plazo en una cohorte colombiana
Diego Alejandro Ortega Gómez; Natalia Portilla Angulo; Merardo Andrés Vega Báez; Adriána Catalina Uscátegui Ruiz; Carlos Calderón García; Diego Armando Pérez Covo; Miguel Alvarez Mejía; Custodio Alberto Ruiz Bedoya; Oscar Daniel Galves Cetina; Paula Giraldo Posada

160 Factores asociados al síndrome post-cuidados intensivos en pacientes atendidos en una unidad de cuidados coronarios del norte de Colombia
Jorge Luis Herrera Herrera; Edinson Oyola López; Yolima Judith Llorente Pérez

161 Fenotipos geriátricos y enfermedad cardiovascular: evidencia poblacional en Colombia.
Diego Armando Pérez Covo; Cristian Orlando Porras Bueno; Diego Alejandro Ortega Gómez; Sofía Rodríguez Urrego; Ana Sofía Trujillo Henao; Andrés Felipe Camargo Abello; Catalina Arbeláez Hoyos; Jacky Fabián Gil Laverde; Edward Andrés Cáceres Méndez; Rodrigo Castro Paris; Angel Alber

162 IAM en mujeres con compromiso de múltiples vasos llevados a coronariografía
David Aristizábal Colorado; Santiago Sierra Castillo; Agustín Galindo; Juan Andrés Muñoz Ordóñez; Norberto Bornancini; Clara Saldarriaga Giraldo

163 Indice de choque modificado como predictor de mortalidad en síndrome coronario agudo
Jesús David Bello Simanca; Rafael Guillermo Betancurt Mendoza; José Alfredo Correa Guerrero; Loraine Quintana Pájaro; Leman Alcides Corpus Rodríguez; Samuel Andrés Barreto De La Hoz; Daniel Andrés Arnedo Pino; Daniela Herrera Martínez; Paula Alejandra Sandoval Páez

164 Indice leucoglucémico como marcador pronóstico de complicaciones cardiovasculares y mortalidad en primer síndrome coronario agudo
Jonathan Andrés Quintero Villamizar; Lina María Vera Cala; Lady Rodríguez Burbano; María Juliana Ardila Mantilla; Sebastián Fernando Flórez Duarte; Boris Eduardo Vesga Angarita

165 Infarto agudo del miocardio en paciente con hipersensibilidad conocida al acido acetil salicilico. Un desafío terapéutico.
Carlos Alberto Fuentes Pérez

166 Más allá del infarto: oportunidades perdidas en prevención de la persona mayor con síndrome coronario agudo
Angie Lucia Méndez Zaraza; Daniel Alberto Villamizar Anaya; Jerson H. Quitián Moreno; Harold Torres Pinzón; Alejandra Villamizar

167 Perfil genético de riesgo y su relación con la complejidad y carga de enfermedad coronaria asociada con mortalidad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2
Germán Camilo Giraldo González; Jheyson Fuentes; Alejandro Montenegro Avila; Nicolás Montoya Velásquez; Juan Esteban Almanza Arcila; Nirida Fernanda Bonilla Santamaría; Juan Esteban López; Samuel Lenis Perdomo; Andrés Mauricio García Cuevas

168 Tendencias globales de investigación sobre lipoproteína(a) y riesgo cardiovascular: análisis bibliométrico 2014–2025
Daniel Alejandro Rodríguez Cruz; Alexander Alemán Castellanos; Nicolás Montoya Velásquez; Alejandro Muñoz Ramírez; Isabella Guzmán Aristizábal; Germán Camilo Giraldo González; Andrés Mauricio García Cuevas

ENFERMEDAD VALVULAR

169 Efectividad comparativa de la reparación percutánea de la válvula mitral, la cirugía y la terapia médica en pacientes con insuficiencia mitral: un metaanálisis en red
Nelson Murillo; José Alejandro Gasca Insuasti; Luis Enrique Cueva Cañola; Mario César Torres Chávez; Amiel Armando Aragón Cortés; Adolfo Calderón Fernández; Arantza Lizbeth García Loera; Luis Alejandro Pech Burgos; Luz Camila Choque Ayala; Luis Giovanni Rojas Téllez

FALLA CARDÍACA, HIPERTENSIÓN PULMONAR Y CARDIOMIOPATÍAS

170 Autocuidado en insuficiencia cardíaca: impacto en la hospitalización y mortalidad. Una revisión sistemática y metaanálisis

Luisa Yaneth Cristancho Zambrano; Angie C. Mendoza Quiñónez; Lyda Z. Rojas; Víctor Herrera

171 Biomarcadores cardio-renales y su relación con el strain longitudinal global medido con speckle tracking en cardiomiopatía chagásica: de la mecánica ventricular a los marcadores séricos.
Luis Eduardo Echeverría Correa; Angie Yarlady Serrano García; Lyda Z. Rojas; Sergio A. Gómez Ochoa

172 Bisoprolol vs. Carvedilol en insufciencia cardiaca: impacto en clase funcional
Jorge Luis Jara Valderrama; Karla Xiomara Cenas Rodríguez; Amira Alexandra Amayo Rodas; Flor de María Gutiérrez Asmat; Astrid Nohely Sandoval Castro; Gustavo Sebastián Barrantes Castro; Christopper Stewart Silva Oblitas; Akemy Alejandra Sifuentes Orbegoso; Gean Paul Germány Aguilar

173 Bisoprolol vs. carvedilol: Comparación del impacto en insuficiencia cardiaca derecha tratada con levosimendán
Jorge Luis Jara Valderrama; Amira Alexandra Amayo Rodas; Karla Xiomara Cenas Rodríguez; Sara Melina Díaz Rodríguez; Cruz Cherre Carlos Dangerwell; Astrid Nohely Sandoval Castro; Gustavo Sebastián Barrantes Castro; Christopper Stewart Silva Oblitas; Akemy Alejandra Sifuentes Orbegoso

174 Características y desenlaces clínicos en pacientes con falla cardíaca crónica descompensada en un hospital de tercer nivel de Pasto, Nariño (2019–2023).
Simón Darío Madroñero Muñoz; Juan Sebastián Acosta Cardozo; José Leónel Zambrano Urbano; Julie Andrea Benavides Melo; Nasly Violedi Ipia Ordóñez

175 Caracterización clínica y desenlaces de una cohorte de pacientes con cardiomiopatía chagásica portadores de dispositivos cardíacos implantables
Carlos Hernán Calderón Franco; David Alberto Ocampo Gómez; Claudia Jaramillo Villegas; Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; Jaime Fernando Rosas Andrade; David Santacruz Pacheco

176 Caracterización clínica, imagenológica y genética de pacientes con cardiomiopatías en un centro de referencia de alta complejidad en Colombia
Juliana Lores; Sara Ochoa; Natalia Vallejo; Juanita Montoya; David Vernaza Trujillo; Marcela Perenguez; Diana Ramírez Montaño; Adrián Fernández Osorio; Carlos Ramírez Estupiñan

177 Caracterización de la miocarditis aguda en América Latina: perspectivas clínicas, de imagen y etiológicas desde una cohorte multicéntrica colombiana
Diego Alejandro Ortega Gómez; Raul Eduardo Reyes Toledo; Marisol Carreño Jaimes; Camila Andrea Camacho Ramos; Alejandra Roa; Andrés Buitrago

178 Comparison of potassium-lowering strategies for hyperkalemia management in heart failure: retrospective cohort
Carlos Alberto Porras Meza; María Juliana Vergara Chávez

179 Correlación clínica y ecográfica de la congestión mediante el protocolo VExUS en pacientes con insuficiencia cardiaca agudamente descompensada
María Camila Rojas Rubiano; Mateo Aranzazu Uribe; María Paulina Villa Saldarriaga; Oscar Mauricio Ramos Torres; Jorge Hernándo Donado Gómez

180 Disociación electro-estructural en cardiopatía chagásica frente a la miocardiopatía isquémica: implicaciones para la estratificación del riesgo de muerte súbita
Luis Eduardo Echeverría Correa; Lyda Z. Rojas; Carlos A. Morillo; Angie Yarlady Serrano García; Yina Tatiana Ariza; Carlos A. Luengas; Angela Torres Bustamante; Karen Andrea García Rueda; Sergio A. Gómez Ochoa

181 El bienestar y el rol invisible de la familia en los pacientes con insuficiencia cardíaca
Adriána Milena Jurado Arenales; Paula Bohórquez; Edgar Fabián Manrique Hernández; Maricel Licht Ardila; Alexandra Hurtado Ortiz; Luis Eduardo Echeverría Correa

182 Estrategias para facilitar la cardioversión eléctrica en la fibrilación auricular: comparación entre una dosis única oral de propafenona (Pill in the pocket) y la infusión de amiodarona
Jorge Luis Jara Valderrama; Flor de María Gutiérrez Asmat; Amira Alexandra Amayo Rodas; Karla Xiomara Cenas Rodríguez; María Alejandra Díaz Morgan; Astrid Nohely Sandoval Castro; Gustavo Sebastián Barrantes Castro; Christopper Stewart Silva Oblitas; Akemy Alejandra Sifuentes Orbegos

183 Evolución ecocardiográfica y hemodinámica tras endarterectomía pulmonar en HPTEC: análisis institucional de 23 años
Jessica Andrea Hernández Durán; Cristhian Emilio Herrera; Luisa Fernanda Durángo Guitierrez; Juan Camilo Rendón; Maribel Ocampo Muñoz; Pina Isabel Múnera Muñoz

184 Experiencia de 20 años en trasplante cardíaco pediátrico en un centro de referencia en Colombia
Andrea Dávila Ruales; Andrés David Aranzazu Ceballos; Margarita María Zapata Sánchez

185 Factores de riesgo asociados con el desarrollo de fibrilación auricular en pacientes con sepsis y choque séptico en unidades de cuidados intensivos.
Alejandro Narváez Orozco; Clara Inés Saldarriaga Giraldo; Paola Andrea Mera Paredes; Maríana Jiménez Arias; Cristian Camilo Agudelo Quintero; María José Robledo Rivera; Violeta Cano Cardona; Melissa Mejía Roldán; Valentína Duque Zuluaga; Camilo López Ocampo; Nicolás Arcila Cano; D

186 Hallazgos ecocardiográficos y electrocardiográficos en pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica y serología positiva para Chagas
Laura Marcela Rey Gómez; Iván Mauricio Peña; Claudia Lucia Figueroa; Simón Rincón Hernández; José Molina

187 ICARUS Score: Un modelo práctico de estratificación del riesgo de mortalidad intrahospitalaria en insuficiencia cardíaca crónica agudamente descompensada en la era de los cuatro pilares
Luis Eduardo Echeverría Correa; Lyda Z. Rojas; Laura V. Arciniegas Landínez; Angie Yarlady Serrano García; Angela Torres Bustamante; Karen Andrea García Rueda; Jaime A. Rodríguez; Sergio A. Gómez Ochoa

188 Impacto de los síntomas depresivos en la calidad de vida en la insuficiencia cardíaca
Adriána Milena Jurado Arenales; Diana Ortega; Maribel Rojas; Maricel Licht Ardila; Alexandra Hurtado Ortiz; Edgar Fabián Manrique Hernández; Luis Eduardo Echeverría Correa

189 Impacto del estado nutricional en la calidad de vida en insuficiencia cardíaca
Adriána Milena Jurado Arenales; Angélica Vargas; Yesenia Sanabria; Maricel Licht Ardila; Alejandra Mendoza Monsalve; Edgar Fabián Manrique Hernández; Alexandra Hurtado Ortiz; Luis Eduardo Echeverría Correa

190 Polimorfismos genéticos y riesgo de falla cardíaca en pacientes con enfermedades autoinmunes: revisión sistemática de la evidencia
María Alejandra Cala Acelas; Juan Sebastián Theran León; Jerson H. Quitián Moreno; Jaime Alberto Gómez Ayala; Luis Andrés Dulcey Sarmiento; Carlos Enrique Arenas Molina

191 Predictores clínicos y de imagen asociados con mortalidad y desenlaces adversos en Miocardiopatía Hipertrófica (MCH)
Melissa Bustamante Duque; María Paulina Villa Saldarriaga; Juan David Orozco Burbano; Laura Valentína López Gutiérrez; Clara Inés Saldarriaga Giraldo

192 Prevalencia de ansiedad y depresión en hospitalizados con insuficiencia cardiaca en una institución de salud cartagena. 2025
Deison Manuel García Cabarcas; Elizabeth Romero Massa; Sheyleen Hernández Morelos

193 Prevalencia de herpes zóster y enfermedad cardiovascular en Colombia: ¿potenciador o disparador del riesgo? Evidencia de un estudio poblacional
Angel Alberto García Peña; Diego Alejandro Ortega Gómez; Diego Armando Pérez Covo; Edward Andrés Cáceres Méndez; Felipe Leopoldo Berrio Parra; Emilio José Juan Guardela; Daniel Gerardo Fernández Avila; Diana Carolina Sandoval Briceño; Ana Sofía Trujillo Henao; María Paula Ravagli B

194 ¿Qué tan informados están los pacientes de Falla Cardiaca y Terapias avanzadas? Resultados de la aplicación de un nuevo instrumento
Adriána Milena Jurado Arenales; Lizeth Natalia Quiroga Pico; Kelly Johana Castro Caicedo; Angy Katerine Pinilla Marín; Mayra Alejandra Torres Sánchez; Olga Lucía Jaimes Castellanos; Lyda Z Rojas

195 Recuperación de la función ventricular como marcador pronóstico en falla cardíaca: análisis ajustado por propensión.
Marisol Carreño Jaimes; Luis Alberto Arciniegas Torrado

196 Relación entre el índice de masa corporal y los desenlaces clínicos a 12 meses en Colombia: analisis del registro colombiano de insuficiencia cardiaca
Germán Camilo Giraldo González; Osmar Pérez; Juan David López Ponce de León

197 Valor pronóstico del puntaje LEVO-D en pacientes con falla cardiaca avanzada en Colombia
Nicolás Rodríguez Medina; Mauricio Manrique Samer; Edward Andrés Cáceres Méndez; Angel Alberto García Peña; Alejandro Mariño Correa

PREVENCIÓN

198 Análisis de Correlación Entre la Clase Funcional NYHA y Variables de la Ergoespirometria en Pacientes con Falla Cardiaca con Fracción de Eyección Disminuida a 2640 msnm
Ana María Valderrama Galofre; Juan Manuel Sarmiento Castañeda; Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; Alberto Lineros Montañez; Oscar Humberto Ortiz Maluendas

199 Análisis de costo-efectividad de inclisirán vs. los inhibidores de la PCSK-9 para pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica en Colombia
Carlos David Gamboa Orozco; Mateo Ceballos; Sara Arias

200 Capacidades operativas del índice METS-IR para síndrome metabólico y su asociación con riesgo cardiovascular en adultos Colombianos
Nicolás Rodríguez Medina; Angel Alberto García Peña; Edward Andrés Cáceres Méndez; María Paula Ravagli Baquero; Carlos Calderón; Alejandra Niño

201 Comparación de escalas de riesgo cardiovascular en pacientes mujeres de una población rural en Ecuador.
Laura Elena Mayo Peña; Carlos Andrés Avellán Wong; Nilmar del Valle Toro Arvelaiz; Julio Andrés Franco Vivas; Marlon Toro Solórzano; Moraima Ibarra Serrano

202 Concordancia de tres ecuaciones de referencia en la intepretación de los resultados de las caminatas de 6 minutos en niños de 7-17 años.
Jazmín Antolínez Rativa; Juan Manuel Sarmiento Castañeda; Alberto Lineros Montañez; Oscar Humberto Ortiz Maluendas

203 Concordancia entre los modelos de evaluación de riesgo cardiovascular (SCORE2, Framingham, ASCVD-2013 y SCORE2-OP) en adultos de 70 años o más: Un estudio poblacional
Cristian Orlando Porras Bueno; Héctor Henry Lindarte Vargas; María Paula Ravagli Baquero; Fabián Gil; Oscar Mauricio Muñoz Velandia; Angel Alberto García Peña

204 Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) en familiares de personas con enfermedad de Chagas
Amanda Patricia Amorocho Pérez; Lyda Z. Rojas; Martha Díaz

205 Control de la presión arterial, HbA1c y parámetros lipídicos en pacientes hipertensos diabéticos: resultados del estudio transversal SNAPSHOT Colombia
Adalberto Quintero; Jannes Buelvas Herazo; Jaime Ibarra; Javier Moreno Cortés; Eric Hernández; Luis Eduardo Echeverría Correa; Gilberto Castillo; Fernando Manzur; Juan Tamayo; Ricardo Restrepo; John Conta; Juan Cerón; Rodrigo Oñate; Gustavo Moreno Silgado; Rafael Marulanda;

206 Controversia sobre la sostenibilidad del tratamiento intensivo de la presión arterial sistólica en el estudio SPRINT. Un ejemplo de la Paradoja de Simpson.
Oscar Leónel Rueda Ochoa; Catalina Herrán Fonseca; María Alejandra Reyes; Ronnie Celis Amaya; Dimitris Rizopoulos

207 Debilidad diafragmática en pacientes postquirurgicos cardiovasculares: ¿Es una necesidad la rehabilitación pulmonar?
Javier Elíecer Pereira Rodríguez; Carlos Gustavo Enciso Mattos;

Mónica Yulieth Contreras Peñalosa; Marco Andrés Tovar Portilla; Karen Dayana Rodríguez Bautista; Valentína Flórez González

208 Efectividad de una intervención comunitaria para reducir barreras geográficas en el control de la hipertensión: Análisis secundario del estudio RE-HOPE
José Patricio López López; Johanna Otero; Alvaro Castañeda Hernández; Daniel Martínez Bello; Claudia García; Juan Miguel Girón; Lyda M. Herrera Sánchez; María Gabriela Serrano Alarcón; Paola Gutiérrez; Patricio López Jaramillo

209 Identificación temprana de pacientes no respondedores a la rehabilitación cardíaca ambulatoria en Colombia.
Nelson Fernelly González Cetina; Tifany Dayan Herrera Díaz; Martha Inés Bernal García; Claudia Víctoria Anchique Santos

210 Implementación de una estrategia basada en atención comunitaria para el control de la hipertensión en Santander: Resultados del estudio RE-HOPE
José Patricio López López; Johanna Otero; Alvaro Castañeda Hernández; Daniel Martínez Bello; Claudia García; Lyda M. Herrera Sánchez; Alexander Torres Prieto; Daniela Hernadez Quiñones; Patricio López Jaramillo

211 Perfil hemodinámico y factores asociados a mortalidad en pacientes con hipertensión arterial evaluados con Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA)
Germán Camilo Giraldo González; Jheyson Fuentes; Alejandro Montenegro Avila; Nicolás Montoya Velásquez; Juan Esteban Almanza Arcila; Nirida Fernanda Bonilla Santamaría; Juan Esteban López; Samuel Lenis Perdomo; Andrés Mauricio García Cuevas

212 Riesgo cardiovascular con la estrategia de 4 pasos, Control y logros de la triple meta en Colombia: un estudio transversal en 62.256 pacientes
Germán Camilo Giraldo González; Andrés Mauricio García Cuevas; Alejandro Montenegro Avila; Carlos Alberto Mejía Ramírez; Abdiel Milovan Solarte Mejía; Alejandra Gañán Duque; Beatriz Helena Gómez Aristizábal; María Alejandra Realpe Rebolledo; Juan Esteban Almanza Arcila; Juan Esteban Lóp

213 Riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos y diabéticos: resultados del estudio SNAPSHOT Colombia
Adalberto Quintero; Jannes Buelvas Herazo; Jaime Ibarra; Javier Moreno Cortés; Eric Hernández; Luis Eduardo Echeverría Correa; Gilberto Castillo; Fernando Manzur; Juan Tamayo; Ricardo Restrepo; John Conta; Juan Cerón; Rodrigo Oñate; Gustavo Moreno Silgado; Rafael Marulanda;

214 Validación de modelos integrados de riesgo cardiovascular en la cohorte BUCAMETS: hacia una predicción personalizada y preoperatoria en Latinoamérica
Luis Fernando Toscano Dulcey; Jerson H. Quitián Moreno; Luis Andrés Dulcey Sarmiento; Jaime Gómez Ayala; Jorge Andrés Hernández Navas; Juan Sebastián Salcedo Pedraza; Juan Sebastián Theran León; Nicolás Ibarra Fuentes

TÓPICOS ESPECIALES / OTROS

215 Asociación entre variabilidad de la presión arterial y progresión del daño renal en pacientes con hipertensión arterial
María Alejandra Cala Acelas; Jerson H. Quitián Moreno; Juan Sebastián Theran León; Jaime Alberto Gómez Ayala; Luis Andrés Dulcey Sarmiento

216 Caracterización de pacientes con disfunción primaria del injerto cardiaco en un centro de alta complejidad en la ciudad de Medellín entre 2020 y 2025
Laura Valentína López Gutiérrez; Laura Lopera Mejía; Pina Isabel Múnera Muñoz; Clara Inés Saldarriaga Giraldo; Alvaro Mauricio Quintero

217 Descripción clínico-epidemiológica de una cohorte de pacientes con hipertensión arterial de una institución de salud colombiana
Ruperto Esteban Guerrero Quiroz; Lorena García Agudelo; Julio César Velasco Castro; Juan Esteban Herrera Cardona; Juan Felipe Pérez Correa; Ledmar Jovanny Vargas Rodríguez; Lina Estefany López Morales; Carlos Zehir Cárdenas Ramírez

218 Diferencias en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares según el régimen de aseguramiento en salud y el sexo, y el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en Colombia (2015-2022). Un análisis a nivel nacional.
Michelle Saaibi Meléndez; Juliana Cuervo Rojas; Fabián Gil; José Federico Saaibi Solano

219 Disfunción eréctil y flujo arterial peneano en hombres con enfermedad arterial coronaria: Estudio transversal mediante ultrasonido Doppler
Víctor Aldana; Héctor Corredor; Juan Manuel Martínez; Carolina Sandoval; Olga Lucia Aristizábal

220 Efectos cardiotóxicos de la quimioterapia y cuidado de enfermería.
Lilia Andrea Buitrago Malaver; Valentína Clavijo Cano; María Teresa López Zapata

221 Evaluación de confiabilidad y legibilidad de la información para pacientes sobre dislipidemia emitida por modelos de lenguaje basados en inteligencia artificial (Chat GPT, YouChat, Gemini y Perplexity AI) en idiomas inglés y español.
Emilio José Juan Guardela; Cristian Orlando Porras Bueno; Jesús Andrés Beltrán España; Miguel Alvarez Mejía; María Paula Ravagli Baquero; Edward Andrés Cáceres Méndez; Daniel Gerardo Fernández Avila; Oscar Mauricio Muñoz Velandia; Angel Alberto García Peña

222 Fragilidad como nuevo determinante en la selección de tratamiento para el aneurisma aórtico: experiencia de la Fundación Cardiovascular de Colombia.
Eddy Gabriela Martínez Maldonado; Angie Lucia Méndez Zaraza; Jerson H. Quitián Moreno; Daniel Alberto Villamizar Anaya

223 Métodos contemporáneos de enseñanza en auscultación cardíaca y valvulopatías: una descripción de enfoques y recursos educativos

Santiago Acero Velásquez; Juanita Guzmán Correa; Juan Andrés Sarmiento; Diego Alejandro Vivas Giraldo

224 Optimización del tratamiento para controlar el colesterol LDL mediante machine learning
Deiby Boneu Yépez; David Sierra Porta; Liz Karine Morales Aguas; Fernando Manzur Jattin

225 Patrones de indicación del ecocardiograma transtorácico en un centro ambulatorio cardiovascular de Bogotá
Mario Andrés Sarmiento Carmona; Isabella Monsalve García; Camilo Andrés Rodríguez García; Joaquín Camilo Castañeda Barbosa; Julio César Serrano; Carlos Eduardo Guerrero Chalela; Luis Antonio Moya Jiménez

226 Reflejo local de la epidemiología global de la endocarditis infecciosa: seis años de experiencia en un hospital de alta complejidad.
Gabriel Antonio Oliver Hernández; Daniel Palacios; Laura Peña; Miguel Merchán; Andrés Chaparro; Darío Andrade; Adriána Torres

227 Sintomatología cardiovascular persistente y su impacto en la función física en el Síndrome Post COVID-19
Jorge Enrique Daza Arana; Rubén Eduardo Varela Miranda

228 Tetralogía de Fallot en adultos: experiencia de un centro de referencia
Luz Adriána Ocampo Aristizábal; Margarita María Zapata Sánchez; Sergio Andrés Romero Seguro; Andrea Dávila Ruales; Sergio Andrés González Butrón

229 Utilidad del score CHA2DS2-VASc para estimar el riesgo cardiovascular global en pacientes sin fibrilación auricular
María Alejandra Cala Acelas; Jerson H. Quitián Moreno; Juan Sebastián Theran León; Carlos Enrique Arenas Molina; Jaime Alberto Gómez Ayala; Luis Andrés Dulcey Sarmiento; Brian Johnson Acevedo

230 Validación externa de un puntaje ecocardiográfico para predicción de malignidad en masas cardíacas: un estudio multicéntrico latinoamericano.
Edwin De La Peña Arrieta; Juan Pino Vélez; Luisa Fernanda Flórez García; José Emilio Agámez Gómez; Juan Carlos Chavarriaga; Juan Pablo Flórez Muñoz; Luisa Fernanda Durángo Gutiérrez; Gustavo Adolfo Castilla Agudelo; Jairo Rendón Giraldo; Santiago Giraldo Ramírez; Juan Manuel Senio

231 Validación externa del ASCVD para predicción de riesgo cardiovascular a 10 años en adultos con diabetes en Colombia
Germán Camilo Giraldo Gómez; Andrés Mauricio García Cuevas; Carlos Alberto Mejía Ramírez; Abdiel Milovan Solarte Mejía; Alejandra Gañán Duque; Beatriz Helena Gómez Aristizábal; María Alejandra Realpe Rebolledo; Nicolás Montoya Velásquez; Juan Esteban Almanza Arcila; Juan Esteban Lópe

232 Validación externa del score2-Diabetes y score2-Diabetes con falla cardiaca en una cohorte colombiana
Germán Camilo Giraldo González; Andrés Mauricio García Cuevas; Carlos Alberto Mejía Ramírez; Abdiel Milovan Solarte Mejía; Alejandra Gañán Duque; Beatriz Helena Gómez Aristizábal; María Alejandra Realpe Rebolledo; Nicolás Montoya Velásquez; Juan Esteban Almanza Arcila; Nirida Fernanda B

233 Valores de referencia del strain miocárdico por ecocardiografía speckle-tracking y resonancia magnética feature-tracking en adultos sanos de la ciudad de Bogotá, Colombia
Gustavo Lemus Barrios; Diego Rangel Rivera; Thomas Urbina Ariza; Carlos Guerrero Chalela; Ricardo Villamarín Velásquez; Gabriel Salazar Castro; Juan Felipe Vásquez Rodríguez; Isabella Casallas

Revista Colombiana de
Cardiología

Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR

ÍNDICE DE AUTORES – PRESENTACIONES DE CASOS CLÍNICOS

(*) – Indica que es primer autor

Abello Rosas Silvia Juliana	27
Achury Mancera William	66
Acosta Juan David	24; 112
Acuña Olmos Jairo	105
Acuña Turbay Paola Andrea	105
Agámez Blanco Camilo	39*
Agudelo Uribe Juan Fernando	117
Aguirre García Luis Felipe	25
Almeida Bustillo Valeria Sofía	96
Alvarado Mora Hugo Oswaldo	55
Alvarez Gaviria Manuel	37; 45
Alvarez Mejía Miguel	84
Alzate María José	80
Andrade Darío	11
Andrade Romero Salomé	36
Angel Ruiz Paola Andrea	9
Arango Hernández Gabriela Esther	99
Arango Moreno Ricardo	40
Aranzazu Uribe Mateo	38*; 43; 48*; 115
Arbeláez Correa Luz Elena	7; 97
Arcila Daza Estefany Carolina	23*
Ardila Ardila Diego José	53
Areiza Fonseca Joaquín Antonio	116
Arenas Auli Alvaro Enrique	6
Arias Barrera Carlos Andrés	21; 81
Arias Correal José	79
Aristizábal Bolaños Ana María	7*
Aristizábal Villa Guillermo José	83; 98
Arroyo Nisperuza Yazmin Karina	7; 60*; 97
Arroyo Sepúlveda Jaime Alberto	12; 20; 26*
Arroyo Tobón Elisa	34
Arteta Bonett Luis Eduardo	1
Arteta Bonett Luis Eduardo	2
Arzayus Patiño Leónardo	90*
Avila María paula	87
Bacca Arcos José	42
Badillo Ayala Expedito	16
Balaguera Becerra César Augusto	46; 53
Barragán Amado Andrés Felipe	74
Barreto De La Hoz Samuel Andrés	34*; 35*; 36*; 88*; 96*; 113*
Barrios Gustavo Lemus	95
Bejarano Oliveros María Camila	118
Beltrán Bohórquez Javier Ricardo	52
Benavides Plazas Jhonattan	55
Bermejo Bovea José Guillermo	29
Bermúdez Daza Andrés Mauricio	23
Bermúdez Posada Maripaz	39
Bernal María Camila	69
Bernal Macias Santiago	69
Bernal Mejía Luis Carlos	45
Bohórquez Diana	55
Bohórquez José	31; 72; 85
Bolívar Mejía Adrián	47*; 111*
Buelvas Herazo Jannes	104
Burbano López Ana María	118
Bustamante Duque Melissa	33; 74; 78; 100; 103*; 115
Bustillo Reyes César Luis	99
Cáceres Méndez Edward Andrés	69; 84; 91
Caicedo Jinete Liliana Margarita	99
Caldeon Carlos	91
Calderón Castellón Luis Enrique	29; 88; 113
Calderón Franco Carlos Hernán	69
Calderón Medina Danna Lucia	86
Camacho Jaime	18
Camacho Pérez Daniela	99
Cañas López Sebastián	93
Cañavera Gómez Massiel Karina	71
Cano Organista Edwin Olivo	52
Cañón Estrada Frank Douglas	107
Cárdenas Beltrán Laura Sofía	51
Cárdenas Gutiérrez Juan Pablo	22; 63; 110*
Cárdenas Marín Paula Andrea	81
Cardona Luisa María	47; 111
Cardona Rapalino María Alejandra	99*
Carmona Ramos Maríana Patricia	35
Carreño Jaimes Marisol	49
Carvajal Tascón Carlos Andrés	37; 45; 56
Casallas Angel Ingrid Lizeth	49*
Castañeda Tatiana	16
Castaño Quintero Santiago	25
Castelblanco Arias María Alejandra	61
Castellanos Parada Jeffrey	65; 81

Castiblanco Márquez Genisis Enrique 67; 89
Castilla Agudelo Gustavo Adolfo 92*
Castilla Romero Omar Enrique 88; 113
Castro Dager Angel 5
Castro Paris Rodrigo 91
Cedano Agramonte Elianny 15; 100
Cely Alexander 77
Chacón Guerra Marco Antonio 71
Chalela Tomás 18
Chaparro Flechas Elkin Manuel 56
Chlaiwit Marín Marwan Michaell 54
Cita Pardo José Enrique 94
Contreras Duarte Daniel Alexander 52*
Corpus Rodríguez Leman Alcides 39; 96; 99
Cortés López Isabella 47; 111
Cotes Millán Jesús 105
Cotes Millán Jesús Alexander 116
Cristancho Olaya Guiselle Alexandra 9
David Ibarra Andrés 109
Dávila Ruales Andrea 10*; 83; 98
De La Hoz Ariza Brandon 87
De La Hoz Bequis Francisco 119
De la Peña Pérez Carlos 34
De lima Vides Juan Carlos 109*
Díaz Andrés 64
Díaz Andrés David 32
Díaz Camila 64
Díaz Granados Isabella 79
Díaz Jurado Jonathan 22*; 63*; 110
Díaz Rosales Luis Alejandro 29
Donado Perna Juan Roberto 10
Duarte Vásquez Juan Carlos 33*; 78; 117*
Duque Restrepo Daniel 33; 78
Durángo Gutiérrez Luisa Fernanda 117
Echavarría Cross Alejandro 102*
Escobar Matallana José Julián 100
Estela Zape José Luis 90
Estrada Gilberto 17
Estrada Amaya Juan Pablo 22; 63; 110
Fernández Gabriela 82
Ferreira Herrera Elías David 28; 35; 36; 99
Ferrer Arrieta Rafael Libardo 87
Flechas Alvaro 112
Flórez Rodríguez Claudia Ximena 8
Flórez Rubio Susan Julieth 106
Forero Restrepo Rafael Enrique 3
Fuentes Pérez Carlos Alberto 75; 116*
Fuentes Pinto Shally Shaidy 104
Gallego Ojeda Alvaro 16
Gálvez Oscar 31; 72; 85
García Domínguez Juan Camilo 82; 87
García Guevara Angie Paola 9
García Morón Carlos Eduardo 58*
García Olarte Andrea 79
García Peña Angel Alberto 91; 94
Garizao Molinares Nicolle Gabriela 35
Gastelbondo Vergara Lorena Lucía 28
Gilón Córdoba Laura Fernanda 55*
Giraldo Barrios Luis Gabriel 28; 35; 36
Gómez Efraín 73; 85
Gómez Cerro Carlos Eduardo 28
Gómez Olarte Sergio Felipe 21; 24*; 112
Gómez Urrego José Fernando 9
Gómez Vanstrahlen Liseth Carolina 36
González Orlando 87
González Rafael 12*
González Betancur María Catalina 93
González Butrón Sergio Andrés 10; 83*; 98
González Torrealba Jefferson Daniel 54*
González Vesga Rafael Esteban 20; 26
Grisales cano Duván Alejandro 59*
Guerra Ayola José 34
Guerrero Becerra Albert Franz 8
Guerrero Castillo Yuliney 119
Gutiérrez Maríana 57
Guzmán Arango Natalia 15; 100
Hamon David 56
Henao Niño Cristian 68
Henao Torres Lynda Juliana 6*
Hernández Camilo 17*; 73; 77
Hernández Mónica 31; 72; 85
Hernández García Sterling Johana 89
Hernández Chica César Augusto 62*
Hernández Galeano Valentín 44
Hernández Pulido Diana Carolina 61
Hernández Suárez Alberto 25
Holguín Barrera Mónica Liseth 60
Holguín Riaño Diego 79
Hortúa Diego 68
Hurtado Ordóñez Edgar Fernando 55; 72; 77
Isaza Restrepo Daniel 42
Jaramillo Juan David 32
Jaramillo Pulgarin Alejandra 107*
Jaramillo Villegas Claudia 51*; 72; 73; 77; 85
Jiménez Andrés Felipe 18
Johnson Arciniegas Natalia 112
Juan Guardela Emilio José 46; 53; 69; 94*
Juan Guardela Marietta 29*
Laguado Nieto Marlon Adrián 118*
Lambraño de la Ossa Vanessa Paola 21; 58; 105*; 106*
Landazábal Claudia Viviana 61; 97
Lara Salcedo Andrés Felipe 67
Lárez Veronique 16
Ledezma Pérez José Guillermo 54
León León Nelson Giovanny 49
Lince Varela Rafael 83; 98
Llain Florina 45
Londoño Osorio María Alejandra 50

López Juan david 82
López Aragón Diana Marcela 32
López López José P 76*
López Ponce de León Juan David 107; 118
López Velásquez Sebastián 25
Lozano Pineda Felipe 103
Madrid Pinilla Antonio José 9*
Malambo García Dacia Isabel 99
Maldonado Javier Darío 112
Maldonado Cañón Kevin 112
Maldonado Escalante Javier Darío 21
Mantilla Pérez Beatriz Adriána 20
Mantilla Zambrano Juan Miguel 16*
Marín Betancourt María Fernanda 66
Mariño Correa Alejandro 69; 84; 91
Márquez Bohórquez Diego Humberto 8
Marriaga Zárate César 66
Martínez Andrés Felipe 56
Martínez Juan Sebastián 13; 14; 19
Martínez Silvia 31
Martínez Arango Juan Manuel 78*
Martínez Caballero Azucena 101*
Martínez Cano Carlos Arturo 100
Martínez López Andrés Felipe 37; 45*
Maza Caneva Olga Cecilia 1*; 3*; 4*
Mazo María Fernanda 108
Medina Oscar 73
Medina Lucero Rafael René 1
Mejía Gómez Carlos Andrés 107
Mejía Obregón Rafael Alfonso 120
Mejía Zuluaga Mateo 40
Melo Rafael 56
Mendoza Beltrán Fernán del Cristo 17; 31*; 72*; 73; 77; 85*; 86*
Mendoza Montenegro Laura Víctoria 17; 31; 73*; 77*; 85
Mera Paredes Paola Andrea 80*
Mesa Anderson 91
Mesa Maya María Antonia 62; 93
Mier Martínez Leónardo 41
Molina Contreras Hamlet 41
Molina Contreras Hamlet Daniel 23
Molina Marroquín Germán Ricardo 21
Molina Pacheco Katiuska 3
Monroy Valeria 82
Montalvo León Sergio Daniel 86
Montealegre González Isabella 108
Montejo Pino Juan Sebastián 42*
Montenegro Charry Adolfo Alejandro 56
Montero Barrios José Armando 67; 89
Montero Gómez Isabel 24
Montes López Camilo 108
Montes Villalobos Lorena 12; 20; 26
Montoya Roldán Daniel 59
Mor Dale Jorge Dib 37; 45; 56
Mora Flórez Misael 61
Morales Karen Sofía 37
Morales Londoño Sebastián 50
Morales Zúñiga Jessica Estefanía 15
Moreno Angel 101
Moreno Valentína 101
Moreno Cortés Javier 58
Moreno Navarro Camilo Andrés 108*
Moreno Ruiz Nelson 44
Múnera Muñoz Pina Isabel 47; 111
Muñoz Juan Gonzalo 15
Muñoz Escudero Diego Fernando 90
Muñoz Guerrero Sonia Del Pilar 2*
Muñoz Ortíz Edison 80
Naranjo Restrepo Sebastián 62; 93; 102
Narváez Orozco Alejandro 80
Nieto Zárate Jaime Andrés 106
Núñez Federico 17; 31; 72
Núñez Nicolás 18*
Obando Carlos 18
Ocampo Aristizábal Luz Adriána 98
Ocampo Muñoz Maribel 15
Olaya Forero José Leónidas 16
Olaya Jiménez Enrique 114
Oliver Espinosa Alvaro José 11; 67*; 89*
Oliver Hernández Gabriel Antonio 11*; 67; 89
Oliveros Diana Marcela 119
Oñate Rosado Hermes Luis 21*; 65; 81; 106
Orozco Carlos 85
Orozco González Daniela 40*
Orrego Garay María José 102
Ortega Gómez Diego Alejandro 46; 53; 69; 84; 94
Ortiz Chamorro Nicolás Santiago 115*
Osorio Juan Pablo 72
Ospina Barrios Geraldine 66
Oyola Yepes Antonio José 29; 88
Paba Zarante Jessie Alejandro 5*
Páez Cancelado Cristian Camilo 16
Paker Neva Negireth Angell 51
Palacio Yorlenis 4
Palacio Pineda Hugo Juan 104*
Palacios Daniel 57
Palomar Avilés Juan David 81
Parada Gereda Henry Mauricio 90
Parra Correa Juan Fernando 17; 31
Parra Puerto Jaime Andrés 62
Parra Rincón Camila Andrea 52
Parra Rodas Luisa María 92
Parra Sánchez Paula 34
Pascal Fischbach Jonathan Levy 14
Pava Ripoll Alex Enrique 108
Peña Diego 32*
Peña Laura 57; 101
Peña López Luis Alexander 90
Peña Osorno Simón 62; 93; 102

Peñata Orozco Yineth 119*
Pérez Anibal Eduard 88
Pérez Covo Diego Armando 46; 53; 69*; 84*; 94
Pérez Franco Jairo 79
Pérez Goyes Wilmer Alejandro 118
Pérez Rodríguez Juan José 120
Perilla Hernández Natalia 88; 113
Pertuz Charris Neil Smith 103
Pineda Isaza Alejandro 25
Pineda Pérez Juan José 120
Pinilla Alarcón Juan Alejandro 120
Pinto Martínez Iván Alexander 8
Piraquive Cuadrado Zaida 12; 20*; 26
Porras Bueno Cristian Orlando 46*; 53*; 69
Porto Corbacho Daniel 115
Posada Jiménez Leónardo 117
Posso Osorio Iván Alberto 118
Poveda Marcela 31; 85
Poveda Viviana 31; 72; 85
Poveda Conde Lithey Cristina 65; 81
Poveda Guzmán María José 1
Prada Cubillos Johan 34
Prieto González Gustavo Andrés 12; 20; 26
Puentes Castrillón José Jovany 71*
Quiroga Ramírez Paula Andrea 22; 63; 79*; 110
Rada Fernando Andrés 71
Ramírez Jaramillo Valeria 8*
Ramírez Ramos Cristhian Felipe 38; 43*; 48
Ramos Clavijo Daniela Carolina 30
Ramos Piedrahita Andrés 108
Rangel Rivera Diego Alejandro 95
Rangel Rivera Karen Lorena 95*
Recalde Palacios Santiago 2
Redondo Rada Adriána Paola 29
Rendón Hincapié Daniel 38; 43; 48
Rendón Isaza Juan Camilo 15*
Restrepo Andrea 4
Restrepo Buitrago Juan Alejandro 120*
Restrepo Guette Carlos Manuel 82*; 87*
Restrepo Urbina José Alfredo 65
Rey Gómez Laura Marcela 68*
Reyes Cardona María Juliana 118
Riaño Cuastumal Jimmy Andrés 27
Rico Hernández David 120
Rincón Hernández Simón 68
Ríos William 31
Ríos Willian 17
Ríos Dueñas Edgar Giovanny 13*; 14*; 19*; 27; 30*
Rivera Triana Diana Patricia 114
Roa Angela 31; 72; 85
Robledo Gómez María Alejandra 84
Rodríguez Gabriel Santiago 45
Rodríguez Jaime A. 73
Rodríguez Cerón Alvaro Hernán 114*
Rodríguez Chaparro Sebastián Anselmo 113
Rodríguez Cuadrado Miguel 24
Rodríguez Medina Nicolás 91*
Rodríguez Scarpetta María Angélica 90
Rodríguez Zakzuk Juan Sebastián 44*; 75*
Rojas Juan David 49
Rojas Chaverra Ingrid Carolina 21; 65*; 81*; 105
Rojas Cumaco Dariel Stiven 51
Rojas Núñez Alexandra Xilena 3
Rojas Reyes Catalina 16
Rojas Rubiano María Camila 38; 43; 48
RojasHerrera Manuela 14
Romero Julián 73; 77
Romero Guerra Laura 30
Romero Seguro Sergio Andrés 10; 70*; 83; 98*
Romero Serrano Sergio Andrés 32
Roncancio Muñoz Jhoan Sebastián 60; 61*; 97*
Rosso Fernando 107
Rozo VanStrahlen José Medardo 105
Rubio Duarte Andrés Felipe 8
Ruiz Quintero Andrea Eloísa 5
Ruiz Uribe Gabriela 76
Sabbag Chalela Nadia María 37*
Sáenz López José David 96; 113
Salas Márquez Diego 22
Salazar Castro Gabriel 95
Salazar Ospina Juan David 25*
Salcedo Perdomo Gabriela 51
Saldarriaga Giraldo Clara Inés 74; 78; 100; 117
Salgado Pérez María Víctoria 2
Sánchez Oscar 17; 31; 72
Sánchez Barbosa Miguel Alfonso 51
Sánchez Collazos Germán 24
Sánchez Mujica María Isabel 64
Sánchez Prada Joséph Sebastián 76
Sánchez Vallejo Carlos Andrés 37
Sánchez Zapata Maríana 30
Sandoval Néstor 18
Sandoval Trujillo Pablo 13; 19
Santacruz Arias José Andrés 29; 88
Santos Calderón Francisco Hernándo 11
Sarmiento Juan Andrés 21; 24
Sarmiento Gallego Juan Andrés 112*
Senosiain Julián 18
Sequea Meneses David Mateo 76
Serna Trejos Juan Santiago 50*
Solano Villamarín Giovana Alejandra 33
Sosa Cubillos Oscar Iván 27*
Támara Contreras Elloth Ernesto 96; 113
Tatis Keiner 17
Terán Soraya 4
Terán Ibarra Francisco Sebastián 37; 45; 56*
Torres Adriána 57*
Torres Andrés 31; 72; 85

Torres Tahys Paola 119
Torres Navas Adriána Grisela 101
Tous Bertel Rafael Andrés 88; 96; 113
Trillos Criado Marcial 28*; 29
Trujillo Henao Ana Sofía 14; 91
Uribe Pedraza Santiago 49
Urina Triana Manuel Eliseo 104
Urina Triana Miguel Alberto 104
Useche Correa Nereyda 28
Vallejo Mondragón Ernesto León 9
Vanegas Cardona Diego Mauricio 33; 115
Vargas Erwing Arturo 66*
Vargas Vergara Diana 23; 41*; 116
Vásquez Rodríguez Juan Felipe 95
Vega Báez Merardo Andrés 64*
Vega Castiblanco Gabriel Andrés 104
Velásquez Ospina Juanita 62; 93*; 102
Velásquez Penago Jesús 80
Velásquez Serrano Elizabeth Nhorella 27
Vélez Verbel María de los Angeles 104
Vergara Angulo Steven 16
Vergara Vergara Gabriel 5
Villa Hincapié Carlos Andrés 18
Villa Saldarriaga María Paulina 33; 74*; 78; 100*; 103; 115
Villadiego Morales Dalia Inés 99
Villanueva Arteta Susana Margarita 1; 4
Villegas Arbeláez Esteban 120
Vinck Eric E. 12; 20; 26
Zabaleta Taboada Orlando 41
Zambrano Franco Jorge Alexander 118
Zapata Sánchez Margarita María 70; 74; 98
Zuleta Ovalle Miguel Angel 46; 53; 57

Revista Colombiana de
Cardiología

Asociación
SOCIEDAD COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA & CIRUGÍA
CARDIOVASCULAR

ÍNDICE DE AUTORES – TRABAJOS LIBRES / ORIGINALES

(*) – Indica que es primer autor

Acero Velásquez Santiago	223*
Acosta Cardozo Juan Sebastián	174
Agámez Gómez José Emilio	230
Agudelo Quintero Cristian Camilo	121; 185
Aguilar Castillo Gean Paul Germány	172; 173; 182
Alarcón Niño Isabella	151
Aldana Víctor	219*
Alemán Castellanos Alexander	168
Almanza Arcila Juan Esteban	167; 211; 212; 231; 232
Alvarez Mejía Miguel	159; 221
Amaya Molina Maira Alejandra	122
Amayo Rodas Amira Alexandra	172; 173; 182
Amorocho Pérez Amanda Patricia	204*
Anchique Santos Claudia Víctoria	127; 209
Andrade Darío	226
Angulo Romero Isabel del Rosario	172; 173; 182
Antolínez Rativa Jazmín	202*
Aragón Cortés Amiel Armando	169
Aranzazu Ceballos Andrés David	131*; 184
Aranzazu Uribe Mateo	179
Arbeláez Correa Luz Elena	133; 134
Arbeláez Hoyos Catalina	161
Arcila Cano Nicolás	121; 185
Arciniegas Landínez Laura V.	187
Arciniegas Torrado Luis Alberto	125; 138; 152; 195
Ardila Mantilla María Juliana	164
Arenas Molina Carlos Enrique	122*; 124; 190; 229
Arias Sara	199
Arias Mendoza Andrés Felipe	156
Aristizábal Olga Lucia	219
Aristizábal Bolaños Ana María	133; 134
Aristizábal Colorado David	121; 126*; 162*; 185
Aristizábal Villa Guillermo José	135
Ariza Nicolás	157
Ariza Yina Tatiana	180
Ariza Umbacia María	155
Arnedo Pino Daniel Andrés	163
Arroyo Nisperuza Yazmin Karina	133*; 134*
Arroyo Sepúlveda Jaime Alberto	147; 148
Atalaya Rengifo Delsi Dalila	172; 173; 182
Avellán Wong Carlos Andrés	128*; 129; 201
Badillo Ayala Expedito	130; 132; 142; 144; 154
Balaguera Becerra César Augusto	123
Baquero Carolina	131
Barrantes Castro Gustavo Sebastián	172; 173; 182
Barreto De La Hoz Samuel Andrés	156; 163
Bello Simanca Jesús David	156; 163*
Beltrán España Jesús Andrés	221
Benavides Melo Julie Andrea	174
Bernal García Martha Inés	209
Berrio Parra Felipe Leopoldo	193
Betancurt Mendoza Rafael Guillermo	156*; 163
Bohórquez Paula	181
Boneu Yépez Deiby	224*
Bonilla Santamaría Nirida Fernanda	167; 211; 212; 231; 232
Bornancini Norberto	162
Buelvas Herazo Jannes	205; 213
Buelvas Vega Linda	122
Buitrago Andrés	177
Buitrago Malaver Lilia Andrea	220*
Bustamante Duque Melissa	191*
Cabezas Domínguez Nicolás	193
Cáceres Méndez Edward Andrés	123; 161; 193; 197; 200; 221
Cadavid Betancur Ana María	136; 137
Cala Acelas María Alejandra	124*; 190*; 215*; 229*
Calderón Carlos	200
Calderón Paula	155
Calderón Fernández Adolfo	169
Calderón Franco Carlos Hernán	175*
Calderón García Carlos	159
Camacho Jaime	139
Camacho Ramos Camila Andrea	177
Camargo Andrés Felipe	151
Camargo Abello Andrés Felipe	161
Camargo Assis Francisco Miguel	158
Cañas Eliana Mabel	131
Cano Cardona Violeta	121; 185
Cantor Peralta Juan Pablo	145
Cárdenas Juan Mauricio	205; 213
Cárdenas Ramírez Carlos Zehir	217
Carlos Dangerwell Cruz Cherre	173
Carreño Jaimes Marisol	125*; 138; 152; 177; 195*

Casallas Isabella 233
Casallas Gutiérrez Isabella 141
Castañeda Tatiana 130; 132; 142; 144; 154
Castañeda Barbosa Joaquín Camilo 225
Castañeda Hernández Alvaro 208; 210
Castilla Agudelo Gustavo Adolfo 230
Castillo Gilberto 205; 213
Castro Caicedo Kelly Johana 194
Castro Paris Rodrigo 161
Ceballos Mateo 199
Celis Amaya Ronnie 206
Cenas Rodríguez Karla Xiomara 172; 173; 182
Cerón Juan 205; 213
Chalela Tomás 139
Chaparro Andrés 226
Chavarriaga Juan Carlos 230
Choque Ayala Luz Camila 169
Cifuentes Navarrete Sara 139
Clavijo Cano Valentína 220
Conta John 205; 213
Contreras Peñalosa Mónica Yulieth 207
Corpus Rodríguez Leman Alcides 156; 163
Correa Guerrero José Alfredo 156; 163
Correa Velásquez Rafael 131
Corredor Héctor 219
Cristancho Zambrano Luisa Yaneth 170*
Cruz Cherre Carlos Dangerwell 172
Cuervo Rojas Juliana 218
Cueva Cañola Luis Enrique 169
Dávila Ruales Andrea 135*; 184*; 228
Daza Arana Jorge Enrique 227*
De La Peña Arrieta Edwin 230*
Díaz Martha 204
Díaz Contrejo Nohra Isabel 158
Díaz Morgan María Alejandra 182
Díaz Rodríguez Sara Melina 172; 173
Donado Gómez Jorge Hernándo 179
Dulcey Sarmiento Luis Andrés 124; 190; 214; 215; 229
Duque Zuluaga Valentína 121; 185
Durángo Guitierrez Luisa Fernanda 183
Durángo Gutiérrez Luisa Fernanda 230
Echeverría Correa Luis Eduardo 171*; 180*; 181; 187*; 188; 189; 205; 213
Enciso Mattos Carlos Gustavo 207
Espitia Pérez Lyda Marcela 158
Estrada Amaya Juan Pablo 157
Fernández Avila Daniel Gerardo 193; 221
Fernández Osorio Adrián 176
Ferrebuz Cardozo Atilio Júnior 127
Figueroa Claudia Lucia 186
Figueroa Casanova Rafael 140*; 150*
Flórez Duarte Sebastián Fernando 164
Flórez García Luisa Fernanda 230
Flórez Gómez Cristina Paola 122
Flórez González Valentína 207
Flórez Muñoz Juan Pablo 230
Franco Vivas Julio Andrés 128; 129; 201
Fuentes Jheyson 167; 211
Fuentes Pérez Carlos Alberto 165*
Galindo Agustín 162
Gallego Ojeda Alvaro 130; 132; 142; 144; 154
Galves Cetina Oscar Daniel 159
Gamboa Orozco Carlos David 199*
Gañán Duque Alejandra 212; 231; 232
Gándara Ricardo Jairo Alfonso 126; 230
García Claudia 208; 210
García Loera Arantza Lizbeth 169
García Agudelo Lorena 217
García Cabarcas Deison Manuel 192*
García Cuevas Andrés Mauricio 167; 168; 211; 212; 231; 232
García Peña Angel Alberto 123; 161; 193*; 197; 200; 203; 221
García Pérez Laura Daniela 153
García Rueda Karen Andrea 180; 187
Gasca Insuasti José Alejandro 169
Gil Fabián 203; 218
Gil Laverde Jacky Fabián 161
Gilón Córdoba Laura Fernanda 123
Giraldo Gómez Germán Camilo 231*
Giraldo González Germán Camilo 167*; 168; 196*; 211*; 212*; 232*
Giraldo Posada Paula 159
Giraldo Ramírez Santiago 230
Giraldo Serna Miguel Bernardo 126
Girón Juan Miguel 208
Gómez Aristizábal Beatriz Helena 212; 231; 232
Gómez Ayala Jaime 214
Gómez Ayala Jaime Alberto 124; 190; 215; 229
Gómez Ochoa Sergio A. 171; 180; 187
Gómez Olarte Sergio Felipe 143; 155
Gómez Qiuntero Clara Inés 158
González Iván 155
González Butrón Sergio Andrés 135; 228
González Cetina Nelson Fernelly 127*; 209*
González Vesga Rafael Esteban 147; 148
Guerrero Chalela Carlos 233
Guerrero Chalela Carlos Eduardo 141; 225
Guerrero Quiroz Ruperto Esteban 217*
Gutiérrez Paola 208
Gutiérrez Asmat Flor de María 172; 173; 182
Guzmán Aristizábal Isabella 168
Guzmán Correa Juanita 223
Hernadez Quiñones Daniela 210
Hernández Eric 205; 213
Hernández Durán Jessica Andrea 183*
Hernández Durán Juliana 141*
Hernández Morales Rossanna Alejandra 147*
Hernández Morelos Sheyleen 192
Hernández Navas Jorge Andrés 214
Herrán Fonseca Catalina 206
Herrera Cristhian Emilio 183
Herrera Víctor 170

Herrera Cardona Juan Esteban 217
Herrera Díaz Tifany Dayan 209
Herrera Herrera Jorge Luis 160*
Herrera Martínez Daniela 163
Herrera Sánchez Lyda M. 208; 210
Hurtado Ortiz Alexandra 147; 181; 188; 189
Ibarra Jaime 205; 213
Ibarra Fuentes Nicolás 214
Ibarra Serrano Moraima 128; 129; 201
Idrovo Turbay Carolina Paola 157
Ipia Ordóñez Nasly Violedi 174
Isaza Daniel 157
Jaimes Fabián 230
Jaimes Castellanos Olga Lucía 194
Jara Morillo Jorge Luis 172
Jara Valderrama Jorge Luis 172*; 173*; 182*
Jaramillo Villegas Claudia 175
Jiménez Arias Maríana 121; 185
Johnson Acevedo Brian 124; 229
Johnson Arciniegas Natalia 143
Juan Guardela Emilio José 123; 193; 221*
Jurado Arenales Adriána Milena 181*; 188*; 189*; 194*
Lárez Veronique 130; 132*; 142; 144; 154
Lemus Barrios Gustavo 233*
Lenis Perdomo Samuel 167; 211; 212; 231; 232
Licht Ardila Maricel 181; 188; 189
Lince Varela Rafael 135
Lindarte Vargas Héctor Henry 203
Lineros Montañez Alberto 198; 202
Llorente Pérez Yolima Judith 160
Lopera Mejía Laura 216
López Juan Esteban 167; 211
López Gutiérrez Laura Valentína 191; 216*
López Jaramillo Patricio 208; 210
López López José Patricio 208*; 210*
López Morales Lina Estefany 217
López Ocampo Camilo 121; 185
López Ponce de León Juan David 196
López Velásquez Juan Esteban 212; 231; 232
López Zapata María Teresa 220
Lores Juliana 176*
Luengas Carlos A. 180
Madroñero Muñoz Simón Darío 174*
Maldonado Kevin 143
Maldonado Cañón Kevin 145
Maldonado Escalante Javier Darío 143*; 145
Manrique Hernández Edgar Fabián 181; 188; 189
Manrique Osorio Iván Felipe 123
Manrique Samer Mauricio 197
Mantilla Pérez Beatriz Adriána 148
Mantilla Zambrano Juan Miguel 130*; 132; 142*; 144*; 154*
Manzur Fernando 205; 213
Manzur Jattin Fernando 224
Mariño Correa Alejandro 197
Martell Tolentino Christopher Julio Alberto 172; 173; 182
Martínez Juan Manuel 219
Martínez Bello Daniel 208; 210
Martínez Maldonado Eddy Gabriela 222*
Marulanda Rafael 205; 213
Másmela Sara 155
Matheus Navarro Federico 123
Mayo Peña Laura Elena 128; 129*; 201*
Medina Mur Ramón Iván 157
Mejía Ramírez Carlos Alberto 212; 231; 232
Mejía Roa Luisa 155
Mejía Roldán Melissa 121; 185
Méndez Zaraza Angie Lucia 166*; 222
Mendoza Beltrán Fernán del Cristo 175; 198
Mendoza Monsalve Alejandra 189
Mendoza Quiñónez Angie C. 170
Mera Paredes Paola Andrea 121; 185
Merchán Miguel 226
Molina Germán 145*
Molina José 186
Molina Marroquín Germán Ricardo 143
Monroy Carlos Andrés 127
Monsalve García Isabella 225
Montenegro Avila Alejandro 167; 211; 212; 231; 232
Montero Gómez Isabel 143
Montes Villalobos Lorena 147; 148*
Montoya Juanita 176
Montoya Velásquez Nicolás 167; 168; 211; 212; 231; 232
Morales Sonia 137*
Morales Aguas Liz Karine 224
Morales Echavarría Sonia Emilsen 136
Moreno Cortés Javier 205; 213
Moreno Mercado Sebastián 123
Moreno Silgado Gustavo 205; 213
Morillo Carlos A. 180
Mosquera Viera Vanessa Sthefany 172
Moya Jiménez Luis Antonio 225
Múnera Muñoz Pina Isabel 183; 216
Muñoz Ordóñez Juan Andrés 162
Muñoz Ortíz Edison 126; 230
Muñoz Ramírez Alejandro 168
Muñoz Velandia Oscar Mauricio 203; 221
Murillo Nelson 169*
Narváez Orozco Alejandro 121*; 126; 185*
Niño Alejandra 200
Núñez Nicolás 139
Obando Carlos 139
Ocampo Aristizábal Luz Adriána 228*
Ocampo Gómez David Alberto 175
Ocampo Muñoz Maribel 183
Ochoa Sara 176
Olaya Forero José Leónidas 130; 132; 142; 144; 154
Oliver Hernández Gabriel Antonio 226*
Oñate Rodrigo 205; 213
Oritiz Girón José María 158*
Orozco Burbano Juan David 191

Ortega Diana 188
Ortega Gómez Diego Alejandro 159*; 161; 177*; 193
Ortiz Maluendas Oscar Humberto 198; 202
Otero Johanna 208; 210
Oyola López Edinson 160
Pacheco Castro Miguel 158
Páez Cancelado Cristian Camilo 130; 132; 142; 144; 154
Palacios Daniel 226
Parra Luisa 137
Parra Rodas Luisa María 136*
Pastor Sierra Karina 158
Pech Burgos Luis Alejandro 169
Peña Iván Mauricio 186
Peña Laura 226
Peñata Taborda Ana 158
Perdomo Lugo Juan José 143
Pereira Rodríguez Javier Elíecer 207*
Perenguez Marcela 176
Pérez Osmar 196
Pérez Correa Juan Felipe 217
Pérez Covo Diego Armando 159
Pérez Covo Diego Armando 161*; 193
Perna Reyes Isabella 138; 152
Pineda Ivonne 139
Pineda Betancur Deisy Tatiana 141
Pinilla Marín Angy Katerine 194
Pino Vélez Juan 230
Piraquive Cuadrado Zaida 148
Plasencia Alva Víctor Angel 172; 173; 182
Porras Bueno Cristian Orlando 123*; 161; 203*; 221
Porras Meza Carlos Alberto 178*
Portilla Angulo Natalia 159
Prieto González Gustavo Andrés 147; 148
Quintana Insignares Santiago Rafael 156
Quintana Pájaro Loraine 156; 163
Quintero Adalberto 205*; 213*
Quintero Alvaro Mauricio 216
Quintero Villamizar Jonathan Andrés 164*
Quiroga Pico Lizeth Natalia 194
Quitián Moreno Jerson H. 124; 166; 190; 214; 215; 222; 229
Ramírez Estupiñan Carlos 176
Ramírez Lovera Valeria 157
Ramírez Montaño Diana 176
Ramos Clavijo Daniela Carolina 123; 153
Ramos Torres Oscar Mauricio 179
Rangel Rivera Diego 233
Rangel Rivera Karen Lorena 157
Ravagli Baquero María Paula 193; 200; 203; 221
Realpe Rebolledo María Alejandra 212; 231; 232
Reina Torres Eva Tatiana 142
Rendón Juan Camilo 183
Rendón Giraldo Jairo 230
Restrepo Ricardo 205; 213
Rey Gómez Laura Marcela 186*
Reyes Giovana Patricia 127
Reyes María Alejandra 206
Reyes Casas Martha Cecilia 138*; 152*
Reyes Toledo Raul Eduardo 177
Rincón Hernández Simón 186
Ríos Dueñas Edgar Giovanny 151*; 153*
Rivas Plazas Andrea Del Pilar 127
Rivera Carolina 141
Rizopoulos Dimitris 206
Roa Alejandra 177
Robledo Rivera María José 121; 185
Rodríguez Jaime A. 187
Rodríguez Bautista Karen Dayana 207
Rodríguez Burbano Lady 164
Rodríguez Cruz Daniel Alejandro 168*
Rodríguez García Camilo Andrés 225
Rodríguez Martín Isabel 149*
Rodríguez Medina Nicolás 197*; 200*
Rodríguez Urrego Sofía 161
Rojas Catalina 144
Rojas Lyda Z 194
Rojas Lyda Z. 170; 171; 180; 187; 204
Rojas Maribel 188
Rojas Téllez Luis Giovanni 169
Rojas Reyes Catalina 130; 132; 142; 154
Rojas Rubiano María Camila 179*
Romero Daza Juan Pablo 140; 150
Romero Massa Elizabeth 192
Romero Seguro Sergio Andrés 228
Rosas Andrade Jaime Fernando 175
Rueda Ochoa Oscar Leónel 206*
Ruiz Bedoya Custodio Alberto 159
Saaibi Meléndez Michelle 218*
Saaibi Solano José Federico 218
Saavedra Henao Juan David 140; 150
Sabogal Ardila Daniel Alejandro 147
Salazar Castro Gabriel 233
Salcedo Pedraza Juan Sebastián 214
Saldarriaga Giraldo Clara 162
Saldarriaga Giraldo Clara Inés 121; 185; 191; 216
Sanabria Yesenia 189
Sánchez Laura 139*
Sánchez Collazos Germán 155*
Sandoval Carolina 219
Sandoval Néstor 139
Sandoval Briceño Diana Carolina 193
Sandoval Castro Astrid Nohely 172; 173; 182
Sandoval Páez Paula Alejandra 163
Sandoval Trujillo Pablo 146*
Santacruz Pacheco David 175
Sarmiento Juan Andrés 143; 155; 223
Sarmiento Carmona Mario Andrés 225*
Sarmiento Castañeda Juan Manuel 198; 202
Senior Sánchez Juan Manuel 230
Senociaín Julián 139; 141
Serrano Julio César 225

Serrano Alarcón María Gabriela 208
Serrano García Angie Yarlady 171; 180; 187
Sierra Castillo Santiago 126; 162
Sierra Molina Antonio Manuel 147
Sierra Porta David 224
Sifuentes Orbegoso Akemy Alejandra 172; 173; 182
Silva Oblitas Christopper Stewart 172; 173; 182
Solarte Mejía Abdiel Milovan 212; 231; 232
Tamayo Juan 205; 213
Theran León Juan Sebastián 122; 124; 190; 214; 215; 229
Toro Arvelaiz Nilmar del Valle 128; 129; 201
Toro Solórzano Marlon 128; 129; 201
Torres Adriána 226
Torres Bustamante Angela 180; 187
Torres Chávez Mario César 169
Torres Pinzón Harold 166
Torres Prieto Alexander 210
Torres Sánchez Mayra Alejandra 194
Toscano Dulcey Luis Fernando 214*
Tovar Portilla Marco Andrés 207
Trujillo Henao Ana Sofía 161; 193
Urbina Ariza Thomas 233
Uscátegui Ruiz Adriána Catalina 159
Valderrama Galofre Ana María 198*
Vallejo Natalia 176
Varela Miranda Rubén Eduardo 227
Vargas Angélica 189
Vargas Rodríguez Ledmar Jovanny 217
Vásquez Rodríguez Juan Felipe 157*; 233
Vega Báez Merardo Andrés 159
Velasco Castro Julio César 217
Vera Cala Lina María 164
Vergara Angulo Steven 130; 132; 142; 144; 154
Vergara Chávez María Juliana 178
Vernaza Trujillo David 176
Vesga Angarita Boris Eduardo 164
Villa Hincapié Carlos Andrés 139
Villa Saldarriaga María Paulina 179; 191
Villamarín Velásquez Ricardo 233
Villamizar Alejandra 166
Villamizar Anaya Daniel Alberto 166; 222
Vinck Eric E. 147; 148
Vivas Giraldo Diego Alejandro 223
Zambrano Urbano José Leónel 174
Zapata Sánchez Margarita María 131; 184; 228

RESÚMENES DE PRESENTACIONES DE CASOS CLÍNICOS

CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

1 Angioplastia y stent coronario bioabsorbible en estenosis crítica del tronco coronario izquierdo post-corrección de ALCAPA en paciente escolar: Una estrategia de intervencionismo pediátrico de alta complejidad.

Olga Cecilia Maza Caneva; *Susana Margarita Villanueva Arteta; Rafael René Medina Lucero; Luis Eduardo Arteta Bonett; María José Poveda Guzmán*

Introducción
La anomalía del origen de la arteria coronaria izquierda desde la arteria pulmonar (ALCAPA) es una cardiopatía congénita rara que se presenta típicamente con fallo cardiaco en la infancia. La reparación quirúrgica, ha mejorado significativamente la supervivencia. Sin embargo, la estenosis tardía de los ostium coronarios reinsertados es una secuela grave que puede precipitar isquemia miocárdica e insuficiencia cardiaca. Este reporte describe el manejo innovador de una estenosis crítica ostial del Tronco Coronario Izquierdo (TCI) mediante angioplastia y el implante de un stent coronario bioabsorbible en una paciente escolar, representando una decisión de alto riesgo en un contexto pediátrico.

Materiales y Métodos
Presentación del caso.
Paciente escolar de 10 años, con antecedente de corrección de ALCAPA a la edad de 8 meses, que ingresa una década más tarde por clínica de disnea progresiva a mínimos esfuerzos. Los estudios iniciales, incluyendo Angiotac coronario y cateterismo diagnóstico confirmaron una estenosis crítica del ostium y segmento proximal del TCI, con mediciones angiográficas de hasta 1 mm.

Resultados
Intervenciones terapéuticas y resultados.
Inicialmente se consideró la reintervención quirúrgica (plastia de ostium), pero ante las dificultades logísticas presentadas dadas por alergia al látex de la paciente, se optó por un enfoque intervencionista de alta complejidad.
Se decidió realizar una angioplastia del TCI ostial guiada por Ultrasonido Intravascular Coronario (IVUS) y posterior implante de un stent bioabsorbible. El IVUS pre-intervención evidenció una obstrucción crítica con un Área Mínima Luminal (AML) ostial de 1.68 mm. Se realizó angioplastia con balón e implante de stent bioabsorbible 3.5 mm x 18 mm, se alcanzó una AML ostial de 10.7 mm, con un resultado angiográfico de flujo TIMI III.

Conclusiones
Este caso destaca la viabilidad y el éxito técnico de la angioplastia con implante de stent bioabsorbible guiado por IVUS para la estenosis crítica del TCI en el contexto de un postoperatorio alejado de ALCAPA. La patología coronaria adquirida postquirúrgica en niños presenta un desafío único debido al potencial de crecimiento y la necesidad de evitar la constricción mecánica de un stent metálico permanente. El uso del stent bioabsorbible mitiga el riesgo de encarcelamiento de ramas y la necesidad de futuras revascularizaciones en el vaso en crecimiento, constituyendo una estrategia de rescate de alta formación académica para la Unidad de Cuidados Cardiovasculares Pediátricos.

2 Atresia tricúspidea con transposición de grandes vasos: desafío diagnóstico y terapéutico en el recién nacido

Sonia Del Pilar Muñoz Guerrero; *Santiago Recalde Palacios; Luis Eduardo Arteta Bonett; María Victoria Salgado Pérez*

Introducción
Las cardiopatías congénitas con atresia tricúspidea y transposición de grandes vasos son infrecuentes y graves en neonatos, con inestabilidad hemodinámica y requerimiento de intervención temprana. El diagnóstico precoz y el enfoque multidisciplinario son clave. El bandaje de la arteria pulmonar es una paliación eficaz en casos de hiperflujo o anatomía compleja.

Materiales y Métodos
Se presenta caso de atresia tricúspidea tipo IIB, transposición de grandes vasos en neonato, hijo de madre con diabetes gestacional con pobre control prenatal, quien requirió manejo paliativo con bandaje de la arteria pulmonar.

Resultados
Recién nacido masculino, hijo de madre de 38 años, primigestante con pobre control prenatal, antecedentes de diabetes gestacional insulinodependiente, obesidad, infecciones urinarias recurrentes e incompatibilidad Rh. Nació pretérmino tardío (36.3 semanas) por cesárea indicada por preeclampsia severa, con adecuado Apgar. Fue diagnosticado con cardiopatía congénita compleja: atresia tricúspidea tipo IIB, transposición de grandes vasos, defecto septal interauricular aneurismático, defecto interventricular amplio, vena cava izquierda persistente, estenosis valvular pulmonar mínima y ventrículo derecho hipoplásico. Presentó disnea y cianosis con Silverman 3 (saturación 78%), requiriendo soporte con cánula de alto flujo. A los 14 días se realizó bandaje de arteria pulmonar (gradiente 60 mmHg) y ligadura de ductus arterioso, sin apoyo ventilatorio postoperatorio. Ecocardiograma postquirúrgico mostró leve disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (FEVI 57%). Desarrolló hiponatremia severa persistente, sospechándose hiperplasia suprarrenal congénita perdedora de sal, aunque el estudio molecular del gen CYP21A1 resultó negativo.

Conclusiones
La atresia tricúspidea con transposición de grandes vasos representa un desafío hemodinámico neonatal que requiere intervenciones tempranas y precisas. El bandaje de la arteria pulmonar (PAB) es una estrategia paliativa útil para controlar el hiperflujo pulmonar y proteger la circulación sistémica, mientras se obtiene estabilidad para futuros procedimientos. La coexistencia de hiponatremia severa sugiere hiperplasia suprarrenal congénita, por lo que el manejo endocrinológico es

3 Insuficiencia valvular auriculoventricular severa en paciente con fenotipo compatible con síndrome de Marfan neonatal: presentación de un caso fatal

Olga Cecilia Maza Caneva; *Alexandra Xilena Rojas Núñez; Rafael Enrique Forero Restrepo; Katiuska Molina Pacheco*

Introducción
Síndrome de Marfan neonatal, enfermedad rara del tejido conectivo, autosómica dominante, causada por mutaciones en el gen FBN1 en el cromosoma 15q21.1, esencial para las fibras elásticas; el 25% presenta mutaciones espontáneas sin antecedentes familiares (1,2,3,4,5). Su incidencia es de 1-3 de cada 10.000 nacidos vivos, afecta a ambos sexos (1,4,5). Se caracteriza por aracnodactilia, laxitud articular, contracturas articulares, ectopia lentis y compromiso cardiovascular como insuficiencia tricúspide y/o mitral y dilatación de la raíz aórtica, siendo la principal causa de muerte (3).

Materiales y Métodos
Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, basado en historia clínica.

Resultados
Neonato masculino, hijo de madre de 23 años, G5C2A3, embarazo controlado, con infección de vías urinarias en el segundo trimestre, ecografía prenatal con cardiomegalia concéntrica, insuficiencia tricuspídea severa, hipoplasia pulmonar severa y posible cierre prematuro del ductus.
Nace a las 37 semanas de gestación, medidas antropométricas adecuadas, cianosis, hipotonía y dificultad respiratoria severa, requirió VMI y traslado a uci neonatal. Examen físico con microcefalia, fontanela amplia, catarata congénita bilateral, opacidad corneal, microftalmia, orejas de implantación baja y rotados posteriormente, puente nasal deprimido, micrognatia, aracnodactilia, hiperlaxitud articular, calcáneo valgo y piel redundante (ver Figura 1)
Paraclínicos con hemograma y química sanguínea normal; gases arteriales con hipoxia severa ante sospecha de cardiopatía ductus dependiente inician prostaglandina E1, radiografía de tórax con cardiomegalia (ver Figura 2), ecocardiograma con aurículas dilatadas, disfunción biventricular severa, válvulas auriculoventriculares displásicas con insuficiencia severa, raíz aórtica dilatada y conducto arterioso permeable (ver Figura 3) y ecografía transfontanelar con hidrocefalia.
Cardiología pediátrica diagnóstica cardiopatía congénita compleja, con fenotipo de síndrome de Marfan neonatal, suspende prostaglandina E1 e inicia milrinone. Genética realiza cariotipo 46 XY en 25 metafases y estudio GEN FBN1.
A pesar de ventilación, nutrición parenteral y cuidados intensivos, evoluciona desfavorablemente con hipoxia refractaria y disfunción multiorgánica, falleciendo a los 13 días.

Conclusiones
Se presenta caso clínico con fenotipo de síndrome de Marfan neonatal de Novo sin antecedentes familiares, en la etapa neonatal existe relación genotipo-fenotipo por mutaciones en axones 23-32; el paciente presenta compromiso cardiovascular severo confirmada por ecocardiografía, a la espera de confirmación genética (GEN FBN1) (2).
La principal causa de morbi-mortalidad es cardiovascular: insuficiencia cardíaca congestiva (85%), dilatación de la raíz aórtica con compromiso de los senos de Valsalva (70-80%), disección aórtica, prolapso de la válvula mitral (55-69%), dilatación de la arteria pulmonar, calcificación precoz del anillo mitral y la dilatación de la aorta descendente torácica o abdominal (7).

4 Miocardiopatia dilatada en un lactante menor con variante en gen MYBPC3

Olga Cecilia Maza Caneva; *Soraya Terán; Andrea Restrepo; Susana Margarita Villanueva Arteta; Yorlenis Palacio*

Introducción
La miocardiopatía dilatada (MCD) puede ser de origen primario o secundario. La mayoría de los casos pediátricos son idiopáticos y se atribuyen a una anomalía genética subyacente. Presentamos el caso de un lactante menor con cuadro súbito de distress respiratorio y estudio genético compatible con miocardiopatía.

Materiales y Métodos
Masculino de 3 meses de edad previamente sano, con episodio único de cianosis peribucal, polipnea y tirajes subcostales. Ecocardiograma reporta cavidades izquierdas dilatadas con fracción de eyección reducida (FEVI 25%). Resonancia magnética cardiaca (RMC) con patrón de reforzamiento miocárdico no isquémico, sin edema ni defectos en perfusión. Propéptido natriurético tipo B (proBNP) en 7.752 pg/mL. Resto de paraclínicos descartaron causas infecciosas y metabólicas. Se inicia manejo de falla cardíaca con carvedilol, espironolactona y enalapril, consiguiéndose descenso en valores de proBNP (1.471 pg/mL), tolerando adecuadamente incremento de dosis. Panel genético con reporte de variante patogénica en gen MYBPC3. Propuesto para estudio pre- trasplante.

Resultados
La MCD representa el 50% de todos los casos de miocardiopatía, siendo más frecuente en menores de dos años. El espectro de presentación clínica dependerá de la edad, etiología y grado de compromiso cardiaco. Su hallazgo puede ser incidental en pacientes asintomáticos. No obstante, el 80% de los casos se manifiestan con insuficiencia cardiaca congestiva.
El ecocardiograma es el método diagnóstico inicial para evaluar estructuras así como función cardíaca. La RMC se utiliza en casos complejos, permitiendo identificar patrones de fibrosis, isquemia y edema, con importantes implicaciones pronósticas.
El tratamiento farmacológico optimiza la función cardíaca y previene complicaciones. Su efectividad se puede monitorear a través de biomarcadores como el proBNP. El único tratamiento definitivo es el trasplante por lo que se asocia a un mal pronóstico en edades tempranas.
Las pruebas genéticas han generado nuevos conocimientos sobre los fenotipos clínicos ya establecidos que incluyen patrones dilatados, hipertróficos y restrictivos. Algunos pacientes se categorizan de manera típica y otros pueden superponerse. Las mutaciones del gen MYBPC3 se han relacionado principalmente con miocardiopatía hipertrófica, sin embargo en varios estudios se ha demostrado esta mutación en pacientes con MCD esporádica o familiar.

Conclusiones
La integración de la evaluación clínica, la imagen cardíaca avanzada y el análisis genético permite un abordaje más completo de la MCD. La detección de una variante en MYBPC3 refuerza la idea de que este gen puede expresarse en distintos fenotipos, aunque su participación en la forma dilatada requiere ser confirmada mediante más estudios.

5 Miocarditis eosinofílica aguda en el debut de una leucemia linfoblástica B en pediatría.

Jessie Alejandro Paba Zarante; *Andrea Eloísa Ruiz Quintero; Gabriel Vergara Vergara; Angel Castro Dager*

Introducción
La miocarditis eosinofílica es una forma rara de inflamación miocárdica caracterizada por infiltración de eosinófilos y daño citotóxico directo al tejido cardíaco. En pediatría, su aparición como manifestación inicial de leucemia linfoblástica aguda (LLA) es excepcional, especialmente en la variante de precursores B, la hipereosinofilia puede preceder al diagnóstico hematológico y asociarse a compromiso cardíaco severo, lo que subraya la necesidad de un abordaje diagnóstico y terapéutico multidisciplinario precoz.

Materiales y Métodos
Se presenta el caso de una paciente femenina de 10 años, remitida de un hospital regional por fiebre y dolor abdominal persistente. Al ingreso se evidenció leucocitosis extrema (120.000/µL) con eosinofilia del 28%. Se realizó aspirado y biopsia de médula ósea, cuyo mielograma mostró linfoblastos tipo L1, algunos con morfología en mango de espejo, y una abundante población eosinofílica, confirmándose el diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda de precursores B (LLA-B). Durante su valoración por Cardiología Pediátrica, el ecocardiograma Doppler transtorácico reveló hipertrofia biventricular y derrame pericárdico leve, con elevación de proBNP y troponina positiva en paciente asintomática, ante estos hallazgos se realizó resonancia magnética cardíaca, que confirmó una miocarditis eosinofílica aguda en fase trombótica, con trombos intracavitarios y disfunción biventricular leve. Se instauró manejo con anticoagulación plena con heparina de bajo peso molecular, milrinona con titulación progresiva, espironolactona y posterior transición a carvedilol tras suspensión del inodilatador. Además, se administró dexrazoxano como cardioprotector previo al inicio del esquema quimioterápico con antraciclinas. La evolución clínica fue favorable, con mejoría de la función cardíaca, reducción del tamaño de los trombos y seguimiento multidisciplinario estrecho

Resultados
La infiltración miocárdica eosinofílica puede generar daño estructural, fibrosis y trombosis intracavitaria. En el contexto de LLA, constituye una manifestación rara que puede simular o coexistir con miocarditis primaria. El diagnóstico oportuno mediante resonancia magnética cardíaca permite evaluar la extensión inflamatoria y guiar el tratamiento. En pacientes que requieren antraciclinas, el uso de dexrazoxano es esencial para prevenir cardiotoxicidad adicional. La vigilancia ecocardiográfica y la optimización hemodinámica son pilares del manejo.

Conclusiones
La miocarditis eosinofílica asociada a LLA B es una entidad infrecuente y potencialmente fatal. El reconocimiento temprano y la intervención conjunta entre cardiología y oncología son determinantes para preservar la función miocárdica y mejorar el pronóstico.

6 Primer implante exitoso de marcapasos transcatéter sin cables en paciente pediátrico con cardiopatía congénita corregida en Latinoamérica, Reporte de un caso y revisión de la literatura

Lynda Juliana Henao Torres; *Alvaro Enrique Arenas Auli*

Introducción
El marcapasos transcatéter sin cables es una opción segura y eficaz para pacientes con indicación de estimulación. En la población pediátrica puede ser una alternativa en pacientes con cardiopatías congénitas que cumplan criterios de clase I o II para la implantación de marcapasos y múltiples esternotomías, toracotomías o fallas en los sistemas convencionales. El sistema de estimulación transcatéter Micra™ es un marcapasos unicameral miniaturizado que se introduce mediante catéter por la vena femoral y se implanta directamente en el ventrículo derecho.

Materiales y Métodos
Caso clínico de paciente pediátrico con cardiopatía congénita corregida y uso de marcapasos por disfunción sinusal, que desarrolló complicaciones asociadas al sistema convencional, por lo que requiere de implante de marcapasos sin cables. La búsqueda bibliográfica se realizó en PubMed, ScienceDirect y Google Académico.

Resultados
Femenina de 15 años, 45kg, con historia de corrección de transposición de grandes arterias mediante cirugía de switch arterial a los 30 días de vida, y posterior disfunción sinusal sintomática (trazo 1), usuaria de marcapasos desde la primera semana postoperatoria, que durante evolución desarrolló múltiples complicaciones asociadas al sistema convencional (infecciones recurrentes, granulomas por cuerpo extraño) por lo que necesito de recambios y explantes de generador y electrodos los cuales inicialmente eran epicardicos posterior endocavitarios hasta llegar a la extracción completa del dispositivo. En vista que la paciente había sido sometida a 4 esternotomías previas para reparaciones quirúrgicas, incluyendo reconstrucción del tronco y válvula pulmonar, y en contexto de complicaciones asociadas al dispositivo de estimulación descritas, bajo anestesia general y acceso femoral izquierdo, se implantó marcapasos transcatéter sin cables en septum interventricular medio (figura 1.) sin complicaciones con estudio hemodinámico previo enfocado en ventriculografía derecha. Se obtuvieron parámetros óptimos (umbral 0.24 V, impedancia 640 ?, onda R 14 mV) y se programó en modo VVIR 80–140 lpm. La evolución postoperatoria inmediata fue favorable, en la radiografía de tórax se evidencia dispositivo en adecuada posición (figura 2) y Holter 24 horas con ritmo de marcapaso unicameral normofuncionante (trazo 2.)

Conclusiones
La estimulación transcatéter con dispositivos como marcapasos sin cables emerge como alternativa prometedora en la población pediátrica que requerirán estimulación de por vida, al suprimir una fuente importante de complicaciones asociadas a los sistemas convencionales de estimulación. Sin embargo, se necesitan más estudios para evaluar definitivamente la viabilidad y seguridad de esta tecnología en niños en observaciones a largo plazo. Para el conocimiento de los autores es el primer caso reportado en LATAM.

7 ¿Son las obstrucciones subaórticas susceptibles de tratamiento endovascular? Reporte de caso

Ana María Aristizábal Bolaños; *Luz Elena Arbeláez Correa; Yazmin Karina Arroyo Nisperuza*

Introducción
La obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) posterior a la corrección quirúrgica de la doble vía de salida del ventrículo derecho (DVSVD) se reporta entre el 3,5-11%. El manejo convencional de la obstrucción del TSVI es quirúrgico. Sin embargo, en pacientes con cardiopatías congénitas complejas, el implante de stent en el TSVI puede representar una alternativa terapéutica.
El objetivo fue evaluar la seguridad y eficacia de una intervención endovascular en una paciente adulta con cardiopatía congénita compleja y obstrucción severa del TSVI.

Materiales y Métodos
Paciente femenina de 35 años con diagnóstico de DVSVD con vasos malpuestos, quien fue llevada a los 14 años a corrección quirúrgica tipo Rastelli (tunelización del flujo del ventrículo izquierdo a la aorta a través de un parche con cierre simultáneo de comunicación interventricular y conexión entre ventrículo derecho-arteria pulmonar con homoinjerto N° 20).
A los 31 años (2021) presentó estenosis severa del homoinjerto pulmonar, basado en recomendaciones internacionales, se realizó implante de válvula pulmonar Melody N° 22 en dos tiempos, con adecuada evolución.
Ahora con deterioro progresivo de clase funcional, se evidencia obstrucción severa del TSVI, con diámetro en sístole de 6 mm y en diástole de 12 mm, a 2.8 cm del plano valvular aórtico y gradiente pico a pico de 110 mmHg.

Resultados
En junta multidisciplinaria se decide manejo endovascular por alto riesgo de reintervención quirúrgica y buen funcionamiento del válvula pulmonar. Vía retrógrada se implanta stent CP no cubierto 8 Zig X 3.4 cm montado sobre balón BIB 14 mm x 40 cm que se lleva a 6 atm, sin complicaciones. Con disminución de gradiente pico a pico a 30 mmHg.
Ecocardiograma transtorácico posterior reporta stent bien posicionado, con gradiente de 16 mmHg.

Conclusiones
El manejo de las obstrucciones del TSVI suele ser quirúrgico. No obstante, en pacientes con antecedente de múltiples reintervenciones, el riesgo asociado se incrementa de manera significativa. En este caso, la opción quirúrgica implicaba además una alta probabilidad de pérdida de la válvula previamente implantada.
Bajo estas consideraciones, el abordaje endovascular es una alternativa terapéutica apropiada, al permitir la resolución efectiva de la obstrucción del TSVI, evitando la morbilidad inherente a la cirugía y preservando la función de la válvula pulmonar. Este caso resalta el valor del análisis multidisciplinario en la selección de estrategias individualizadas y demuestra que, en escenarios complejos, la intervención percutánea puede constituir una opción segura y reproducible que optimiza los resultados clínicos.

8 Tromboendarterectomia pulmonar en paciente pediátrico: un desafío superado.

Valeria Ramírez Jaramillo; *Albert Franz Guerrero Becerra; Andrés Felipe Rubio Duarte; Diego Humberto Márquez Bohórquez; Claudia Ximena Flórez Rodríguez; Iván Alexander Pinto Martínez*

Introducción
La tromboendarterectomía pulmonar es el único tratamiento curativo para la enfermedad tromboembólica pulmonar crónica. En población pediátrica son limitados los casos donde este procedimiento ha sido realizado con éxito, más aún, en nuestro medio con las limitaciones propias de un país de bajo-medianos ingresos. En niños constituye un reto aun mayor dado el tamaño de las estructuras anatómicas y las comorbilidades subyacentes a la enfermedad tromboembólica.

Materiales y Métodos
Se presenta el caso de una femenina de 14 años con diagnóstico de hipertensión pulmonar severa secundaria a tromboembolismo pulmonar crónico, comorbilidad leucemia linfoblástica aguda en la cual se realizó tromboendarterectomia pulmonar bilateral de forma exitosa.

Resultados
Femenina de 14 años con diagnostico leucemia linfoblástica aguda de precursores B, quien se encontraba en manejo quimioterapéutico. Durante la terapia presenta síntomas respiratorios, evidencia de neumonía necrosante en base pulmonar derecha. Luego del tratamiento antibiótico por 6 semanas se realiza nueva tomografía de tórax con evidencia de trombosis de la arteria pulmonar lobar inferior y media derecha, confirmado en cateterismo cardiaco sin signos de recanalización y con presión media pulmonar en 23 mmHg, por lo que se inicia manejo con Enoxaparina. Luego de 2 semanas del diágnostico y una vez culmina el último ciclo de Blinatumomab se realiza tromboendarterectomia pulmonar, bajo circulación extracorpórea a 20° se procede a arteriotomia pulmonar derecha hasta segmentos distales lóbulo inferior y medio evidenciando oclusión total de la rama lobar inferior y media derecha, sin compromiso de arteria lobar superior. Posterior tromboendarterectomia de los segmentos comprometidos y reconstrucción vascular. Se procede a arteriotomia pulmonar izquierda con ausencia de lesión endotelial. TAC de tórax posterior con evidencia de arteria pulmonar derecha con adecuado flujo a las arterias lobares. Paciente con adecuada evolución, se da egreso hospitalario luego de 2 semanas del procedimiento, en manejo con anticoagulación y vasodilatador pulmonar.

Conclusiones
La enfermedad tromboembólica pulmonar en pediatría es poco frecuente, por lo que son limitados los casos de procedimientos exitosos de tromboendarterectomía en esta población. Es un reto la realización del procedimiento que implica una planeación rigurosa, la técnica quirúrgica debe realizarse bajo hipotermia y procurando realizar de forma exhaustiva la revisión del endotelio de las arterias pulmonares de forma bilateral. Este procedimiento tiene una alta tasa de éxito permitiendo la resolución de la obstrucción y las subsecuentes complicaciones cardiopulmonares de la enfermedad tromboembólica crónica.

9 Uso de Stent Reabsorbible en la Corrección de Coartación de Aorta en Neonatos: Serie de casos.

Antonio José Madrid Pinilla; *Ernesto León Vallejo Mondragón; Guiselle Alexandra Cristancho Olaya; Paola Andrea Angel Ruiz; Angie Paola García Guevara; José Fernando Gómez Urrego*

Introducción
La coartación de aorta es un estrechamiento congénito de la aorta que genera hipertensión en extremidades superiores. Se diagnostica inicialmente por ecocardiografía. En neonatos y lactantes pequeños, la cirugía suele ser el tratamiento estándar, mientras que en pacientes de más de 25 kg y adultos se emplea la angioplastia con stent, que mejora el flujo y reduce la recoartación en comparación con el balón. No obstante, se registra recoartación en 24 % y complicaciones como aneurisma o fractura en un rango de 6–24 %. Los stents absorbibles, aún en fase experimental, ofrecen soporte temporal que podría permitir el crecimiento vascular y disminuir reintervenciones, especialmente en niños.

Materiales y Métodos
Se describen tres neonatos con coartación aórtica tratados mediante implantación de stents reabsorbibles. El primer caso correspondió a una lactante de tres meses, pretérmino de 32 semanas, con insuficiencia cardíaca severa, tratada con stent coronario reabsorbible de 4 × 20 mm, con desaparición del gradiente y mejoría funcional sostenida. El segundo caso fue un recién nacido de 30 semanas, con coartación yuxtaductal de 1.4 mm, en quien se implantó un stent Magmaris 3.5 × 15 mm; presentó recoartación a las seis semanas que se resolvió exitosamente mediante redilatación. El tercer caso correspondió a un neonato de 31 semanas, con comorbilidades severas, tratado con un stent Freesolve 4 × 18 mm, logrando estabilidad hemodinámica sin complicaciones.

Resultados
La coartación aórtica es un estrechamiento congénito poco frecuente (?1 en 2 900 nacidos), con predominio masculino (4:1), a menudo asociado a otras malformaciones cardíacas. Se manifiesta por hipertensión en brazos y diferencia de presión >= 20 mmHg entre extremidades, y se clasifica en formas preductal (neonatal) y posductal (adolescencia/adultos). El diagnóstico inicial se basa en ecocardiografía supraesternal, complementada por angiotomografía multicorte para planificar la intervención, y se recomienda resonancia magnética con flujo 4D para el seguimiento sin radiación. En neonatos y lactantes, la cirugía sigue siendo el estándar, aunque la angioplastia con stent de bajo perfil es una alternativa en pacientes de alto riesgo. El Osypka BabyStent® ha mostrado éxito técnico en el 100 % de los casos y aumento del diámetro aórtico > 50 % en el 79 %, con supervivencia al año, aunque la mayoría requirió redilatación. Otros stents de reabsorbibles como Freesolve y Magmaris ofrecen soporte temporal y posibilitan el crecimiento vascular, pero aún están en fase experimental sin aprobación clínica rutinaria

Conclusiones
La colocación de un stent reabsorbible en lactantes con coartación aórtica constituye una alternativa terapéutica emergente y potencialmente transformadora en cardiología pediátrica.

10 Valvulopatía mitral y tricúspidea progresiva en síndrome de Marfan con aurícula izquierda gigante: a propósito de un caso pediátrico.

Andrea Dávila Ruales; *Sergio Andrés González Butrón; Sergio Andrés Romero Seguro; Juan Roberto Donado Perna*

Introducción
El síndrome de Marfan (SM) es una enfermedad autosómica dominante del tejido conectivo, causada por mutaciones en el gen FBN1, que codifica la fibrilina tipo 1, proteína estructural esencial de la matriz extracelular. Su prevalencia se estima entre 4,6 y 6,5 por cada 100.000 personas. Las manifestaciones clínicas comprometen principalmente los sistemas musculoesquelético, ocular y cardiovascular, siendo este último la principal causa de morbimortalidad. Dentro del espectro cardiovascular, la afectación aórtica es la manifestación más grave; sin embargo, el compromiso no aórtico, como la valvulopatia auriculoventricular también tiene relevancia clínica, generando insuficiencia significativa. La prevalencia del prolapso mitral varía entre 40–68 % en adultos y 32–38 % en menores de 18 años. Aunque la dilatación auricular izquierda suele atribuirse al compromiso valvular, estudios recientes han evidenciado aumento auricular independiente de la función ventricular o del grado de insuficiencia valvular, sugiriendo alteración estructural intrínseca del tejido auricular. En este contexto, se presenta un caso pediátrico de SM con valvulopatía mitral progresiva, doble reemplazo mitral y dilatación auricular izquierda extrema.

Materiales y Métodos
Descripción de un caso clínico de un paciente pediátrico con síndrome de Marfan con compromiso valvular mitral y tricúspideo progresivo y marcada dilatación auricular izquierda, intervenido quirúrgicamente con reemplazo mitral mecánico y atrioplastia izquierda, en una institución de alta complejidad en Medellín, Colombia.

Resultados
Paciente masculino de 14 años con SM confirmado genéticamente, con valvulopatía mitral y tricuspídea desde los 18 meses. A los 9 años se realizó reemplazo valvular mitral con prótesis biológica, plastia tricuspídea y exclusión de orejuela izquierda. Durante el seguimiento presentó función ventricular izquierda preservada, insuficiencia mitral leve a moderada y dilatación de cavidades izquierdas.
Consultó por palpitaciones, documentándose taquicardia supraventricular. El ecocardiograma mostró doble lesión grave de la bioprótesis mitral, con gradiente medio de11 mmHg e insuficiencia mitral grave, hipertensión pulmonar y dilatación auricular izquierda muy grave (volumen 488–555 mL/m²). Se realizó reintervención quirúrgica con reemplazo valvular mitral mecánico St. Jude #33 y atrioplastia izquierda. La evolución postoperatoria fue favorable.

Conclusiones
El compromiso valvular auriculoventricular en el síndrome de Marfan ha sido históricamente subestimado frente a la afectación aórtica, a pesar de que el prolapso valvular mitral y tricúspideo constituye una manifestación frecuente y clínicamente relevante, especialmente en las formas de inicio temprano, requiriendo intervenciones quirúrgicas mayores a edades tempranas. Si bien en el estudio de Zhang et al. no se reportaron tamaños auriculares tan marcados, este caso sugiere la interacción de mecanismos estructurales (alteración del tejido conectivo) y hemodinámicos como determinantes de la dilatación extrema. El abordaje multidisciplinario y la selección quirúrgica individualizada, incluyendo la prótesis mecánica y la atrioplastia, son esenciales para optimizar el pronóstico en pacientes pediátricos con compromiso valvular en el síndrome de Marfan.

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

11 Anemia de células falciformes e hipertensión pulmonar tromboembólica crónica llevado a tromboendarterectomía pulmonar. A propósito de un caso.

Gabriel Antonio Oliver Hernández; *Alvaro José Oliver Espinosa; Francisco Hernándo Santos Calderón; Darío Andrade*

Introducción
La anemia de células falciformes (ACF) es una hemoglobinopatía hereditaria autosómica dominante causada por el cambio en un aminoácido en el gen de la hemoglobina llevando a su formación anormal, produciendo pobre afinidad por el oxígeno además de una membrana que fomenta su hemólisis y apoptosis temprana, reduciendo su vida media condicionando procesos como vasculopatía, vaso-oclusión, estado protrombóticos, proinflamatorios e inmunosupresión en esta población.
La distribución de la enfermedad se da principalmente en zonas endémicas de malaria y/o zonas tropicales, siendo África sub-sahariana la más prevalente, teniendo el 75% de los nacidos a nivel mundial con esta condición (230.000 personas), seguidos de regiones cercanas al Ecuador como Colombia, Panamá, Venezuela y Brasil.
Se expone un caso con compromiso de endotelio pulmonar con tromboembolismo pulmonar crónico e hipertensión pulmonar (HTP) secundaria llevado a tromboendarterectomía pulmonar, mostrando los retos y desenlaces presentados.

Materiales y Métodos
Reporte de caso de paciente masculino de raza negra con ACF con hipertensión pulmonar grupo 4 llevado de forma exitosa a tromboendarterectomía pulmonar

Resultados
Paciente de 29 años, masculino de raza negra. ACF diagnosticada en la infancia, antecedente de tromboembolismo pulmonar hace 6 meses anticoagulado con warfarina. Remitido por 3 meses de disnea y edemas, ecocardiograma con disfunción y dilatación del ventrículo derecho e imagen sugestiva de trombo a nivel tracto de salida derecho, angiotomografía pulmonar con tromboembolismo en ramas principales bilateral y resonancia cardiaca con severa dilatación y disfunción ventricular derecha con cateterismo derecho con HTP moderada precapilar 41mmHG, resistencia vascular pulmonar severamente aumentada y epicárdicas sanas.
Se consideró hipertensión pulmonar tromboembólica crónica con indicación de tromboendarterectomía pulmonar, con previo aval de hematología e infectología. Llevado a intervención con RVP prequirúrgica de 1300 dinas y postquirúrgica de 360 dinas con mejoría en la función ventricular derecha. Adecuada evolución postoperatoria y egreso con heparina subcutánea.

Conclusiones
La ACF es una entidad olvidada probablemente por su localización específica en regiones de África y zonas tropicales de Latinoamérica; donde la carga de enfermedad está distribuida en población empobrecida y desfavorecida.
Por lo anterior y en busca de fomentar el estudio y compresión de este tipo de patologías, se presenta este caso de ACF con complicación infrecuente de compromiso tromboembólico pulmonar recurrente con HTP secundaria, llevado a intervención cardiovascular de alta complejidad de forma exitosa, fomentado así la sospecha diagnóstica en la región, la identificación temprana de complicaciones y las posibles intervenciones médicas y quirúrgicas en esta patología descuidada.

12 Aneurisma Gigante de coronaria derecha roto: a propósito de un caso.

Rafael González; *Lorena Montes Villalobos; Zaida Piraquive Cuadrado; Jaime Alberto Arroyo Sepúlveda; Eric E. Vinck; Gustavo Andrés Prieto González*

Introducción
Los aneurismas gigantes de las arterias coronarias son extremadamente infrecuentes, con una incidencia menor del 0.02% de todas las anomalías coronarias. La situación se complejiza cuando coexisten con fístulas hacia cavidades cardíacas o estructuras venosas, favoreciendo una dilatación masiva del segmento afectado. Esta combinación puede generar imágenes quísticas que simulan otras patologías, como los quistes hidatídicos, dificultando el diagnóstico inicial. La ruptura de estos aneurismas representa una emergencia altamente letal que exige un abordaje quirúrgico inmediato.

Materiales y Métodos
Paciente masculino de 52 años, con fibrilación auricular de reciente diagnóstico y síntomas constitucionales, que ingresa por síncope e hipotensión. En UCI requiere soporte vasopresor, y el ecocardiograma evidencia derrame pericárdico severo con signos de taponamiento, además de múltiples imágenes quísticas intracardiacas (Video 1). Una cavidad dominante orientó inicialmente hacia hidatidosis cardiaca. En sala de hemodinamia se realiza pericardiocentesis de emergencia, drenando 610 mL de líquido hemático sin coágulos, con mejoría parcial seguida de colapso hemodinámico, lo que obliga a instaurar ECMO veno-arterial (VA) de inmediato.
Dada la sospecha diagnóstica inicial, se practica angio-TAC, que identifica un aneurisma gigante de la arteria coronaria derecha (59 mm × 9.5 cm), con trayecto muy tortuoso y dilatación severa. Con estos hallazgos, el paciente es llevado a cirugía de emergencia, encontrando sangrado arterial activo proveniente de un aneurisma roto a 0.5 cm del ostium de la coronaria derecha (Figura 1). Tras establecer circulación extracorpórea, se abre el saco aneurismático —de paredes sumamente delgadas— (Figura 2), se excluyen los vasos aferente y eferente y se reseca el saco (Figura 3), logrando controlar el sitio de ruptura. No se identificó lecho distal revascularizable, por lo que no fue posible realizar puente a la coronaria derecha.

Resultados
En el postoperatorio inmediato, el paciente permanece en ECMO-VA por disfunción ventricular derecha severa. Un cateterismo posterior demuestra fístulas desde la coronaria derecha hacia el seno coronario, con llenado retrógrado desde el sistema izquierdo. Con recuperación progresiva, el paciente es decanulado y posteriormente egresa con terapia triple (anticoagulación y doble antiagregación) y manejo integral de falla cardíaca.

Conclusiones
Se trata de un caso de alto interés por su infrecuencia, su dificultad en el diagnóstico inicial y la severidad de la emergencia. En estos casos, la intervención quirúrgica emergente es mandatoria y la implementación temprana de ECMO V-A es crucial para manejar la falla del ventrículo derecho en estos escenarios.

13 Canulación en Vena Cava Inferior como estrategia de circulación extracorpórea en un paciente con tumor infiltrante a aurícula derecha. Un reporte de caso

Edgar Giovanny Ríos Dueñas; *Juan Sebastián Martínez; Pablo Sandoval Trujillo*

Introducción
El tumor infiltrante hasta la aurícula derecha es una presentación inusual de los tumores renales. Se ha documentado que hasta un 10% de los pacientes pueden llegar a presentar infiltración hasta la vena cava inferior, y de estos un 1% puede llegar hasta la aurícula. Presentamos el caso de un paciente en quien se realizó una estrategia de canulación inusual para la circulación extracorpórea.

Materiales y Métodos
Paciente masculino con tumor renal izquierdo con compromiso vascular a nivel de la cava inferior con gran masa extendida hasta la aurícula derecha con alto riesgo embólico. Se realiza ECO TE intra-operatorio que confirma hallazgos
Se decidió hacer canulación de la cava inferior en la cava abdominal infra renal cercana a la unión de las dos venas ilíacas. En esta zona se permite un mayor retorno venoso, no se compromete el flujo de una de las venas femorales.

Resultados
Se realizo extracción del tumor desde la parte caudal de la vena cava inferior controlando distal con la circulación extracorpórea y torniquetes y extracción de tumor de la aurícula derecha y vena cava inferior a su llegada al corazón desde la parte cardíaca. Se realizó una verificación de limpieza de la vena cava inferior retro hepática.
Se obtiene gran masa de 4x5 cm friable tumoral con trombos la cual se adhiere, pero no infiltra la pared. Se logra bajo circulación extracorpórea con visión directa y palpación, más supervisión ecocardiográfica hacer limpieza de toda la vena cava con entrada libre del flujo.

Conclusiones
En el análisis pre operatorio se discutieron maneras de realizar el abordaje. La decisión del manejo quirúrgico se iba a realizar según los hallazgos de la extensión del trombo tumoral.
1. Venotomía por la vena cava inferior y extracción del tumor sin necesidad de realizar esternotomía.
2. Manejo con circulación extracorpórea y canulación arterial y venosa.
3. Circulación extracorpórea con arresto cardiaco e hipotermia profunda.
4. Clampeo de vena cava inferior supra-hepático y remoción de tumor por venotomía inferior.

El análisis pre-operatorio y la discusión de diferentes estrategias de manejo quirúrgico son de gran valor ya que este tipo de tumores con una gran extensión son infrecuentes. La necesidad de tener un equipo multidisciplinario al igual que alternativas de manejo quirúrgico permiten un desenlace adecuado con la remoción total del tumor y el trombo tumoral y sin evidencia de embolización del mismo.

14 Características Sociodemográficas, Clínicas y Resultados Quirúrgicos en Pacientes Adultos con Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del Segmento ST Llevados a Cirugía de Revascularización Miocárdica on-pump v. off-pump entre los años 2006 - 2024 en un

Edgar Giovanny Ríos Dueñas; *Juan Sebastián Martínez; Jonathan Levy Pascal Fischbach; Manuela RojasHerrera; Ana Sofía Trujillo Henao*

Introducción
El infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) continúa siendo una causa relevante de morbimortalidad cardiovascular. La revascularización miocárdica mediante cirugía de bypass coronario (CABG), con o sin circulación extracorpórea, constituye una estrategia esencial en pacientes con enfermedad coronaria compleja. El presente estudio describe las características sociodemográficas, clínicas y los resultados quirúrgicos de pacientes adultos con IAMCEST intervenidos mediante CABG on-pump y off-pump en un hospital universitario de alto nivel de complejidad en Bogotá entre 2006 y 2024.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de corte transversal. Se incluyeron pacientes >=18 años con diagnóstico de IAMCEST llevados a revascularización miocárdica, registrados en la base de datos institucional. Se excluyeron pacientes con información incompleta (>20%), intervenciones percutáneas previas, IAM traumático, neoplasias activas o cirugía cardíaca concomitante. Se recolectaron variables sociodemográficas, antecedentes clínicos, hallazgos preoperatorios, técnica quirúrgica, datos intraoperatorios, complicaciones y mortalidad. La información se extrajo de historias clínicas, se sistematizó en REDCap y se analizó mediante estadística descriptiva y comparativa. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y clasificado como investigación sin riesgo.

Resultados
Se incluyeron 140 pacientes, de los cuales el 79.29% eran hombres, con edad media de 65 años. Se observó alta prevalencia de factores de riesgo: hipertensión (70.71%), dislipidemia (78.57%), tabaquismo (59.29%) y diabetes (26.43%). La FEVI preoperatoria fue >55% en 32.14%, mientras que 12.86% presentó FEVI <=35%. El número medio de arterias revascularizadas fue 3 (rango 1-5). La técnica más utilizada fue CABG on-pump en 82.14%, con tiempo medio de isquemia de 45 minutos y circulación extracorpórea de 70.5 minutos. El soporte vasopresor intraoperatorio fue requerido en 43.57%.
El 81.43% no presentó complicaciones postoperatorias. Entre las complicaciones observadas, la más frecuente fue la disfunción ventricular izquierda aguda (5%), seguida de shock cardiogénico (3.57%) y fibrilación auricular (2.14%). El 9.29% requirió ventilación mecánica prolongada. No se registró mortalidad intraoperatoria; la mortalidad a 24 horas fue 1.43% y la mortalidad global a 30 días, 2.86%. La estancia media en UCI fue de 4 días y la hospitalaria de 17 días.

Conclusiones
La revascularización miocárdica en pacientes con IAMCEST mostró resultados favorables, con baja incidencia de complicaciones y mortalidad. Ambas técnicas quirúrgicas demostraron perfiles de seguridad adecuados. Estos hallazgos aportan evidencia útil para optimizar la selección técnica y el manejo perioperatorio en pacientes con IAMCEST de alto riesgo.

15 Cirugía híbrida en quirófano no híbrido, para el manejo de aneurisma roto de aorta torácica con afectación multisegmentaria: Thoraflex + stent graft endovascular

Juan Camilo Rendón Isaza; *Elianny Cedano Agramonte; Juan Gonzalo Muñoz; Natalia Guzmán Arango; Maribel Ocampo Muñoz; Jessica Estefanía Morales Zúñiga*

Introducción
El manejo de los aneurismas torácicos rotos representa un desafío quirúrgico mayor, especialmente en pacientes con enfermedad aórtica extensa y antecedentes de disección crónica. La combinación de técnicas abiertas e intervencionistas —cirugía híbrida— permite abordar de forma integral la aorta torácica y abdominal, pero su ejecución fuera de un quirófano híbrido con soporte angiográfico avanzado supone una complejidad técnica excepcional

Materiales y Métodos
Paciente masculino de 71 años con antecedente de hipertensión arterial crónica y disección aórtica tipo A tratada médicamente desde 2018. Consulta por dolor torácico súbito y signos de shock hipovolémico. La angiotomografía de aorta evidenció aneurisma de aorta ascendente 4.6x4.5 cm, aneurisma del arco 4.6x5.2 cm, aneurisma roto de aorta torácica descendente 7.2x7. cm con trombo después del itsmo aórtico, y aneurisma abdominal infrarrenal de 6.0x6.8 cm. Raiz aórtica no aneurismática y válvula aórtica normofuncionante

Resultados
Se realizó un abordaje quirúrgico urgente en un quirófano convencional de hemodinamica. Se estableció circulación extracorpórea con canulación central, hipotermia a 28 grados, perfusión cerebral selectiva y perfusión miocárdica continua. Se efectuó reemplazo de la aorta ascendente, arco aórtico y porción proximal de la aorta descendente con injerto protésico de Dacron e injerto tipo elephant trunk. Se complementó con el implante endovascular de una endoprotesis hasta la unión toracoabdominal, integrando así una cirugía híbrida completa en un entorno no híbrido. La coordinación entre el equipo quirúrgico y el de radiología intervencionista permitió una reconstrucción anatómica y hemodinámicamente satisfactoria. El procedimiento se completó exitosamente con control hemostático adecuado y restablecimiento de la perfusión distal. El paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones cardioneurovasculares, y fue dado de alta en condiciones estables. Posteriormente presentó una endofuga en la porción toracoabdominal, la cual tuvo resolución endovascular

Conclusiones
Este caso resalta la factibilidad y seguridad de realizar una cirugía híbrida compleja en un quirófano no híbrido, mediante una planificación precisa, trabajo multidisciplinario y dominio de las técnicas abiertas y endovasculares. La integración de estrategias híbridas fuera de salas híbridas puede ser determinante para salvar la vida de pacientes con aneurismas rotos de aorta torácica cuando el tiempo es crítico.

16 Comunicación interauricular tipo seno venoso superior y drenaje venoso pulmonar anómalo parcial asociado. Reporte de caso.

Juan Miguel Mantilla Zambrano; *José Leónidas Olaya Forero; Veronique Lárez; Expedito Badillo Ayala; Steven Vergara Angulo; Alvaro Gallego Ojeda; Cristian Camilo Páez Cancelado; Catalina Rojas Reyes; Tatiana Castañeda*

Introducción
La Comunicación Interauricular (CIA) tipo Seno Venoso (SVC) representa el 5% al 10% de todas las CIA. El CIA Seno Venoso se asocia consistentemente al drenaje Venoso Pulmonar Anómalo Parcial 2 al 4%, lo que aumenta su complejidad e implicaciones terapéuticas. Presentamos un caso de una paciente adulta con diagnóstico de CIA-SVC y DAPVP derecho, destacando la necesidad de la corrección quirúrgica definitiva.

Materiales y Métodos
Paciente femenina de 53 años, con disminución de su clase funcional y hallazgos en el examen físico de soplo sistólico eyectivo en foco pulmonar y desdoblamiento del segundo ruido.
Se realizo ecocardiograma transesofágico el cual reporta CIA tipo seno venoso superior de 1.6 cms con cortocircuito de I-D QP:QS 1.8:1. Se realizo cateterismo evidenciando Resistencia vascular pulmonar de 1.1 UW, con presión pulmonar normal y resistencia vascular pulmonar normal con QP:QS 1.9:1

Resultados
Se realiza abordaje quirúrgico por esternotomía anterior, pericardiotomia, canulación aortica y bicava, pinzamiento aórtico, cardioplegia anterógrada bypass total y auriculotomía Derecha (AD) evidenciando CIA tipo SVS de 15 mm con DVPAP de Las venas pulmonares derechas con cambio de estrategia quirúrgica realizando ampliación de la CIA en dirección al plano auriculoventricular y tunelización con parche de pericardio autólogo de venas pulmonares y cierre de CIA, reconstrucción de aurícula derecha con técnico de ¨Y PLASTIA¨ y pericardio autólogos, se realiza medición del gradiente de presión post-corrección entre la VCS y la AD fue de 2mmHg, confirmando el éxito técnico sin obstrucción significativa de la VCS. Tiempo de Clamp : 43 min, Tiempo de CEC: 76min, se confirmaron los hallazgos clave: Ecocardiograma POP: Se observa tabique interauricular integro sin cortocircuito residual, drenaje de venas pulmonares normales, pop de cierre exitoso de CIA, FEVI 58% Seguimiento: Paciente valorada a los tres meses de su POP con adecuada evolución, con mejoría de la clase funcional.

Conclusiones
La CIA Seno Venoso con DAPVP representa una patología con alta complejidad anatómica. La demostración intraoperatoria de DAPVP confirma la necesidad de la corrección quirúrgica a corazón abierto. La técnica de tunelización y ampliacion de la CIA con parche autólogo es el estándar de oro para lograr la separación completa de las circulaciones sistémica y pulmonar de forma segura. El éxito de la reparación, evidenciado por el bajo gradiente residual, subraya la importancia de la intervención oportuna para revertir la sobrecarga crónica del VD y prevenir la progresión de la hipertensión pulmonar.

17 Del diagnóstico multimodal a la intervención: revascularización quirúrgica en un adulto joven con origen anómalo de la arteria coronaria derecha.

Camilo Hernández; *Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; Keiner Tatis; Laura Victoria Mendoza Montenegro; Gilberto Estrada; Federico Núñez; Oscar Sánchez; Willian Ríos; Juan Fernando Parra Correa*

Introducción
Las anomalías congénitas de las arterias coronarias pueden manifestarse desde la ausencia de síntomas hasta isquemia miocárdica, arritmias o muerte súbita, y son la segunda causa de muerte súbita en atletas jóvenes. La variedad en los patrones de origen y trayecto arterial determina el riesgo de eventos cardiovasculares adversos. La integración de estudios anatómicos y funcionales es esencial para estratificar el riesgo y orientar intervenciones, entre las cuales la revascularización quirúrgica puede constituir el tratamiento definitivo.

Materiales y Métodos
Estudio observacional descriptivo, tipo caso clínico.

Resultados
Hombre de 39 años con antecedente de ablación por taquicardia supraventricular por reentrada auriculoventricular, actualmente en manejo con betabloqueador, quien consultó por dolor torácico opresivo intermitente de cuatro meses, tanto en reposo como durante la actividad física. La angiotomografía coronaria evidenció origen de la arteria coronaria derecha (ACD) en el seno coronario izquierdo, con ostium independiente, angulación estrecha en su origen, adelgazamiento proximal a 2 mm y trayecto interarterial pulmonar de 3–4 mm. La ergoespirometría reveló un VO2 pico disminuido (19.6 ml/kg/min), baja potencia circulatoria y pendiente VE/VCO2 elevada. El ecocardiograma transtorácico mostró FEVI preservada, sin trastornos estructurales o funcionales. El monitoreo Holter fue normal y la perfusión miocárdica con estrés farmacológico no demostró isquemia. Dada la persistencia de síntomas, la anatomía de alto riesgo y las alteraciones funcionales, se decidió realizar revascularización quirúrgica mediante anastomosis de arteria mamaria interna izquierda a CD. El procedimiento fue exitoso, logrando la resolución de la sintomatología.

Conclusiones
Aunque la angiotomografía es el método de elección para caracterizar el origen y trayecto coronario, este caso destaca la importancia de integrar múltiples modalidades diagnósticas para definir intervención. En presencia de trayectos de origen anómalo como intraarteriales o interarteriales, los estudios para inducir isquemia pueden ser normales principalmente si son farmacológicos por lo que se recomienda que debe ser en ejercicio. La ergoespirometría aporta información fisiológica adicional cuando existe discordancia entre anatomía, ausencia de isquemia en perfusión y sintomatología persistente.

18 Desenlaces asociados a la intervención aislada sobre la válvula tricúspide

Nicolás Núñez; *Carlos Andrés Villa Hincapié; Tomás Chalela; Carlos Obando; Julián Senosiain; Andrés Felipe Jiménez; Jaime Camacho; Néstor Sandoval*

Introducción
Las intervenciones quirúrgicas aisladas sobre la válvula tricúspide son infrecuentes, sin embargo la alteración funcional tricuspídea (principalmente la insuficiencia severa) representa un factor de riesgo claramente establecido que aumenta la mortalidad y la descompensación de falla cardiaca, disminuyendo la calidad de vida y el tiempo libre de síntomas de los pacientes afectados.

Materiales y Métodos
Se realizo un análisis descriptivo retrospectivo incluyendo todos los pacientes que fueron llevados a intervenciones (plastia o reemplazo) de la valvula tricuspide. Se incluyeron también pacientes con algunos procedimientos concomitantes estrechamente relacionados con el mecanismo de la valvulopatía tricuspidea tales como cambio de dispositivo de estimulación cardíaca o cirugía de Maze. Se incluyen en el análisis también los pacientes que recibieron intervenciones percutáneas. Se realizo un análisis descriptivo de las características de base, revisión de ecocardiogramas y se recopiló información de los desenlaces quirúrgicos principales y seguimiento a largo plazo por medio de la revisión de bases de datos nacionales.

Resultados
Se incluyeron 146 pacientes en el análisis final. La mayoría de los pacientes (95%) fueron mujeres, con una mediana de edad de 48 años. Las comorbilidades fueron relativamente infrecuentes, siendo la hipertensión arterial (21%) y la dislipidemia (15%) las mas prevalentes; 13% de los pacientes presentaban endocarditis aguda o tratada. La fibrilación auricular se asoció en un 23% de los casos. El 89% de los pacientes ingresó con deterioro de clase funcional a NYHA II-III. La etiología de la disfunción se muestra en la figura 1. El 56% de los procedimientos fueron reparos valvulares, el 44% reemplazos. Para los reemplazos se utilizaron prótesis biológicas en el 95% de los casos. Los desenlaces postoperatorios se resumen en la tabla 1 y el seguimiento a largo plazo de sobrevida se muestra en la figura 2.

Conclusiones
La valvulopatía tricúspide continua siendo un reto diagnóstico y terapéutico y las intervenciones aisladas sobre la válvula tricúspide son procedimientos infrecuentes. Este grupo de enfermedad se presenta en poblaciones heterogéneas y Este estudio sugiere que estos procedimientos son seguros, con tasas de mortalidad inferiores con respecto a las reportadas recientemente en el análisis de resultados de la STS y con una tendencia hacia una mayor sobrevida para los reparos valvulares en comparación con el reemplazo valvular, aunque no se alcanzó significancia estadística. Las complicaciones postoperatorias se presentaron dentro de un rango aceptable de seguridad.

19 ECMO como manejo postoperatorio en paciente con fisiología univentricular. Un reporte de caso

Edgar Giovanny Ríos Dueñas; *Juan Sebastián Martínez; Pablo Sandoval Trujillo*

Introducción
Las cardiopatías congénitas univentriculares son un verdadero reto para el equipo médico tratante. La colocación de soporte de circulación extracorpórea (ECMO), en estos pacientes es más complejo porque la circulación del flujo depende de las conexiones pasivas que se hacen alrededor de la arteria pulmonar (Glenn/Fontan).
Presentamos el caso de un niño con atresia pulmonar con septum integro quien por evolución tórpida de su postoperatorio de procedimiento de Fontan requiere asistencia con ECMO y posterior evolución favorable.

Materiales y Métodos
Paciente masculino de 7 años con cardiopatía de base de atresia pulmonar con septum integro con hipoplasia de rama pulmonar izquierda y una comunicación interauricular tipo ostium secundum grande de 12mm con cortocircuito de derecha a izquierda.
Previo al procedimiento de Fontan se realizó colocación de stent ductal, una fístula sistémico pulmonar arterial tronco a tronco con injerto de PTFE de 4mm.
10 meses después se realizó un Glenn bidireccional; angioplastia de la rama pulmonar izquierda y desmontaje de la fístula sistémico pulmonar con ligadura del ductus arterioso.
El cateterismo previo mostro una presión pulmonar media de 14 mmHg.

Resultados
Se realizó un procedimiento de Fontan sin complicaciones. A los 2 días presenta deterioro franco con choque refractario y disfunción orgánica múltiple requiriendo soporte ECMO.
se hace medición de la presión pulmonar de 19 mmHg. Se realiza canulación arterial en la aorta ascendente y la canulación venosa con cánula Pacifico de 24Fr en la arteria pulmonar.
Se coloca la punta dirigida hacia la bifurcación de la arteria pulmonar.
El procedimiento es realizado y tolerado sin complicaciones y a los 4 días es retirado sin complicaciones. Paciente continúa rehabilitación integral en UCI pediátrica.

Conclusiones
Los pacientes con cardiopatías congénitas de fisiología univentricular son un reto mayor al momento de iniciar soporte ECMO. Al no haber un ventrículo derecho funcional, no hay fuerza suficiente para impulsar la sangre a los pulmones. Cuando los pacientes ya tienen una circulación Fontan completa el retorno venoso entero fluye pasivamente por el túnel lateral extra-cardiaco conducido a la arteria pulmonar. Si no se asegura un drenaje venoso adecuado, puede haber una congestión severa alterando el circuito rápidamente y poniendo en riesgo la vida del paciente. La supervivencia de estos pacientes es del 25-30%
Otro reto importante en estos pacientes es que así el flujo hacia los pulmones sea pasivo, presentan una resistencia vascular pulmonar importante y más estando a grandes alturas (mayor de 2500 msnm).
Teniendo todas estas consideraciones en cuenta, el ECMO en población pediátrica con patología univentricular es factible incluso en grandes alturas.

20 Extracción de stent con balón impactado en la descendente anterior proximal, una complicación poco frecuente que requiere manejo urgente

Zaida Piraquive Cuadrado; *Lorena Montes Villalobos; Beatriz Adriána Mantilla Pérez; Rafael Esteban González Vesga; Eric E. Vinck; Jaime Alberto Arroyo Sepúlveda; Gustavo Andrés Prieto González*

Introducción
Una de las complicaciones menos frecuentes de la angioplastia es la pérdida o impactación de un stent coronario (<0.3%), que se asocia a alta morbimortalidad debido a riesgo de oclusión aguda, embolización y compromiso hemodinámico. La identificación y tratamiento inmediato son fundamentales para evitar desenlaces fatales. La extracción quirúrgica representa una opción viable y segura cuando el abordaje percutáneo es fallido. Presentamos el caso de un paciente con infarto con elevación del ST, en quien una ruptura del balón durante la implantación del stent generó una subexpansión crítica y atrapamiento intracoronario, requiriendo rescate quirúrgico emergente.

Materiales y Métodos
Paciente masculino de 56 años, hipertenso, diabético y asmático, remitido tras IAM con elevación del ST, trombolizado exitosamente. Se realizó angiografía coronaria que mostró enfermedad coronaria severa de dos vasos con lesión ostial crítica del 90% en la descendente anterior y lesión excéntrica proximal del 70% en la descendente posterior. Se decidió realizar angioplastia coronaria con implante de stent medicado desde el tronco coronario izquierdo hacia la DA proximal. Durante el procedimiento, se presentó ruptura del balón del stent, generando subexpansión del tercio distal y atrapamiento del stent dentro del vaso (video 1 y 2). Se intentaron diferentes maniobras percutáneas para su extracción sin éxito, documentándose flujo TIMI 1–2, con el balón retenido protruyendo hacia la aorta ascendente.

Resultados
Se informó a cirugía cardiovascular, decidiéndose manejo quirúrgico emergente. Mediante esternotomía media y circulación extracorpórea, tras clampaje aórtico, se realizó aortotomía oblicua y tras evidenciar la guía saliendo del ostium del tronco coronario izquierdo, se extrajo el sistema balón-stent en bloque (imagen 1 y 2), y se realizó revascularización con anastomosis de mamaria interna izquierda a descendente anterior. Se evidenció gran zona de infarto agudo en toda la cara anterior y ápex, con mala función ventricular izquierda, por lo que se decidió soportar con balón de contrapulsación intraaórtico, y manejar lesión de la descendente posterior de manera híbrida diferida.
El postoperatorio se cursó sin complicaciones mayores. El ecocardiograma mostró fracción de eyección del 30–35%. Fue llevado a manejo híbrido con stent en descendente posterior, con evolución clínica favorable y egreso hospitalario adecuado.

Conclusiones
La ruptura del balón durante la intervención es poco frecuente, pero puede generar atrapamiento mecánico del stent y la imposibilidad de recaptura percutánea. La intervención quirúrgica es una estrategia segura cuando las maniobras percutáneas fallan, impactando directamente en la supervivencia. Este caso resalta la importancia de una coordinación efectiva entre cardiología intervencionista y cirugía cardiovascular en escenarios complejos.

21 Marcadores tomográficos de alto riesgo en el origen aórtico anómalo de coronarias

Hermes Luis Oñate Rosado; *Germán Ricardo Molina Marroquín; Javier Darío Maldonado Escalante; Carlos Andrés Arias Barrera; Sergio Felipe Gómez Olarte; Juan Andrés Sarmiento; Vanessa Paola Lambraño de la Ossa; Ingrid Carolina Rojas Chaverra*

Introducción
El origen aórtico anómalo de las arterias coronarias (AAOCA) es una entidad congénita infrecuente, con una prevalencia estimada entre el 0.3% y el 5%, dependiendo del método diagnóstico empleado. A pesar de su baja incidencia, representa la segunda causa de muerte súbita cardíaca en atletas menores de 35 años. Estas anomalías pueden presentarse de forma aislada o asociadas a otras cardiopatías congénitas. La alteración más frecuente suele corresponder al origen anómalo de la arteria circunfleja desde el seno de Valsalva derecho o desde la arteria coronaria derecha.

Materiales y Métodos
Se describe el caso de un paciente con origen aórtico anómalo de la arteria coronaria derecha, con hallazgos tomográficos compatibles con alto riesgo anatómico, manejado exitosamente mediante reimplante quirúrgico.

Resultados
Masculino de 36 años, antecedente de hiperferritinemia y perteneciente a la comunidad de Testigos de Jehová, quien consultó por dolor torácico opresivo de tres meses de evolución, irradiado a la región dorsal y exacerbado con el esfuerzo físico. Había presentado un episodio similar en abril de 2025 con troponina positiva sin delta significativo el cual fue atribuido a probable miocarditis viral.
Durante el seguimiento, la angiotomografía coronaria evidenció un origen anómalo de la arteria coronaria derecha emergiendo del seno coronario izquierdo, con ostium independiente separado 6.5 mm, trayecto intramural e interarterial de 9 mm, ángulo de despegue de 26.5°, hallazgos compatibles con criterios anatómicos de alto riesgo. El ecocardiograma mostró función biventricular preservada sin alteraciones de la contractilidad, Holter registró ectopias ventriculares aisladas y la angiografía confirmó el origen anómalo.
Tras valoración por cirugía cardiovascular, se decidió reimplante quirúrgico de la arteria coronaria derecha, procedimiento que cursó sin complicaciones, con evolución posoperatoria favorable y egreso para seguimiento ambulatorio.

Conclusiones
La identificación de características tomográficas de alto riesgo en el AAOCA es fundamental para prevenir complicaciones. Entre los principales marcadores angiotomográficos se incluyen el ostium en hendidura, el trayecto intramural, el trayecto interarterial, un ángulo de emergencia agudo (<45°), la morfología ovalada del segmento proximal, una longitud de estrechamiento superior a 5 mm y la localización por encima de la comisura. La indicación de tratamiento quirúrgico debe sustentarse principalmente en la presencia de síntomas, la evidencia de isquemia y la demostración de hallazgos anatómicos de alto riesgo mediante estudios de imagen.

22 Miectomía septal y revascularización en joven con cardiomiopatía hipertrófica obstructiva y puente miocárdico con enfermedad coronaria: el reto de tres patologías concomitantes

Jonathan Díaz Jurado; *Juan Pablo Estrada Amaya; Juan Pablo Cárdenas Gutiérrez; Paula Andrea Quiroga Ramírez; Diego Salas Márquez*

Introducción
La cardiomiopatía hipertrófica obstructiva (CMH-O) es la causa más frecuente de muerte súbita en pacientes jóvenes. La coexistencia con un puente miocárdico y enfermedad coronaria puede generar compromiso isquémico y síncope, constituyendo un escenario clínico infrecuente y de difícil manejo. Presentamos el caso de un joven con síncope y dolor torácico recurrente, en quien la evaluación multimodal permitió identificar CMH-O asociada a puente muscular y con enfermedad ateroesclerótica de la arteria descendente anterior llevándose a cabo tratamiento quirúrgico combinado.

Materiales y Métodos
Caso clínico de CMH-O y puente miocárdico con oclusión coronaria compleja que ameritó tratamiento quirúrgico combinado.

Resultados
Masculino de 37 años, con antecedente de tabaquismo, consultó por síncope y dolor torácico progresivo durante cinco años, con deterioro funcional y aumento en la frecuencia sintomática en las últimas dos semanas. El ecocardiograma inicial evidencio hipertrofia asimétrica de sus paredes con predominio septal (grosor máximo de 16.4 mm) con gradiente obstructivo en reposo de 38 mmHg alcanzando hasta 50 mmHg con Valsalva y SAM con FEVI preservada confirmado por resonancia cardíaca. La angiografía coronaria evidenció un puente muscular oclusivo en segmento medio con lesión ateroesclerótica distal severa.
Por la complejidad de las lesiones, se realizó resección del septum interventricular hipertrófico y revascularización miocárdica con puente de arteria mamaria interna a descendente anterior. El ecocardiograma posoperatorio mostró hipocinesia leve de segmentos basales y medios del territorio inferoseptal en probable relación con la miectomía, así como reducción del grosor septal de 3 mm y persistencia de SAM leve con insuficiencia mitral ligera.
El paciente evolucionó sin arritmias ni falla cardiaca, con mejoría de la clase funcional.

Conclusiones
La coexistencia de CMH-O con puente miocárdico oclusivo es poco frecuente; sumado a una enfermedad ateroesclerótica en paciente joven, condiciones pueden explicar síncope e isquemia y se ha relacionado con una mayor severidad. La evaluación integral multimodal permite caracterizar el compromiso, con el fin de establecer las mejores estrategias terapéuticas. El manejo quirúrgico combinado es una alternativa efectiva cuando existe obstrucción y compromiso coronario significativo.

23 Mixoma auricular izquierdo gigante como causa de estenosis mitral funcional

Estefany Carolina Arcila Daza; *Diana Vargas Vergara; Andrés Mauricio Bermúdez Daza; Hamlet Daniel Molina Contreras*

Introducción
Los mixomas auriculares representan el tumor primario más frecuente del corazón, y más del 75% se localizan en la aurícula izquierda, generalmente adheridos al septum interauricular mediante un pedículo(1). En raras ocasiones, su tamaño y localización pueden generar obstrucción dinámica al flujo mitral, produciendo una estenosis mitral funcional y, en casos avanzados, hipertensión pulmonar reversible(2)(3). El diagnóstico suele retrasarse cuando la presentación clínica es inespecífica o se confunde con valvulopatías degenerativas o reumáticas.

Materiales y Métodos
NA

Resultados
Descripción del caso:
Paciente masculino de 65 años, con antecedentes de hipotiroidismo y obesidad, remitido al servicio de urgencias por hallazgo ecocardiográfico extrainstitucional de masa intracardíaca. Refería dolor torácico ocasional de un año de evolución, sin disnea ni síntomas de congestión. Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, asintomático cardiovascular, sin clínica de falla cardiaca.
Desde el servicio de cardiología se indicó realización de ecocardiograma transesofágico que evidenció una masa auricular izquierda de 6.7 x 3.0 cm con características ecográficas de mixoma, con severa dilatación de la aurícula izquierda, función sistólica preservada (FEVI 66%), y estenosis mitral severa funcional con una alta probabilidad de hipertensión pulmonar estimada por PSAP (71 mmHg).
Se decidió caracterización con cardiorresonancia con reporte de masa auricular izquierda, pediculada, dependiente del septum interauricular y con obstrucción del tracto de entrada del ventrículo izquierdo.
Hallazgos con los cuales se consideró beneficio de manejo quirúrgico motivo por el cual se indicaron estudios prequirúrgicos con cateterismo cardíaco izquierdo sin evidencia de lesiones angiográficamente significativas y cateterismo derecho con hipertensión pulmonar moderada a severa.
Valorado por servicio de cirugía cardiovascular para resección del mixoma auricular izquierdo + recambio de válvula mitral biológica llevado a cabo el día 04/11/25; en el POP inmediato se verificó por ecocardiograma transesofágico la función de la válvula sin fugas ni para fugas, con función ventricular preservada y resección completa de la masa sin comunicación interauricular residual.
El día 09/11/25 se realizó control ecocardiográfico con prótesis biológica en posición mitral sin datos de disfunción y PSAP estimada de 48 mmHg.

Conclusiones
Los mixomas auriculares se han descrito como causa de estenosis mitral severa funcional, siendo responsables de menos del 10% de los casos con repercusión hemodinámica significativa(3). Su diagnóstico precoz va a depender de su conocimiento como causalidad, de la sospecha clínica y el posterior uso oportuno de la ecocardiografía para su confirmación(1). La resección quirúrgica temprana previene complicaciones embólicas, insuficiencia cardíaca y muerte súbita(4). Casos reportados en la literatura, como el expuesto en esta revisión, han mostrado reversibilidad de la hipertensión pulmonar tras la extracción del tumor y recuperación completa de la función valvular(4).

24 Postoperative Delirium after Complex Aortic Dissection Repair in Young Patients: Integrative Neuroprotective and Anesthetic Perspectives

Sergio Felipe Gómez Olarte; *Miguel Rodríguez Cuadrado; Germán Sánchez Collazos; Juan Andrés Sarmiento; Isabel Montero Gómez; Juan David Acosta*

Introducción
El delirium postoperatorio es una complicación neurológica frecuente tras cirugía cardiovascular, especialmente en procedimientos de aorta con circulación extracorpórea (CEC) e hipotermia. Se asocia con disfunción cerebral reversible y mayor estancia en UCI, incluso sin daño estructural evidente. La literatura es limitada en pacientes jóvenes con disección aórtica compleja, donde convergen factores neuroinflamatorios y hemodinámicos. Objetivo: describir la presentación y manejo anestésico-quirúrgico de dos casos de disección aórtica Stanford A/B y no A/no B en pacientes jóvenes con delirium postoperatorio, analizando su relación con las estrategias de protección cerebral empleadas.

Materiales y Métodos
Estudio observacional descriptivo retrospectivo de dos casos clínicos.
Caso A: Femenina de 54 años con disección Stanford A/B tipo I de DeBakey y antecedente de artritis reumatoide, sometida a reemplazo de raíz y aorta ascendente con tubo valvulado (bioprótesis No. 23 y Dacron No. 28), bajo hipotermia (24 °C) y arresto circulatorio con neuroprotección multimodal (ketamina, lidocaína, tiopental, magnesio, manitol, esteroides).
Caso B: Masculino de 40 años con disección tipo no A/no B, tratado con técnica híbrida Frozen Elephant Trunk (E-Vita No. 30) y reimplante secuencial de vasos supraaórticos con perfusión cerebral selectiva bilateral.
Se utilizó inducción balanceada, monitoreo multimodal
(BIS, NIRS, Swan-Ganz) y control hemodinámico estricto durante CEC.

Resultados
La paciente A tuvo tiempos de CEC 137 min, clamp 96 min y arresto 18 min; el paciente B, CEC 203 min, clamp 111 min y arresto 79 min. Ambos mantuvieron perfusión adecuada y evitaron anemia crítica mediante salvador de células y transfusión guiada por metas. La paciente A no requirió soporte inotrópico; el paciente B precisó vasopresores y azul de metileno.
Ambos presentaron evolución quirúrgica favorable, sin déficit neurológico ni hallazgos estructurales, pero desarrollaron delirium hiperactivo transitorio entre 24–72 h, confirmado con CAM-ICU positivo y resolución completa < 72 h tras reorientación ambiental y ajuste de sedoanalgesia.

Conclusiones
El delirium postoperatorio puede ocurrir incluso en pacientes jóvenes con neuroprotección adecuada, representando un marcador de injuria cerebral funcional subclínica. La prevención exige una estrategia anestésico-quirúrgica integrada, con optimización de perfusión cerebral, reducción de tiempos de CEC y modulación de agentes anestésicos y analgésicos. Entre los factores de riesgo para delirium postoperatorio en este tipo de cirugía se encuentran la edad con 21.4% de riesgo por encima de los 65 años con un aumento del 8% cada año, anemia, duración de la CEC, obesidad, falla renal, y antecedente de delirium y cirugía cardíaca previa (1). El término "disección aórtica tipo no A / no B" se emplea para describir una entidad recientemente reconocida en la literatura médica que no se contempla en las clasificaciones clásicas de Stanford o DeBakey (2) y este tipo de pacientes también presentan riesgo para delirium postoperatorio. En pacientes jóvenes no está descrito
el riesgo del delirium postoperatorio. Es necesaria la protocolización del manejo del delirium en instituciones que manejen este tipo de pacientes.

25 Presentación infrecuente de una condición inusual: sarcoma sinovial primario cardiaco, desafíos de la resección quirúrgica incompleta

Juan David Salazar Ospina; *Luis Felipe Aguirre García; Alejandro Pineda Isaza; Santiago Castaño Quintero; Alberto Hernández Suárez; Sebastián López Velásquez*

Introducción
Los tumores primarios del corazón son excepcionales. La mayoría son benignos, sobre todo mixomas, y solo una minoría, alrededor del 25%, corresponde a neoplasias malignas. Entre éstas, predominan el angiosarcoma, el rabdomiosarcoma, el mesotelioma maligno y el fibrosarcoma. El sarcoma sinovial, en cambio, es extraordinariamente infrecuente, representando apenas el 0,1% con una supervivencia global de 7-10 meses pese al manejo multimodal. Debido a la baja frecuencia y alta mortalidad, no existen guías específicas y las decisiones terapéuticas se extrapolan del sarcoma de tejidos blandos.

Materiales y Métodos
Presentamos el caso de una mujer de 34 años previamente sana quien consulta por cefalea, disnea y dolor torácico de 3 meses de evolución. Se le realizaron estudios de extensión entre los que evidenciaron una masa intracardiaca dependiente de cavidades derechas sin compromiso extracardiaco por lo que se realizó resección tumoral parcial de lesión de 3x3,5 cm y cierre de dos comunicaciones interventriculares con parche pericárdico.

Resultados
El estudio histopatológico fue compatible con sarcoma sinovial con márgenes comprometidos. Recibió quimioterapia adyuvante con doxorrubicina e ifosfamida 5 ciclos, sin radioterapia por no disponibilidad del servicio. Entre el 2022 y 2024 se realizaron controles periódicos con ecocardiografía transtorácica, tomografías, resonancia magnética cardíaca y gammagrafía ósea, sin evidencia de recurrencia tumoral tras 3 años de intervención. Posteriormente presentó recaída de la enfermedad, fue llevada a segunda intervención quirúrgica en donde se realizaron resecciones parciales por hallazgo de masa lobulada de 10×7 cm dependiente de la pared anterior del ventrículo derecho con infiltración transmural y compromiso del tercio medio del septum interventricular, y una segunda masa de 12×6 cm en el ventrículo derecho que se extendía al septum, músculo papilar anterior, cuerdas tendinosas y valva anterior de la tricúspide. Se inició terapia dirigida con intención paliativa con pazopanib.

Conclusiones
Este caso ilustra una supervivencia libre de recaída inusualmente prolongada en una neoplasia de pronóstico ominoso y con resección inicial incompleta, lo que resalta el beneficio de un abordaje multimodal agresivo y del seguimiento estrecho por un equipo cardio-oncológico. Las opciones terapéuticas tras recaída siguen siendo escasas y extrapoladas de sarcomas de tejidos blandos, por lo que el reporte de experiencias es crucial para optimizar la toma de decisiones en una entidad huérfana de evidencia de alta calidad.

26 Reparación tricuspídea por lesión valvular derecha secundaria a trauma penetrante precordial

Jaime Alberto Arroyo Sepúlveda; *Rafael Esteban González Vesga; Eric E. Vinck; Zaida Piraquive Cuadrado; Lorena Montes Villalobos; Gustavo Andrés Prieto González*

Introducción
Las lesiones cardíacas por trauma penetrante pueden generar múltiples complicaciones, entre ellas insuficiencia tricuspídea severa secundaria a daño del aparato subvalvular. Esta alteración puede pasar desapercibida en presencia de taponamiento cardíaco inicial y manifestarse posteriormente como deterioro hemodinámico tras el control de la herida. En este contexto, la evaluación ecocardiográfica temprana y el abordaje quirúrgico oportuno pueden evitar falla ventricular derecha irreversible.

Materiales y Métodos
Se presenta el caso de un paciente adulto con herida precordial penetrante manejada inicialmente con rafia de ventrículo derecho mediante minitoracotomía anterior izquierda. En el postoperatorio inmediato desarrolló choque cardiogénico refractario a vasopresores e inotrópicos, por lo que se realizó ecocardiograma transtorácico, evidenciando dilatación del ventrículo derecho (2.5 cm), TAPSE de 2.1 cm, aurícula derecha de 18 cm^2, vena cava inferior de 2.1 cm sin colapso inspiratorio e insuficiencia tricuspídea masiva secundaria a falla de velos posteriores, con gradiente pico de 14 mmHg y medio de 3 mmHg. Ante estos hallazgos y la inestabilidad hemodinámica, se decidió reparación tricuspídea urgente con circulación extracorpórea.

Resultados
Durante la cirugía se confirmó dilatación severa de cavidades derechas, desinserción de la cabeza del músculo papilar anterior (Figura 1A), perforación del velo septal (Figura 1C) y ruptura de cuerdas tendinosas (Figura 1B). La reparación valvular incluyó reimplante del músculo papilar anterior con puntos en U reforzados, cierre de la perforación septal con Prolene 5-0, aproximación comisural anteroseptal, técnica de Alfieri entre los velos anterior y septal y anuloplastia con anillo protésico tamaño 32 (FIguras 2 y 3). El test salino mostró insuficiencia residual leve. El paciente salió de circulación extracorpórea en ritmo sinusal, con mejoría de la perfusión y sin complicaciones inmediatas, evolucionó favorablemente y tuvo un egreso adecuado.

Conclusiones
El trauma penetrante puede ocasionar lesiones complejas del aparato valvular derecho que requieren evaluación ecocardiográfica precoz, particularmente cuando existe inestabilidad hemodinámica tras el control quirúrgico inicial. Un deterioro progresivo del ventrículo derecho limita la ventana de intervención, por lo que la detección y corrección tempranas son fundamentales. La reparación tricuspídea es factible incluso en escenarios urgentes con afectación valvular extensa, y el uso combinado de técnicas reconstructivas permite restaurar la competencia valvular y favorecer la recuperación del ventrículo derecho. Asimismo, un manejo quirúrgico inicial cuidadoso —con respeto por las estructuras cardíacas— facilita la reconstrucción y reduce la remodelación adversa. Este caso subraya el valor de la preservación valvular y del abordaje oportuno en el trauma cardíaco, así como su impacto directo en el pronóstico funcional.

27 Reporte de caso: Cirugía cardiovascular en ambientes violentos, fistula aorta – pulmonar por herida con arma cortopunzante.

Oscar Iván Sosa Cubillos; *Edgar Giovanny Ríos Dueñas; Silvia Juliana Abello Rosas; Elizabeth Nhorella Velásquez Serrano; Jimmy Andrés Riaño Cuastumal*

Introducción
Las fístulas aortopulmonares son casos extremadamente raros, pero a menudo mortales, que requiere un reconocimiento rápido y una intervención quirúrgica urgente. Puede conducir rápidamente a un taponamiento cardíaco o un shock hemorrágico. Debido a su alta mortalidad los casos de fístula aortopulmonar se han diagnosticado post mortem y raramente en pacientes vivos.
En este caso clínico se presenta el manejo quirúrgico de un paciente masculino de 35 años con una fístula aortopulmonar secundaria a una herida por arma cortopunzante (HACP) ocurrida dos meses antes.
El paciente tenía antecedentes de toracotomía anterolateral izquierda y consumo de sustancias psicoactivas. Se diagnosticó con falla cardíaca de alto gasto, aorta con dilatación aneurismática (2,2 x 1,2 cm) y fístula de 8 mm hacia la arteria pulmonar, hipertensión pulmonar postcapilar y foramen oval permeable. Además, presentaba sepsis mediastinal. Se programó para cierre de la fístula, reparación de la aorta ascendente y arteria pulmonar, y cierre del foramen oval.

Materiales y Métodos
Durante la circulación extracorpórea (CEC), se mantuvo un índice cardíaco entre 2,8–3 L/min/m², presión arterial media de 67–75 mmHg y se utilizó cardioplegia de Bretschneider (HTK Custodiol) a dosis de 40 cc/kg. Se realizó ultrafiltración convencional diuresis de 200 cc y un balance negativo de 2089 cc. El procedimiento quirúrgico incluyó plastia del tronco y rama derecha pulmonar con pericardio, reconstrucción de la aorta ascendente con prótesis de poliéster (Gelweave), cierre parcial del anillo tricuspídeo y estenorrafía.

Resultados
Intraoperatoriamente se resecó la porción aneurismática y perforada de la aorta, preservando la raíz y verificando la función valvular adecuada. Se repararon las lesiones anterior y posterior de la arteria pulmonar y se corrigió la dilatación del anillo tricuspídeo mediante cierre parcial. El paciente fue trasladado a cuidados intensivos bajo sedación, con tubos de drenaje mediastinales y monitoreo hemodinámico avanzado. Fue extubado a las 48 horas y dado de alta del hospital tras diez días de evolución favorable.

Conclusiones
El caso resalta la complejidad del abordaje quirúrgico de una fístula aortopulmonar postraumática, dada su alta mortalidad y la limitada evidencia en la literatura. Se optó por canulación femoral para mejorar la exploración de grandes vasos y se mantuvo preparado un circuito de perfusión cerebral retrógrada, aunque no fue necesario. El uso de injertos pericárdicos conservados en glutaraldehído permitió una adecuada reconstrucción de las arterias pulmonares. La cirugía logró corregir las alteraciones anatómicas y estabilizar al paciente, demostrando la importancia del trabajo multidisciplinario en estos casos de alta complejidad cardiovascular.

28 Revascularización miocárdica en mujer joven con infarto multivaso y Lp(a) elevada

Marcial Trillos Criado; *Nereyda Useche Correa; Elías David Ferreira Herrera; Luis Gabriel Giraldo Barrios; Lorena Lucía Gastelbondo Vergara; Carlos Eduardo Gómez Cerro*

Introducción
Aunque la enfermedad arterial coronaria (EAC) se asocia tradicionalmente al adulto mayor, con aumento de su incidencia tras la sexta década de la vida, los eventos prematuros en adultos jóvenes generan preocupación por sus peores desenlaces clínicos. En estos escenarios, la identificación de biomarcadores predictivos resulta tan esencial como la revascularización para mejorar el pronóstico. El abordaje terapéutico depende de la complejidad y localización de la lesión, siendo la revascularización quirúrgica quien ofrece mayor beneficio cuando hay compromiso multivaso con estenosis severas.

Materiales y Métodos
Presentamos el caso de una mujer de 25 años, sin antecedentes relevantes, quien consulta por cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en dolor retroesternal de tipo opresivo asociado a cefalea holocraneana con sincope subsecuente.

Resultados
A partir del cuadro clínico se solicitaron inicialmente troponinas las cuales fueron positivos, seguido por un electrocardiograma que no reportó cambios agudos de isquemia. En este contexto la paciente es remitida a centro asistencial de mayor complejidad para valoración hemodinámica integral, donde el ecocardiograma evidenció una hipoquinesia antero-septal, mientras que la angiografía coronaria, reveló enfermedad coronaria severa multivasos, con oclusión 100% de la arteria descendente anterior, 90% en circunfleja y 50% en coronaria derecha. Motivado por lo anterior, la paciente es remitida a valoración por cirugía cardiovascular. Se indicó la realización de una anastomosis de arteria descendente anterior con arteria mamaria interna más anastomosis simple de arteria coronaria derecha con arteria radial, procedimiento con soporte ECMO. Finalmente la paciente es trasladada a UCI para monitorización continua, y se le da egreso a los 8 días posoperatorio. En el seguimiento, la paciente muestra una evolución satisfactoria, manteniéndose asintomática y en metas hemodinámicas. Para la estratificación del riesgo cardiovascular se realizó la medición de la Lp (a), donde se encontraron niveles séricos de 77 mg/dL, lo que ubica a la paciente en riesgo clínicamente significativo.

Conclusiones
Los eventos coronarios en adultos jóvenes siguen siendo un reto diagnóstico y terapéutico, especialmente en pacientes sin antecedentes conocidos de hipercolesterolemias familiares o las vasculitis con compromiso cardíaco. En este contexto, el tamizaje con biomarcadores como la Lp(a) resulta esencial para identificar riesgo cardiovascular asociado a su elevación. Conviene enfatizar que, en jóvenes con electrocardiograma normal pero clínica sugestiva de infarto, el abordaje angiográfico es clave para definir la conducta (quirúrgica o endovascular) y favorecer mejores desenlaces.

29 Síndrome aórtico agudo Stanford A en paciente con esternotomía previa: Un desafío clínico y quirúrgico

Marietta Juan Guardela; *Luis Enrique Calderón Castellón; José Andrés Santacruz Arias; Adriána Paola Redondo Rada; Antonio José Oyola Yepes; Luis Alejandro Díaz Rosales; José Guillermo Bermejo Bovea; Marcial Trillos Criado*

Introducción
La disección aórtica tipo A en pacientes con antecedente de cirugía cardíaca previa es una condición infrecuente pero altamente letal. La reesternotomía, la presencia de adherencias mediastínicas densas y la necesidad de preservar injertos coronarios funcionales incrementan la complejidad quirúrgica y el riesgo operatorio.

Materiales y Métodos
El objetivo de este reporte es describir el abordaje integral de un síndrome aórtico agudo Stanford A en un paciente previamente revascularizado, destacando los retos anatómicos y las decisiones críticas que determinaron su supervivencia.

Resultados
Masculino de 54 años con revascularización miocárdica de la arteria descendente anterior (ADA) y descendente posterior (ADP) en 2021, quien consultó por dolor torácico súbito transfixiante, interpretado inicialmente como emergencia hipertensiva. La angiotomografía evidenció disección aórtica tipo A originada en la coronaria izquierda con extensión toracoabdominal (Imagen 1); el ecocardiograma transtorácico documentó insuficiencia aórtica severa con flap en raíz y aorta ascendente (Imagen 2), indicándose cirugía emergente. La reesternotomía reveló adherencias mediastínicas densas y una disección Stanford A (DeBakey I) con compromiso valvular. Se realizó reemplazo valvular aórtico con prótesis mecánica #25 y sustitución de la aorta ascendente con injerto de Dacron #30. La cirugía requirió una cuidadosa disección para preservar los injertos coronarios previos y un control hemostático mediante complejo protrombínico, desmopresina y soporte transfusional. Los tiempos quirúrgicos fueron: circulación extracorpórea 182 minutos y pinzamiento aórtico 140 minutos.
En el postoperatorio inmediato, en la unidad de cuidados intensivos, requirió soporte vasodilatador, monitoreo hemodinámico guiado por metas y balance hídrico estricto, logrando estabilidad y normalización del lactato en 24 horas. Al séptimo día desarrolló bloqueo AV de 3er grado, indicándose implante de marcapasos bicameral. Evolucionó favorablemente y egresó bajo seguimiento por cirugía cardiovascular.

Conclusiones
La cirugía de disección tipo A en pacientes previamente revascularizados incrementa la mortalidad operatoria con un OR entre 2.1 y 2.5, con tasas entre 25–31% frente a 12–18% en primeras cirugías, lo que implica una reducción absoluta de 13–17% y un NNT ? 4–5 cuando se aplican protocolos de reentrada segura, hemostasia dirigida y soporte crítico coordinado (2,3). Este caso demuestra que, en contextos anatómicos adversos, la intervención urgente puede lograr resultados favorables.

30 Técnicas de reimplantación de botones coronarios en Jatene

Edgar Giovanny Ríos Dueñas; *Laura Romero Guerra; Daniela Carolina Ramos Clavijo; Maríana Sánchez Zapata*

Introducción
En este último paso de la cirugía de Jatene se realiza la reimplantación de los botones coronarios, una fase considerada técnicamente desafiante y decisiva para garantizar una adecuada perfusión coronaria posoperatoria y reducir la incidencia de complicaciones graves, como la obstrucción coronaria.

Materiales y Métodos
Este estudio se desarrolló en un hospital universitario de cuarto nivel, centro de referencia en cirugía cardiovascular, a cargo de cirujanos con amplia y reconocida experiencia en la técnica. Se recolectó, bajo consentimiento informado, la información proveniente de los registros quirúrgicos y de la documentación gráfica de un caso exitoso en un recién nacido con diagnóstico de TGA, sometido a cirugía de Jatene con reimplantación de botones coronarios realizada sin complicaciones, con evolución postoperatoria favorable, como representación de una técnica quirúrgica ampliamente dominada por el equipo tratante.

Resultados
Este trabajo aporta una descripción quirúrgica paso a paso, inédita en su nivel de detalle, de la reimplantación de los botones coronarios, fase considerada técnicamente desafiante y decisiva para garantizar una adecuada perfusión coronaria posoperatoria y reducir la incidencia de complicaciones graves, como la obstrucción coronaria

Conclusiones
El manejo quirúrgico mediante la cirugía de Jatene tiene un impacto positivo en la sobrevida y la morbimortalidad de los pacientes con transposición de grandes arterias (TGA). En este estudio, la descripción paso a paso de la reimplantación de los botones coronarios aporta detalles técnicos clave para la estandarización de este momento crítico, con el objetivo de minimizar complicaciones y garantizar una adecuada perfusión miocárdica, lo que se refleja en una mayor efectividad del procedimiento, mejor calidad de vida y mayor vitalidad a largo plazo en los pacientes con TGA. Además, este reporte se posiciona como uno de los primeros en ofrecer un nivel de detalle tan exhaustivo, sirviendo como una base teórica para el entendimiento y la aplicación de la técnica por parte de cardiólogos y cirujanos cardiovasculares en la práctica clínico-quirúrgica cotidiana, así como una base para futuras investigaciones que profundicen en el uso de esta técnica.

31 Trasplante cardíaco ortotópico combinado con reconstrucción de la aorta ascendente y del cayado en disección tipo A extensa: un desafío quirúrgico excepcional en un solo acto operatorio.

Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; *Laura Victoria Mendoza Montenegro; Angela Roa; José Bohórquez; Andrés Torres; Mónica Hernández; Viviana Poveda; Oscar Gálvez; Marcela Poveda; Federico Núñez; Oscar Sánchez; William Ríos; Juan Fernando Parra Correa; Silvia Martínez*

Introducción
El trasplante cardíaco en pacientes con disección aórtica tipo A es una situación extremadamente infrecuente. La coexistencia de ambas patologías implica un desafío técnico de gran complejidad, dado que la decisión entre reparar la aorta antes o después del trasplante depende de la extensión de la disección, la estabilidad hemodinámica, el tiempo de isquemia tolerable y la disponibilidad del injerto. Los reportes de procedimientos combinados o simultáneos son escasos y la mayoría corresponden a casos aislados en pacientes con síndrome de Marfan o disecciones recurrentes.

Materiales y Métodos
Estudio observacional descriptivo, tipo caso clínico.

Resultados
Hombre de 44 años con disección aórtica Stanford A/DeBakey I extensa, desde la raíz hasta la arteria ilíaca, asociada a insuficiencia aórtica severa, dilatación aneurismática de la raíz (77 x 70 mm) y arco proximal (72 x 66mm), insuficiencia mitral severa, e insuficiencia tricúspidea severa, con fracción de eyección del 16% y falla cardíaca avanzada (AHA D, INTERMACS III). Pese al manejo médico e inotrópico intermitente, persistió con episodios recurrentes y más frecuentes de descompensación, lo que lo hacía candidato a trasplante cardíaco. Se realizó trasplante cardíaco ortotópico, con previa reconstrucción de la aorta ascendente y cayado en un solo acto quirúrgico.
El procedimiento incluyó el implante de una prótesis de Dacron de 28 mm fijada por debajo del tronco innominado, con anastomosis término-terminal a la aorta del injerto. El tiempo de perfusión fue de 315 minutos, con pinzamiento aórtico de 192 minutos y temperatura de 20 °C. Presentó disfunción inicial del injerto que requirió soporte ECMO venoarterial, luego se logró retiro, con adecuada evolución posterior y recuperación satisfactoria. Actualmente en seguimiento por el grupo de insuficiencia cardíaca institucional. Ultima biopsi grado 0R

Conclusiones
Este caso constituye una de las experiencias reportadas de trasplante cardíaco combinado con reconstrucción total de la aorta ascendente en un solo tiempo operatorio. Similar al caso descrito por Wei et al. (Transplant Proc 2012) donde realizaron "trasplante y reemplazo total de aorta torácica en una paciente con síndrome de Marfan y disección recurrente". La intervención se realizó de manera coordinada en un mismo momento quirúrgico, para optimizar el tiempo y reducir el riesgo de isquemia y sangrado. La decisión de realizar ambos procedimientos en un solo acto permitió resolver simultáneamente una disección extensa y una falla cardíaca terminal, demostrando la factibilidad de este abordaje en centros con alta experiencia en cirugía cardiovascular y trasplante.

ENFERMEDAD CORONARIA

32 Trompa de elefante congelada para tratamiento definitivo de un divertículo de Kommerell y síndrome aórtico agudo

Diego Peña; *Diana Marcela López Aragón; Sergio Andrés Romero Serrano; Juan David Jaramillo; Andrés David Díaz*

Introducción
El divertículo de Kommerell es una anomalía vascular infrecuente, caracterizada por una dilatación aneurismática del origen de una arteria subclavia izquierda o derecha aberrante. (1) (2) Usualmente es asintomática, no obstante su presentación clínica es secundaria a compresión sobre la tráquea o esófago. (3) (4) El creciente uso de la reparación endovascular torácica de la aorta (TEVAR) ha abierto el camino hacia enfoques híbridos menos invasivos. (5) No obstante, la presencia de anatomía compleja continúa siendo una indicación para el manejo quirúrgico abierto, como se describe en el presente caso.

Materiales y Métodos
Se realizó una revisión de la historia clínica en conjunto con los reportes e imágenes realizadas durante la estancia hospitalaria del paciente. Se contó con autorización institucional para el uso de datos clínicos con fines académicos, manteniendo la confidencialidad del paciente.

Resultados
Paciente en la octava década de vida con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia, quien consultó por disnea en reposo y dolor retroesternal e interescapular. La angiotomografía evidenció aneurisma de aorta descendente (zona 3) con hematoma intramural y origen aberrante retrotraqueal de la arteria subclavia derecha desembocando en el aneurisma.
Se realizó reparación abierta mediante esternotomía media, circulación extracorpórea con canulación en aorta ascendente y aurícula derecha, hipotermia moderada (25 °C), arresto circulatorio y perfusión cerebral anterógrada bilateral. Se exploró la aorta descendente (zona 3), se obliteró la desembocadura de la subclavia derecha y se ligó su origen izquierdo. Se implantó prótesis tipo trompa de elefante congelada (24 × 26 × 120 mm) y se reimplantaron las carótidas en isla. La rama de perfusión se utilizó para anastomosis en "Y" con injertos provenientes de ambas subclavias, completando reconstrucción extraanatómica bilateral. Los tiempos quirúrgicos fueron: circulación extracorpórea 167 min, isquemia miocárdica 71 min y perfusión cerebral 83 min. No se requirió transfusión de glóbulos rojos. El postoperatorio cursó con extubación a las 16 h, soporte vasoactivo intermitente y retiro de drenajes a las 48 h. La estancia en UCI fue de 6 días y en sala de 13 días. Presentó fibrilación auricular y requirió antibioticoterapia. A los 6 meses se encuentra asintomático, con función cardiovascular y neurológica conservadas.

Conclusiones
Este caso representa uno de los pocos reportes en la literatura que documentan un abordaje definitivo del divertículo de Kommerell asociado a síndrome aórtico agudo. La reparación abierta constituye una alternativa segura en casos donde el manejo endovascular no es posible o implica un alto riesgo de complicaciones.

33 Aneurismas coronarios gigantes con trombosis recurrente y síndrome coronario agudo

Juan Carlos Duarte Vásquez; *Daniel Duque Restrepo; Melissa Bustamante Duque; María Paulina Villa Saldarriaga; Diego Mauricio Vanegas Cardona; Giovana Alejandra Solano Villamarín*

Introducción
Los aneurismas de arterias coronarias (AAC) constituyen una entidad infrecuente, con una incidencia reportada entre 0,3 y 5%. En adultos, la principal causa es la enfermedad aterosclerótica, aunque también pueden observarse en el contexto de enfermedades inflamatorias o congénitas. La dilatación arterial predispone al flujo turbulento y a la estasis, condiciones que favorecen la formación de trombos y la embolización distal, resultando en síndromes coronarios agudos incluso en ausencia de estenosis significativa. El manejo de estos casos continúa siendo un desafío debido a la limitada evidencia disponible y la ausencia de guías específicas que orienten la terapia antitrombótica o la estrategia de revascularización más adecuada.

Materiales y Métodos
Se presenta el caso de un hombre de 53 años con antecedentes de aneurismas coronarios múltiples diagnosticados en 2019 y anticoagulado de forma crónica con warfarina, la cual suspendió 10 días antes de ingresar. El paciente consultó por dolor torácico de origen cardíaco de inicio súbito, presentó ritmo idioventricular acelerado que se manejó con amiodarona (Figura 1), posterior a su aplicación con ritmo de la unión y elevación del segmento ST en pared inferior (Figura 2), se indicó trombólisis con alteplasa, con resolución del dolor y la elevación del segmento ST, se trasladó a centro con disponibilidad de hemodinamia.

Resultados
Se realizó angiografía coronaria (Figura 3), la cual evidenció arteria coronaria derecha dominante con aneurisma gigante trombosado en el tercio medio y llenado tardío de rama aguda marginal delgada. Arteria circunfleja con aneurisma gigante proximal, proporcionando colaterales para la descendente posterior, rama de la coronaria derecha. Descendente anterior con ectasia difusa. El ecocardiograma reveló fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 40% con acinesia inferior e inferolateral. Se inició anticoagulación con heparina no fraccionada y reinicio de warfarina con INR objetivo 2 a 3.

Conclusiones
Los aneurismas coronarios gigantes tienen un riesgo elevado de trombosis recurrente y de infarto de miocardio, especialmente cuando coexisten flujo lento o adherencia deficiente al tratamiento anticoagulante. No existen ensayos clínicos aleatorizados que definan la terapia ideal, pero las series observacionales apoyan el uso de anticoagulación sostenida en pacientes con aneurismas gigantes o con trombosis previa. La intervención percutánea con stent medicados o la cirugía pueden considerarse en casos seleccionados según localización y anatomía. Este caso ilustra la asociación entre la suspensión de la anticoagulación y el infarto trombótico sobre aneurisma de la coronaria derecha, reforzando la necesidad de tratamiento individualizado y seguimiento estrecho.

34 Aneurismas coronarios y vasculitis de grandes vasos: el lado inflamatorio del síndrome coronario agudo.

Samuel Andrés Barreto De La Hoz; *José Guerra Ayola; Elisa Arroyo Tobón; Carlos De la Peña Pérez; Paula Parra Sánchez; Johan Prada Cubillos*

Introducción
La arteritis de Takayasu (ATK) es una vasculitis granulomatosa crónica de grandes vasos que compromete la aorta y sus ramas. Tiene una incidencia de 1–2 casos por millón y predomina en mujeres jóvenes (4:1), típicamente <40 años. El compromiso coronario ocurre en 10–30 % y es una causa mayor de morbimortalidad. La elección entre intervención percutánea o cirugía (CABG) depende de la actividad inflamatoria y la extensión del daño vascular.

Materiales y Métodos
Reporte de caso

Resultados
Caso clínico: Mujer de 26 años con hipertensión desde los 10 años por estenosis bilateral de arterias renales, tratada con angioplastia y stents. Consultó por dolor torácico opresivo; EKG con infradesnivel en V1–V4 y troponinas positivas (IAM no ST). Refirió cervicalgia y claudicación de miembros superiores. Al examen: soplo supraclavicular derecho y pulso braquial disminuido. La arteriografía coronaria mostró enfermedad de tres vasos con estenosis difusas y segmentos aneurismáticos. Ecocardiograma con insuficiencia mitral severa y FEVI 27 %. Doppler evidenció compromiso severo de subclavia, braquial y axilar derechos. Angiorresonancia: engrosamiento concéntrico e irregular de la aorta torácica y abdominal sin placas ateroscleróticas. VSG y PCR elevadas; estudios infecciosos y autoinmunes negativos. Se diagnosticó ATK activa; se inició glucocorticoides y, posteriormente, se realizó CABG y reemplazo mitral con evolución clínica favorable.

Conclusiones
Discusión: El compromiso coronario en la ATK, aunque infrecuente, constituye una de sus manifestaciones más graves. La afectación de tres vasos con segmentos aneurismáticos es excepcional y se atribuye a inflamación granulomatosa que compromete los ostium coronarios, Hasta el 53,2 % puede desarrollar aneurismas coronarios. El diagnóstico se basa en criterios clínicos e imagenológicos. La inmunosupresión intensiva es la piedra angular del tratamiento. La mortalidad cardiovascular alcanza el 45 %, con un riesgo casi duplicado frente a la población general (HR = 1,88).
El pronóstico de la ATK depende del control inflamatorio y del compromiso vascular. Este caso enfatiza la importancia de sospechar ATK en pacientes jóvenes con hipertensión refractaria y estenosis multivaso, y la necesidad de un manejo multidisciplinario precoz para prevenir eventos cardiovasculares mayores.

35 Angioplastia guiada por IVUS en oclusión trombótica y calcificación severa de la descendente anterior

Samuel Andrés Barreto De La Hoz; *Elías David Ferreira Herrera; Luis Gabriel Giraldo Barrios; Nicolle Gabriela Garizao Molinares; Mariana Patricia Carmona Ramos*

Introducción
La calcificación y la oclusión severa crónica de las arterias coronarias representan un gran desafío para el cardiólogo intervencionista, dada su asociación con expansión incompleta de los stents y, con frecuencia, con su falla. En este contexto, el advenimiento de técnicas como la ultrasonografía intravascular (IVUS) y de recursos como los balones de corte ha mejorado de manera sustancial el manejo de esta clase de entidades. En conjunto, estas herramientas han transformado un escenario complejo en uno con mejores expectativas y desenlaces clínicos para los pacientes.

Materiales y Métodos
Se presenta el caso de un paciente masculino de 69 años que ingresa al servicio de urgencias con un cuadro clínico compatible con síndrome coronario. La angiografía evidenció, a nivel de la arteria descendente anterior (DA), oclusión trombótica masiva acompañada de flujo anterógrado TIMI 0, que se asociaba a una estenosis calcificada crítica, lo cual motivó la realización de trombectomía, aterectomía y angioplastia guiada por IVUS.

Resultados
Se realizó la recanalización de la DA. Tras una tromboaspiración secuencial inicial, el IVUS evidenció enfermedad difusa severa con calcificación concéntrica de aproximadamente 180°. Se documentaron una área luminal mínima de 1.47 mm^2 (carga de placa 57%), 2.70 mm^2 (74%) y 3.13 mm^2 (73%). Se efectuó una preparación escalonada de la lesión con balón de corte Wolverine® y aterectomía, seguida de angioplastia del extremo distal, optimizada con balón medicado de 2.25 × 25 mm. Posteriormente, se implantaron de forma secuencial dos stents medicados. La evaluación final por IVUS confirmó adecuada expansión y aposición de los stents, con el área mínima del stent de 8.95 mm^2 y 9.38 mm^2, alcanzándose flujo distal TIMI III sin lesiones residuales.

Conclusiones
En nuestro medio, la incorporación de IVUS ha permitido optimizar el manejo de las lesiones coronarias calcificadas. Esta estrategia no solo caracteriza la extensión y profundidad del calcio, sino que también cuantifica el área luminal mínima y el área mínima del stent, orienta la selección de dispositivos, mejora la expansión y la aposición adecuadas, al igual que confirma los resultados finales, reduciendo de esta forma los eventos cardiovasculares adversos mayores hasta un 33 %, así como las revascularizaciones del vaso tratado y la trombosis intrastent en 40 % y 37 %, respectivamente.

36 Angioplastia guiada por IVUS en paciente con ERC avanzada y revascularización coronaria previa

Samuel Andrés Barreto De La Hoz; *Luis Gabriel Giraldo Barrios; Elías David Ferreira Herrera; Salomé Andrade Romero; Liseth Carolina Gómez Vanstrahlen*

Introducción
La angiografía convencional en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y antecedente de revascularización coronaria plantea un riesgo elevado de nefropatía inducida por contraste, especialmente debido a la necesidad de mayores volúmenes de contraste para identificar los injertos y vasos nativos. En este contexto, la angiografía guiada por ultrasonido intravascular (IVUS) ha emergido como una estrategia clave para minimizar el riesgo renal y optimizar los resultados clínicos.

Materiales y Métodos
Se presenta el caso de una mujer de 80 años, procedente de Cartagena, con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca con FEVI del 40% y ERC estadio G4. Consultó por dolor torácico de larga data con empeoramiento reciente de la clase funcional NYHA III, con delta de troponinas positivo y ecocardiograma que evidencia hipoquinesia global. Se realizó angiografía coronaria diagnóstica con medio de contraste yodado no iónico, implementando medidas de nefroprotección 12 horas previas y posteriores al procedimiento. Los hallazgos angiográficos mostraron enfermedad severa del tronco coronario izquierdo distal (TCI) con nódulo calcificado, oclusión crónica total de la arteria descendente anterior y oclusión crónica total de la coronaria derecha, ambas protegidas por puentes permeables.

Resultados
La IVUS evidenció una lesión severamente calcificada, con calcificación concéntrica de 360° en el segmento distal del TCI y en el ostium de la arteria circunfleja (CX), con áreas luminales mínimas de 4,0 mm^2 y 3,6 mm^2, respectivamente, y una carga de placa de 72–75 %. Se realizó aterectomía rotacional del TCI y del ostium de la CX hasta lograr una adecuada modificación del anillo calcificado, sin complicaciones angiográficas. Posteriormente se implantó un stent farmacoactivo de 3,5 × 28 mm desde el TCI hacia el segmento proximal de la CX, seguido de posdilatación del segmento proximal del stent con balón no complaciente de 4,5 × 15 mm. Las áreas mínimas finales del stent en los distintos segmentos del TCI–CX fueron de 12,37 mm^2, 13,72 mm^2 y 14,79 mm^2, valores considerados óptimos para el TCI. Arteriografía de control con excelentes resultados finales, flujo distal TIMI III en los vasos tratados sin lesiones residuales.

Conclusiones
En el subgrupo de pacientes con ERC, esta técnica ha mostrado alta tasa de éxito y seguridad, permitiendo procedimientos seguros y eficaces con mejores resultados cardiovasculares.

37 Arteria circunfleja con origen anómalo único desde ostium derecho como causa de isquemia; una condición extremadamente rara pero fascinante.

Nadia María Sabbag Chalela; *Francisco Sebastián Terán Ibarra; Jorge Dib Mor Dale; Carlos Andrés Carvajal Tascón; Andrés Felipe Martínez López; Karen Sofía Morales; Carlos Andrés Sánchez Vallejo; Manuel Alvarez Gaviria*

Introducción
Las anomalías coronarias representan entre 0,2–1,3% de la población y pueden manifestarse con isquemia, dolor torácico o pruebas funcionales falsamente positivas. La arteria circunfleja con origen independiente del seno coronario derecho es una variante infrecuente cuyo trayecto debe determinarse para establecer riesgo. Se presenta un caso de dolor torácico con ecoestrés positivo, coronarias angiográficamente normales y anomalía coronaria confirmada por imagen no invasiva.

Materiales y Métodos
Se revisaron la evolución clínica, biomarcadores, EKG, ecoestrés, cateterismo y angioTAC coronario de un paciente hospitalizado por dolor precordial y prueba positiva para isquemia. Se correlacionaron los hallazgos anatómicos y funcionales para definir la causa del cuadro clínico.

Resultados
Masculino de 59 años, con antecedente de hipertensión y dislipidemia, consultó por cuatro días de dolor precordial opresivo, intermitente, no claramente desencadenado, asociado a disnea NYHA II/IV de un año de evolución. Se le realizó prueba de esfuerzo que mostró respuesta cronotrópica normal, pero desaturación severa a 77%, disnea intensa y dolor, interpretándose como positiva para isquemia. El ECG no mostró cambios isquémicos y la troponina fue negativa.
Se realizó cateterismo sin lesiones coronarias significativas; se identificó arteria circunfleja dominante con origen independiente del seno coronario derecho. Debido a esta variante se realizó angioTAC, que evidenció circunfleja originada del seno derecho con trayecto retroaórtico posterior, dominancia izquierda, ausencia de puentes o compresiones y calcio score 0 (CAD-RADS 0). El paciente permaneció hemodinámicamente estable, sin dolor ni alteraciones durante su estancia.

Conclusiones
Entender la implicación clínica de una arteria circunfleja única es fundamental para el manejo adecuado de pacientes que presentan isquemia y dolor torácico por esta condición. Esta entidad puede ser responsable de lesiones significativas que afectan la perfusión cardíaca, provocando síntomas y riesgo de infarto. Detectar su afectación permite planificar intervenciones precisas, como angioplastia o cirugía, mejorando la pronóstico y calidad de vida. Además, comprender su papel en la fisiopatología ayuda a individualizar tratamientos y a prevenir complicaciones mayores.

38 Arteriografía coronaria no diagnostica en infarto ST: siempre imagen intracoronaria.

Mateo Aranzazu Uribe; *Cristhian Felipe Ramírez Ramos; María Camila Rojas Rubiano; Daniel Rendón Hincapié*

Introducción
Desde muchos la arteriografía coronaria ha sido el estándar de oro en la estratificación de la enfermedad coronaria en pacientes con eventos tanto agudos como crónicos. Sin embargo, en los últimos años hemos evidenciado como la imagen intracoronaria se ha convertido en una herramienta fundamental conjunta en muchos escenarios incluidos los infarto sin evidencia de enfermedad coronaria obstructiva sobre todo cuando se tiene duda diagnostica en lesiones intermedias.

Materiales y Métodos
descripcion de Caso

Resultados
Masculino de 31 años, historia de tabaquismo y consumo de marihuana como factores de riesgo cardiovascular, quien consulta por dolor torácico de características cardiacas, documentando en sitio de primer contacto medico elevación significativa del segmento ST. A su ingreso a la institución sin inestabilidad hemodinámica pero no pudo ser llevado a intervención coronaria primaria por lo que se llevó a trombolisis farmacológica. Presento criterios clínicos y electrocardiográficos de reperfusión. Se llevo a estratificación coronaria invasiva con reporte de arterias coronarias epicárdicas sin lesiones signicativas. Dentro de su trabajo diagnostico se realizó resonancia cardiaca que mostró un infarto del territorio de la arteria descendente anterior. Junto con cardiología clínica nuevamente se revisan las imágenes y se evidencian placas leves en descendente anterior proximal y media por lo que se decide realizar imagen intracoronaria. Se realizo ultrasonido intravascular diagnostico con evidencia de enfermedad aterosclerótica fibrolipifica con áreas iso e hipoecograficas con evidencia de ruptura a nivel de la arteria descendente anterior ostial. Se realizo angioplastia coronaria percutánea sin complicaciones.

Conclusiones
La imagen intracoronaria sigue demostrando su grando ultilidad en muchos escenarios clínico, en especial cuando hay dudas diagnosticas en lesioines intermedias y ambiguas en enfermedad coronaria no obstructiva.

39 Arteritis de Takayasu tipo IV con afectación coronaria total manejada con cirugía de revascularización: Reporte de caso

Camilo Agámez Blanco; *Maripaz Bermúdez Posada; Leman Alcides Corpus Rodríguez*

Introducción
La arteritis de takayasu (AT) es una vasculitis inflamatoria crónica de grandes vasos que afecta principalmente a la aorta y sus ramas principales. Predomina en mujeres jóvenes y sigue siendo considerada una entidad poco común. El compromiso de las arterias coronarias en pacientes con AT ocurre en aproximadamente el 9-11 % de los casos y constituye un factor de mal pronóstico, con una tasa de mortalidad superior al 50 % a los cinco años, principalmente debido a la isquemia miocárdica. Presentamos el caso de una paciente femenina de 26 años de edad con arteritis de Takayasu tipo IV y compromiso total de 3 vasos coronarios que requirió manejo con cirugía de revascularización coronaria.

Materiales y Métodos
Se realizó una revisión detallada de la historia clínica, los estudios imagenológicos y paraclínicos de la paciente. Se organizó la información desde su ingreso hasta la evolución posquirúrgica inmediata, incluyendo datos ecocardiográficos, angiográficos, marcadores inflamatorios y los hallazgos intraoperatorios.

Resultados
Se trata de una paciente femenina de 26 años de edad con antecedente de hipertensión arterial secundaria a estenosis bilateral de arterias renales, quien consultó por disnea progresiva y dolor torácico de 3 meses de evolución. Se realizó angiografía coronaria que evidenció oclusión total de 3 vasos coronarios con arteria coronaria izquierda y derecha aneurismáticas. El ecocardiograma mostró disfunción sistólica severa del ventrículo izquierdo e insuficiencia mitral severa funcional. Ante los antecedentes y la enfermedad coronaria severa en paciente femenina joven sin factores de riesgo, se sospechó de AT que fue confirmada con los criterios del Colegio Americano de Reumatología para AT. La paciente fue llevada a revascularización coronaria triple y reemplazo valvular mitral mecánico. La evolución posoperatoria fue favorable.

Conclusiones
Este caso resalta la complejidad clínica y terapéutica de la AT, especialmente en mujeres jóvenes. En presencia de lesiones coronarias severas, como estenosis o aneurismas con alta carga sintomática, la revascularización miocárdica quirúrgica es esencial para prevenir daños cardiovasculares potencialmente mortales. El diagnóstico temprano de esta enfermedad y de las lesiones coronarias asociadas, junto con el inicio oportuno del tratamiento adecuado, permite prevenir complicaciones graves, reducir la mortalidad y mejorar el pronóstico de los pacientes.

40 Cuando el nodo no era el problema: una causa corregible de disfunción sinusal en paciente joven

Daniela Orozco González; *Mateo Mejía Zuluaga; Ricardo Arango Moreno*

Introducción
Las anomalías coronarias congénitas constituyen un grupo heterogéneo de variantes anatómicas presentes en menos del 1% de la población general. Aunque la mayoría son benignas, ciertas alteraciones del origen y trayecto coronario se asocian con isquemia miocárdica y aumentan el riesgo de muerte súbita al comprometer el flujo coronario generando síntomas como síncope o dolor torácico, en pacientes jóvenes y previamente sanos; Por esto, buscarlas activamente se hace esencial, pues representan una causa corregible de eventos potencialmente graves. A continuación presentamos el caso de un adulto joven con bradicardia sinusal y síncope recurrente en quien se identificó esta entidad.

Materiales y Métodos
Se presenta el caso de un paciente masculino de 35 años con historia de bradicardia sinusal y episodios de síncope recurrente, algunos precedidos por dolor torácico y otros durante el reposo. Se realizó evaluación integral con electrocardiograma, Holter, ecocardiograma transtorácico, prueba de esfuerzo y angiotomografía coronaria.

Resultados
El electrocardiograma y el Holter bradicardia sinusal (frecuencia cardiaca mínima hasta 38 lpm en vigilia). La prueba de esfuerzo demostró un índice cronotrópico disminuido (0.3) sin evidencia de isquemia. El angioTAC coronario reveló un origen anómalo de la arteria coronaria derecha (ACD) desde el seno de Valsalva izquierdo, con trayecto interarterial de 6 mm, ángulo de salida de 33°, ostium en hendidura y adelgazamiento luminal sistólico compatible con trayecto intramural. El caso fue discutido en Heart Team, decidiéndose llevar a reimplante quirúrgico de la ACD en el seno coronariano derecho, procedimiento realizado sin complicaciones y, en el seguimiento temprano no se documentaron nuevos episodios de bradicardia sinusal ni sincopes.

Conclusiones
Las anomalías coronarias abarcan un amplio espectro de variantes anatómicas observadas en menos del 1% de la población general. El origen de la ACD en el seno coronario izquierdo puede provocar episodios de isquemia miocárdica e incluso muerte súbita, especialmente cuando coexisten características anatómicas de alto riesgo como trayecto interarterial, segmento intramural, ostium en hendidura y ángulo de salida agudo, como en este caso.
La isquemia del nodo sinusal secundaria a una anomalía coronaria puede manifestarse con disfunción sinusal y síncope; En pacientes jóvenes, un desafío diagnóstico consiste en reconocer la posibilidad de una causa cardíaca estructural. Este caso resalta la importancia de descartar causas corregibles antes de indicar terapias invasivas. La reimplantación coronaria constituye una estrategia segura y efectiva, con recuperación de la función sinusal y el flujo coronario.

41 Estado protrombótico para neoplásico y síndrome coronario agudo: Cuando el corazón revela el tumor.

Diana Vargas Vergara; *Orlando Zabaleta Taboada; Leónardo Mier Martínez; Hamlet Molina Contreras*

Introducción
La relación entre el cáncer y la trombosis arterial se reconoce cada vez más, especialmente en neoplasias como el carcinoma pulmonar, que induce un estado protrombótico significativo y eleva el riesgo de infarto agudo de miocardio por mecanismos que difieren del proceso aterosclerótico, incluyendo trombosis y embolización tumoral. En este contexto, los síndromes coronarios agudos pueden constituir la primera manifestación de una neoplasia subyacente, lo que complica tanto el diagnóstico como el manejo, especialmente en lo que respecta a las estrategias antitrombóticas y el momento de las intervenciones invasivas. El caso presentado ilustra esta interacción, evidenciando un infarto coronario trombótico como manifestación inicial de un carcinoma pulmonar avanzado, subrayando los desafíos clínicos inherentes a la cardio-oncología contemporánea.

Materiales y Métodos
Descripción del caso
Mujer de 64 años con hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y obesidad consultó por dolor torácico persistente, disnea progresiva y ortopnea. Se diagnosticó infarto agudo del miocardio con elevación del ST, Killip III, con GRACE 158 y TIMI 4. El ECG mostró infradesnivel anteroseptal y elevación en cara posterior, con troponina de 42.530 ng/L. Se realizó ecocardiograma evidenciando fracción de eyección del 25%, e insuficiencia mitral grave, Carpentier IIIB. La angiografía reveló oclusión trombótica aguda del ostium de la circunfleja, tratada mediante intervención percutánea con stent medicado y tirofibán. La tomografía identificó una masa pulmonar en el lóbulo superior derecho con nódulos bilaterales sugestivos de neoplasia metastásica. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta con terapia antitrombótica y anticoagulación. Tres meses después, una biopsia pulmonar confirmó carcinoma pulmonar no microcítico.

Resultados
No aplica

Conclusiones
La coexistencia de síndrome coronario agudo y cáncer representa un reto clínico significativo debido a mecanismos fisiopatológicos compartidos que favorecen la trombosis arterial. En cáncer de pulmón, el estado de hipercoagulabilidad inducido por el tumor, la expresión de factor tisular y el estado inflamatorio aumentan el riesgo de eventos arteriales, incluida la oclusión coronaria aguda por trombosis o embolia tumoral. La presentación de un infarto trombótico en un sitio inusual, como el ostium de la circunfleja, ha sido reportada en neoplasias avanzadas y puede constituir la manifestación inicial del cáncer, coincidiendo con casos de embolia coronaria asociada a enfermedad metastásica.
El manejo exige equilibrar el control del evento coronario con los riesgos hemorrágicos derivados del tratamiento antitrombótico y la anticoagulación. Las guías recientes resaltan la necesidad de individualizar la estrategia según el estado trombótico y el pronóstico oncológico. En este caso, la triple terapia con doble antiagregación (Aspirina + clopidogrel) se justificó por la presencia del stent medicado, mientras que la anticoagulación (Enoxaparina), se indicó debido al evento trombótico neoplásico.
El hallazgo incidental de neoplasia pulmonar avanzada subraya la importancia del abordaje multidisciplinario entre cardiología y oncología, dado el impacto pronóstico de los eventos cardiovasculares en pacientes con cáncer.

42 Hemorragia alveolar secundaria a trombólisis con tenecteplase en paciente con infarto agudo de miocardio con elevación del ST

Juan Sebastián Montejo Pino; *José Bacca Arcos; Daniel Isaza Restrepo*

Introducción
El infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) representa una emergencia cardiovascular que requiere reperfusión inmediata. En centros sin disponibilidad de angioplastia primaria, la trombólisis con tenecteplase constituye una alternativa válida. Aunque su perfil de seguridad es favorable, pueden presentarse complicaciones hemorrágicas raras como la hemorragia alveolar difusa. Reportamos un caso asociado al uso de tenecteplase en un adulto mayor con IAMCEST.

Materiales y Métodos
Paciente masculino de 82 años, hipertenso y exfumador, quien consultó por dolor torácico opresivo de 6 horas de evolución. El electrocardiograma evidenció elevación del ST en V3-V4, diagnosticándose IAMCEST anterior. Se administró tenecteplase 30 mg en bolo, junto con aspirina, clopidogrel y enoxaparina. Posteriormente, se realizó angioplastia con implante de dos stents en la descendente anterior. Durante la evolución presentó hipoxemia y hemoptisis leve persistente. La tomografía de tórax mostró opacidades en vidrio esmerilado bilaterales compatibles con hemorragia alveolar. El perfil inmunológico fue negativo. Dada la reciente colocación de stents, se mantuvo la terapia antiagregante dual y se suspendió la anticoagulación.

Resultados
El diagnóstico final fue hemorragia alveolar secundaria a trombólisis con tenecteplase. El paciente evolucionó de forma favorable con soporte médico conservador. Se difirió la revascularización del segundo vaso hasta resolución clínica. Este caso se suma a los pocos reportes descritos en la literatura, en los cuales se asocia el uso de tenecteplase en dosis estándar con sangrado pulmonar en adultos mayores.

Conclusiones
La hemorragia alveolar es una complicación infrecuente pero potencialmente grave de la trombólisis. En pacientes mayores de 60 años, la evidencia de los estudios STREAM y STREAM-2 respalda el uso de media dosis de tenecteplase, estrategia que reduce el riesgo hemorrágico sin comprometer la eficacia. Este caso destaca la necesidad de individualizar la dosis del fibrinolítico según edad y comorbilidades para optimizar la seguridad del tratamiento farmacoinvasivo.

43 Imagen intracoronaria como guía en intervención percutánea de puentes safeno, reporte de caso

Cristhian Felipe Ramírez Ramos; *Mateo Aranzazu Uribe; María Camila Rojas Rubiano; Daniel Rendón Hincapié*

Introducción
En los últimos años, tanto el ultrasonido intravascular diagnostico ha demostrado su utilidad en mejorar los resultados a largo plazo con respecto a la intervención percutánea solo realizada con guía angiográfica. Esto se traduce en disminución de eventos a largo plazo sobre todo menos episodios de revascularización en relación a fallo de stent e incluso disminución de la mortalidad. La intervención coronaria percutánea en puentes safenos es un escenario retador y la utilidad el ultrasonido intravascular diagnostico puede ayudar a optimizar los resultados a largo plazo.

Materiales y Métodos
presentacion de Caso

Resultados
Masculino con historia de enfermedad coronaria prematura para lo que se había realizado cirugía de revascularización coronaria con puentes mamario y safenos. Hospitalizado nuevamente por cuadro de evento coronario agudo, su arteriografía coronaria demostró infarto trombótico con alta carga en puente safeno a arteria Obtusa marginal. En intervención inicial se realizó trombectomía mecánica con angioplastia con balón y además infusión intracoronaria de tirofiban como infusión periférica. se llevó a segundo tiempo de revisión encontrando mejoría de la carga trombótica pero además se realizó imagen intracoronaria que mostro degeneracion por enfermedad fibrolipidica para lo que se realizó intervención coronaria percutánea e imagen de stent.

Conclusiones
la intervención coronaria percutánea de puentes safenos sigue siendo un escenario retador; la imagen intracoronaria en este escenario puede ayudar a optimizar los resultado a largo plazo teniendo en cuenta las particularidades propias de la anatomía de los vasos venosos.

44 Infarto agudo del miocardio con patrón electrocardiográfico tipo “Bandera de Sudáfrica”: expresión de oclusión miocárdica anterolateral y transición conceptual a OMI

Juan Sebastián Rodríguez Zakzuk; *Valentín Hernández Galeano; Nelson Moreno Ruiz*

Introducción
El paradigma tradicional STEMI/NSTEMI presenta limitaciones diagnósticas al no identificar hasta un tercio de las oclusiones coronarias agudas sin elevación clásica del ST. El nuevo enfoque Occlusion Myocardial Infarction (OMI) propone reconocer patrones electrocardiográficos de alto riesgo que implican oclusión coronaria aguda aun sin cumplir criterios convencionales de STEMI. Uno de ellos es el “South African flag sign”, caracterizado por elevación del ST en I, aVL y V2 con infradesnivel en DIII, asociado a oclusión de la primera diagonal de la arteria descendente anterior (Ricci et al., 2025; McLaren et al., 2024; Ayyad et al., 2025).

Materiales y Métodos
Se presenta el caso de un varón de 53 años con antecedentes de hipertensión arterial, quien consultó por dolor torácico opresivo irradiado a cuello y miembro superior izquierdo, acompañado de náuseas y emesis. El electrocardiograma inicial mostró elevación del ST en D1, aVL y V2 con infradesnivel recíproco en DIII, morfología compatible con el signo de la Bandera de Sudáfrica. Se realizó angioplastia primaria exitosa con balón medicado en primera diagonal y colocación de stent farmacológico en la arteria descendente anterior.

Resultados
El ecocardiograma transtorácico evidenció fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 48% con leve disfunción sistólica y sin valvulopatías significativas. El perfil metabólico mostró dislipidemia mixta (HDL 27 mg/dL, TG 402 mg/dL). La evolución clínica fue satisfactoria, con resolución del dolor y estabilidad hemodinámica posterior a la reperfusión. Se otorgó alta temprana con DAPT de alta potencia y plan de rehabilitación cardiovascular.

Conclusiones
El patrón “Bandera de Sudáfrica” constituye un marcador electrocardiográfico de oclusión en la rama diagonal de la arteria descendente anterior, frecuentemente subdiagnosticado dentro del esquema STEMI/NSTEMI. Su reconocimiento inmediato permite activar el cateterismo precoz y optimizar el tiempo de reperfusión. Este caso ilustra la relevancia clínica del paradigma OMI, que redefine el diagnóstico de infarto como una enfermedad de oclusión más que de milímetros de elevación del ST. La adopción de este enfoque —respaldada por la evidencia de McLaren, Ricci y Ayyad— puede mejorar la detección de oclusiones silentes y reducir la mortalidad asociada a falsos negativos de STEMI.

45 Las vicisitudes de la soledad: Arteria coronaria única, una causa rara de dolor torácico potencialmente mortal. Reporte de dos casos.

Andrés Felipe Martínez López; *Francisco Sebastián Terán Ibarra; Gabriel Santiago Rodríguez; Florina Llain; Luis Carlos Bernal Mejía; Jorge Dib Mor Dale; Carlos Andrés Carvajal Tascón; Manuel Alvarez Gaviria*

Introducción
Las anomalías congénitas de las arterias coronarias son entidades poco frecuentes que pueden presentarse con síntomas isquémicos, incluso en ausencia de lesiones ateroscleróticas. La mayoría son hallazgos incidentales; sin embargo, algunas pueden asociarse a riesgo de muerte súbita, especialmente en adultos jóvenes.

Materiales y Métodos
Presentamos dos casos de arteria coronaria única con presentación clínica atípica.

Resultados
Paciente femenina de 63 años que consulta por dolor torácico opresivo, irradiado al cuello, acompañado de disnea y palpitaciones. Al ingreso, el electrocardiograma mostró ritmo sinusal sin signos de lesión, isquemia ni necrosis. Dado el cuadro clínico, se consideró angina inestable y se realizó arteriografía coronaria, la cual evidenció una coronaria derecha como vaso único, de buen calibre, sin lesiones. No se identificó la arteria coronaria izquierda. Se completó estudio con angiotomografía coronaria, que mostró una coronaria derecha de gran calibre, dominante, naciendo del seno de Valsalva derecho. Se evidenció además una anomalía en el origen de la arteria coronaria izquierda, con nacimiento filiforme en la aurícula izquierda, interpretada como variante anatómica. El segundo caso es un paciente masculino de 55 años, con antecedente familiar de infarto agudo de miocardio en un hermano a los 50 años. Ingresó por dolor torácico opresivo. El electrocardiograma no mostró alteraciones del segmento ST ni arritmias, pero presentó elevación de troponinas. Se realizó estratificación invasiva con hallazgo de ausencia de la arteria coronaria izquierda. La coronaria derecha actuaba como vaso único, de buen calibre, sin lesiones significativas. Se observó flujo hacia el tercio proximal de la arteria descendente anterior y tercio distal de la arteria circunfleja. La AngioTAC coronaria reveló que la arteria coronaria izquierda se origina a partir de la coronaria derecha, con presencia de tres pequeñas ramas diagonales. La coronaria derecha nace del seno de Valsalva derecho, sin trayectos inter arteriales ni intraarteriales.

Conclusiones
La incidencia de anomalías coronarias oscila entre 0.1% y 8.4%. Las que generan el mayor número de eventos clínicos son aquellas que tienen su origen en seno de valsalva contralateral y las coronarias únicas. La arteria coronaria única es una anomalía congénita rara, con una prevalencia descrita en la bibliografía de 0.024%. Aunque la mayoría son hallazgos casuales, pueden presentarse como angina, infarto de miocardio o muerte súbita. Es imperativo determinar cuáles deben considerarse como "potencialmente malignas". El conocimiento exacto del trayecto y de la anatomía coronaria son fundamentales en presencia de síntomas. El tratamiento depende de la presencia de síntomas y las características anatómicas. La elección del tratamiento siempre debe ser determinada por un equipo multidisciplinario en busca de los mejores resultados para los pacientes.

46 Más allá de la placa: Infarto agudo de miocardio secundario a un aneurisma coronario

Cristian Orlando Porras Bueno; *Emilio José Juan Guardela; Diego Alejandro Ortega Gómez; Diego Armando Pérez Covo; César Augusto Balaguera Becerra; Miguel Angel Zuleta Ovalle*

Introducción
Los aneurismas coronarios, definidos como dilataciones localizadas que exceden 1.5 veces el diámetro de los segmentos adyacentes, aparecen en hasta el 5% de las angiografías. Estos, pueden ser fusiformes o saculares y deben distinguirse de la ectasia coronaria, que implica una dilatación difusa en >=50% de la arteria. En cuanto a su etiología, los aneurismas coronarios pueden tener múltiples causas, siendo más frecuentes por aterosclerosis coronaria, aunque factores genéticos, inflamatorios, infecciosos e iatrogénicos pueden contribuir.

Materiales y Métodos
Caso clínico de infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del ST, secundario a un aneurisma coronario.

Resultados
Caso clínico
Un hombre de 68 años con antecedentes de hipertensión, dislipidemia y un infarto de miocardio en años previos, consultó por dolor torácico de esfuerzo irradiado al cuello y brazo. Su electrocardiograma mostró una elevación del segmento ST en derivadas inferiores en relación con un IAM con elevación del ST. El ecocardiograma mostró remodelación concéntrica y fracción de eyección preservada. La angiografía reveló un aneurisma fusiforme (7×3 mm) en la arteria coronaria derecha media, con flujo TIMI 3 y sospecha de embolización distal. La ecografía intravascular (IVUS) confirmó una baja carga trombótica laminar (figura 1). Se administró terapia antitrombótica y se realizó intervención coronaria percutánea con implante de stent, obteniendo resultados favorables. También se utilizó pretratamiento con tirofiban.

Conclusiones
Discusión
Este caso resalta la presentación clínica de un IAM con elevación del ST en el contexto de un aneurisma coronario fusiforme, una complicación infrecuente pero relevante, particularmente en pacientes con antecedentes de enfermedad coronaria y procedimientos previos de manera percutánea. La sospecha de embolización distal desde un aneurisma con trombo laminar refuerza la importancia de una evaluación detallada mediante imagen ultrasonográfica intravascular. El tratamiento con stent recubierto permitió aislar la lesión y eliminar el foco embólico, una estrategia razonable en este escenario para reducir el riesgo de nuevos eventos tromboembólicos.
Conclusión
El diagnóstico oportuno y la intervención coronaria percutánea con el uso de IVUS dirigido, permiten un manejo efectivo y mejor caracterización en el abordaje de un síndrome coronario agudo, relacionado con un aneurisma coronario, permitiendo obtener resultados clínicos y angiográficos exitosos.

47 Origen y trayecto anómalo de la arteria circunfleja diagnosticado por ecocardiografía transtorácica en un paciente adulto: utilidad del signo de RAC.

Adrián Bolívar Mejía; *Pina Isabel Múnera Muñoz; Luisa María Cardona; Isabella Cortés López*

Introducción
Paciente femenina de 23 años que presenta síncope recurrente con estudios iniciales normales y una prueba de mesa basculante positiva. El ecocardiograma transtorácico identificó el signo de RAC, hallazgo que motivó una angiotomografía coronaria que confirmó una arteria circunfleja con origen anómalo en la coronaria derecha y trayecto retroaórtico, sin características de alto riesgo. Dado su curso benigno y la ausencia de relación con los síntomas, se indicó manejo conservador, con evolución favorable. Es de gran relevancia la identificación ecocardiográfica de signos indirectos de anomalías coronarias y la necesidad de estratificación anatómica para una adecuada toma de decisiones terapéuticas.

Materiales y Métodos
Adulta de 23 años de edad que consulta por episodios de pérdida súbita de la conciencia que usualmente se presentaban tras periodos prolongados de bipedestación, con una duración máxima de 3 minutos. Se solicitaron estudios complementarios documentándose un electrocardiograma y holter de 24 horas normales. La prueba de mesa basculante fue positiva para síncope neuralmente mediado. En el ecocardiograma transtorácico se evidenció la presencia del signo de RAC (retroaortic anomalous coronary artery) tanto en la proyección apical de cuatro cámaras como en la proyección apical de tres cámaras (figura 1), por lo tanto, dado este hallazgo y el antecedente de síncope, se sugirió complementar el estudio con una agiotomografía contrastada de las arterias coronarias, a fin de evaluar la anomalía descrita. Se realizó la angiotomografía coronaria, en la cual se confirmó una anomalía en el origen y el trayecto de la arteria circunfleja (figura 2), la cual mostró su origen a nivel de la arteria coronaria derecha con un curso retro y subaórtico, sin áreas de estenosis, trayecto intramural o curso interarterial. No se documentaron anormalidades en las otras arterias coronarias epicárdicas.

Resultados
Tras la identificación de estos signos, siempre es necesario complementar el estudio con la angiotomografía contrastada de arterias coronarias, herramienta con mayor utilidad para la evaluación del origen y el trayecto anómalo de las coronarias, ya que no solo permite evaluar los diferentes trayectos previamente descritos, sino que es útil en la valoración de otros aspectos con valor pronóstico relacionados con el origen del vaso, dentro de los que se incluyen el ángulo de origen, la estrechez del ostium y el curso intramural en la pared aórtica, los cuales cobran importancia al momento de definir la necesidad de intervención.

Conclusiones
La valoración anatómica de las arterias coronarias mediante ecocardiografía se encuentra limitada tanto por los alcances propios de la técnica en cuanto a la posibilidad de visualizar el recorrido de estos vasos, como por la limitación que puede condicionar una mala ventana acústica en algunos pacientes adultos.

48 Progresión de la enfermedad coronaria, lecciones de la imagen intracoronaria

Mateo Aranzazu Uribe; *Cristhian Felipe Ramírez Ramos; María Camila Rojas Rubiano; Daniel Rendón Hincapié*

Introducción
Durante muchos años creímos que enfermedad coronaria y su progresión tardaban años desde la formación de la estría grasa a la aparición de los eventos agudos. Sin embargo, con el trascurrir de los años y con el uso de herramientas diagnosticas como la imagen intracoronaria, pudimos evidenciar que la enfermedad coronaria no toma años en progresar sino que esto se puede dar en semanas o meses cambiando un antiguo paradigma y obligándonos a mejorar nuestros esfuerzos para optimizar la prevención y evitar aparición sobre todo de eventos agudos.

Materiales y Métodos
Caso clinico

Resultados
Masculino de 50 años, historia de enfermedad coronaria prematura para lo que se había realizado intervención coronaria percutánea en arteria circunfleja. Consulto por dolor toracico de características cardiacas en mayo de 2025; su estudio invasivo mostro stent en circunfleja con persistencia de buen resultado angiográfico pero además una lesión intermedia del 50% con ectasia asociada en coronaria derecha. Se decidio llevar a estudio invasivo con imagen intracoronaria donde se evidencio enfermedad aterosclerótica fibrolipifica con área luminal mínima de 12 mm2 por lo que se dejo en manejo medico. 3 meses después presento nuevamente dolor toracico y en sitio de contacto medico inicial elevacion del ST inferior. A su ingreso a la institución sin cambios del ST y resolución de síntomas. Se llevo a estudio invasivo con ultrasonido intravascular diagnostico que mostró enfermedad aterosclerótica fibrolipidica áreas hipo e iso e ecogénicas con disminución de aproximadamente 40% del área luminal mínima y además presencia de ulceración y hematoma, se realizó intervención coronaria percutánea sin complicaciones.

Conclusiones
La imagen intracoronaria nos ha permitido constatar que la progresión de la enfermedad coronaria puede tardar semanas y que se deben optimizar las estrategias de prevención secundaria al máximo para evitar sobre todo aparición de eventos agudos.

49 Ruptura de la pared libre del ventrículo derecho como complicación inusual de un síndrome coronario agudo

Ingrid Lizeth Casallas Angel; *Juan David Rojas; Santiago Uribe Pedraza; Nelson Giovanny León León; Marisol Carreño Jaimes*

Introducción
La ruptura de la pared libre ventricular constituye una de las complicaciones mecánicas del infarto agudo de miocardio (IAM) que conlleva a una mortalidad elevada pese a los avances en reperfusión temprana. Su incidencia global se estima entre el 2% - 4% de los casos de IAM, y la gran mayoría compromete la pared libre del ventrículo izquierdo. La afectación del ventrículo derecho es excepcional y se ha descrito de manera esporádica en la literatura. En estos escenarios, se puede evolucionar rápidamente a taponamiento cardiaco y muerte súbita. Presentamos el caso de un hombre de 72 años con IAM inferior complicado por ruptura contenida del ventrículo derecho, formación de pseudoaneurisma y derrame pericárdico severo.

Materiales y Métodos
Hombre de 72 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia e hipotiroidismo; consulta por 5 días de dolor torácico opresivo con irradiación a miembro superior izquierdo, asociado a diaforesis. Signos vitales dentro de normalidad. Al examen físico resalta diaforesis profusa sin anormalidades a la auscultación cardiopulmonar. EKG con lesión subepicárdica en derivaciones inferiores considerando hallazgos compatibles con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) por lo cual se realizó intervención coronaria percutánea (PCI) primaria con evidencia de enfermedad coronaria multivaso: lesión distal del 70% en la arteria descendente anterior, coronaria derecha con ectasia y flujo lento con lesión distal del 70% y oclusión total de la arteria descendente posterior. Se realizo implante de stent en arteria coronaria derecha, con restablecimiento del flujo distal. Ecocardiograma transtorácico con FE 55% y derrame pericárdico moderado a severo con depósito de fibrina e imágenes sugestivas de coágulos adheridos al saco pericárdico por lo cual, dado estabilidad clínica del paciente, se realizó cardioresonancia mostrando imagen de pseudoaneurisma dependiente de la pared inferior y aspecto inferior de la pared lateral del ventrículo derecho, de aproximadamente 31 × 18 mm, asociado a hemopericardio circunferencial severo confirmando una complicación mecánica inusual del IAM.

Resultados
Dado la complejidad del caso, se indicó terapia antitrombótica con clopidogrel realizando control ecocardiográfico con reporte de derrame pericárdico leve. Fue presenta en junta de Heart Team considerando que, dado estabilidad clínica e imagenológica asociado a la alta tasa de mortalidad de un procedimiento quirúrgico, continuar manejo médico

Conclusiones
La ruptura de la pared libre del ventrículo derecho es una complicación mecánica del IAM inusual con una alta tasa de mortalidad en la cual su identificación clínica temprana es clave para lograr los mejores desenlaces en el paciente.

50 Ruptura del septo interventricular como complicación mecánica en infarto agudo de miocardio: A propósito de un caso

Juan Santiago Serna Trejos; *Sebastián Morales Londoño; María Alejandra Londoño Osorio*

Introducción
La ruptura del septo interventricular (RSV) es una complicación mecánica infrecuente pero catastrófica del infarto agudo de miocardio (IAM), con incidencia cercana al 0,3% y mortalidad reportada entre 40–80%. Su presentación típica es bifásica: dentro de las primeras 24 horas o entre los 3–5 días post-IAM. A pesar de los avances en estrategias de reperfusión, continúa siendo un desafío diagnóstico y terapéutico, frecuentemente asociado a choque cardiogénico y falla multiorgánica.

Materiales y Métodos
Se realizó una descripción clínica estructurada de un caso de RSV post-IAM, incluyendo hallazgos clínicos, electrocardiográficos, angiográficos y ecocardiográficos, así como el abordaje terapéutico con soporte hemodinámico, intervenciones quirúrgicas y manejo percutáneo. El análisis se complementó con una revisión narrativa de la literatura disponible sobre epidemiología, factores de riesgo y estrategias de manejo de esta complicación.

Resultados
Hombre de 70 años, hipertenso y fumador intermitente, consultó por dolor torácico opresivo de una semana de evolución. Se diagnosticó IAM inferior con oclusión aguda de la coronaria derecha, tratándose mediante angioplastia con implante de dos stents. Durante su evolución presentó choque cardiogénico y fibrilación auricular, requiriendo balón de contrapulsación, inotrópicos y vasopresores. El ecocardiograma transtorácico evidenció comunicación interventricular (CIV) basal de aproximadamente 2×2 cm asociada a insuficiencia mitral severa. Se realizó cierre quirúrgico con parche de pericardio bovino, plastia mitral y bypass coronario. En el posoperatorio cursó con reapertura del defecto y deterioro ventricular progresivo; el intento de cierre percutáneo fracasó. Debido a la inestabilidad persistente y la ausencia de opciones terapéuticas eficaces, se instauró manejo paliativo. El paciente falleció por colapso cardiovascular y disfunción multiorgánica.

Conclusiones
La RSV post-IAM continúa siendo una entidad de elevada letalidad, especialmente en pacientes de edad avanzada y en aquellos con retraso en la reperfusión, como en este caso. El diagnóstico debe sospecharse ante un soplo holosistólico nuevo acompañado de inestabilidad hemodinámica y confirmarse mediante ecocardiografía. Si bien la cirugía y el cierre percutáneo representan el tratamiento definitivo, no existe consenso sobre el momento óptimo de intervención; algunos estudios sugieren mejores resultados con reparaciones diferidas entre 4–7 días, aunque la evidencia es limitada. Este caso resalta la importancia del reconocimiento temprano de esta complicación y la necesidad de un abordaje multidisciplinario intensivo. La mortalidad persiste elevada incluso con soporte avanzado, lo que subraya la relevancia de estrategias que aseguren reperfusión temprana en el IAM.

51 Síncope como manifestación inicial del origen anómalo de la coronaria derecha: Reporte de caso.

Claudia Jaramillo Villegas; *Miguel Alfonso Sánchez Barbosa; Gabriela Salcedo Perdomo; Laura Sofía Cárdenas Beltrán; Negireth Angell Paker Neva; Dariel Stiven Rojas Cumaco*

Introducción
El origen anómalo de la arteria coronaria derecha desde el seno coronario izquierdo con trayecto interarterial es una anomalía congénita infrecuente, pero clínicamente relevante por su asociación con isquemia miocárdica y muerte súbita, especialmente durante el ejercicio. Aunque muchas de estas variantes permanecen asintomáticas, el síncope o el dolor torácico de características coronarias deben considerarse signos de alarma que ameritan una evaluación anatómica detallada.

Materiales y Métodos
Se presenta el caso de un paciente masculino de 61 años con antecedente de dislipidemia, quien consultó por un episodio de síncope durante esfuerzo físico, acompañado de dolor torácico opresivo de corta duración. Los estudios no invasivos iniciales (electrocardiograma, biomarcadores, ecocardiografía transtorácica, Holter y gammagrafía de perfusión miocárdica) fueron normales. Ante la persistencia de la sospecha clínica, se realizó arteriografía coronaria y posteriormente angiografía coronaria por tomografía computarizada.

Resultados
Los estudios avanzados demostraron una arteria coronaria derecha dominante, originada anómalamente en el seno coronario izquierdo, con trayecto interarterial entre la aorta y el tronco pulmonar y leve estrechamiento luminal. La prueba de ejercicio cardiopulmonar confirmó la relación entre los síntomas y la isquemia inducible. Se decidió tratamiento quirúrgico mediante revascularización con injerto de arteria mamaria interna derecha hacia la coronaria derecha proximal, con evolución posoperatoria favorable y sin complicaciones.

Conclusiones
Las anomalías congénitas del origen coronario representan menos del 1% de la población general; sin embargo, el trayecto interarterial confiere un riesgo elevado de isquemia y muerte súbita. Este caso resalta la baja sensibilidad de las pruebas funcionales para detectar isquemia secundaria a anomalías coronarias, así como el papel fundamental de la tomografía coronaria para el diagnóstico anatómico. El reconocimiento oportuno de estas variantes y la intervención quirúrgica en pacientes sintomáticos con anatomía de alto riesgo pueden prevenir desenlaces fatales y mejorar el pronóstico cardiovascular.

52 Takotsubo invertido: Un caso atípico de la Miocardiopatía por Estrés

Daniel Alexander Contreras Duarte; *Camila Andrea Parra Rincón; Javier Ricardo Beltrán Bohórquez; Edwin Olivo Cano Organista*

Introducción
El síndrome de Takotsubo es una miocardiopatía transitoria desencadenada por estrés físico o emocional, relacionada con una descarga adrenérgica excesiva que produce disfunción ventricular reversible[1]. La variante invertida, caracterizada por hipocinesia de segmentos basales con contractilidad apical preservada, es menos frecuente (aproximadamente el 2.2% de los casos) y puede simular un síndrome coronario agudo[2].

Materiales y Métodos
Se presenta un caso clínico de una paciente femenina con manifestación clínica sugestiva de síndrome coronario, en quien se efectuó correlación clínica-electrocardiográfica, evaluación angiográfica y ecocardiográfica. Se aplicaron criterios diagnósticos propuestos por consensos internacionales para Síndrome de Takotsubo[3].

Resultados
Paciente femenina de 55 años que presentó cuadro clínico de dolor torácico tipo opresivo asociado a disnea inmediatamente tras recibir una noticia emocional adversa (fallecimiento de su madre). Presentó elevación del segmento ST en cara anteroseptal (V2 y V3) con trastorno de la repolarización en cara antero lateral baja (V4-V5-V6), con elevación de biomarcadores cardíacos, razón por la que se considera Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST, se traslada al servicio de Hemodinamia para realización de arteriografía coronaria, en la que se evidenció arterias coronarias sin lesiones significativas, con ventriculografía que muestra en la diástole adecuada motilidad y llenado, sin embargo, en la sístole con alteración de patrón de movilidad de la pared basal. El ecocardiograma mostró fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 40% con hipocinesia de segmentos basales y medios, hallazgos compatibles con variante invertida del Síndrome de Takotsubo4?5. Posteriormente se indicó manejo médico y vigilancia, la evolución clínica fue favorable con posterior egreso hospitalario, sin complicaciones.

Conclusiones
La variante invertida del síndrome de Takotsubo puede simular un síndrome coronario agudo, no obstante, la ausencia de enfermedad coronaria obstructiva y el patrón ecocardiográfico, así como en la ventriculografía coronaria orientan a su diagnóstico[2]. Reconocer este síndrome en general y particularmente sus variantes (en este caso basal 2.2%) evita intervenciones invasivas innecesarias y permite un abordaje centrado en soporte hemodinámico y manejo del estrés emocional[3]. La recuperación suele ser favorable con tratamiento conservador y seguimiento cardiológico estructurado[1].

53 Trombosis coronaria aguda simultánea en dos vasos debutando con paro cardíaco: Un reto en hemodinamia

Cristian Orlando Porras Bueno; *César Augusto Balaguera Becerra; Diego Alejandro Ortega Gómez; Diego Armando Pérez Covo; Emilio José Juan Guardela; Diego José Ardila Ardila; Miguel Angel Zuleta Ovalle*

Introducción
La trombosis aguda simultánea de 2 arterias coronarias es rara y conlleva una alta mortalidad. Describimos un caso que se presentó como paro cardíaco, manejado con trombólisis y una intervención coronaria percutánea emergente.

Materiales y Métodos
Caso clínico de un paciente de 49 años con antecedente de hipertensión y obesidad, quien presentó un paro cardíaco secundario a una trombosis coronaria aguda simultánea.

Resultados
Caso clínico
Un hombre de 49 años con antecedente de hipertensión y obesidad se desmayó mientras se encontraba en un taxi. Los testigos iniciaron la reanimación cardiopulmonar básica mientras trasladaban al mismo a nuestra institución; al llegar, no tenía pulso y se encontraba en ritmo de fibrilación ventricular. El soporte vital avanzado incluyó desfibrilación, amiodarona y tenecteplasa. Después de 22 minutos de reanimación cardiopulmonar, retorno a la circulación espontánea (ROSC). El electrocardiograma post-ROSC mostró un infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del segmento ST inferior y lateral. La angiografía de emergencia reveló una oclusión trombótica total aguda de la arteria circunfleja y la rama descendente posterior de la arteria coronaria derecha. Se realizaron trombectomía mecánica y angioplastia con balón en ambos vasos, seguidas de infusión intracoronaria de tirofiban (Figura 1). Luego, fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos.

Conclusiones
Discusión
La trombosis coronaria dual sin ruptura subyacente de placa es un mecanismo raro de IAM con elevación del ST que puede convertirse en paro cardíaco refractario. En nuestro caso, la trombólisis durante el paro cardíaco facilitó la reperfusión temprana, mientras que la intervención coronaria percutánea emergente restauró el flujo.
Conclusión
En casos de trombosis coronaria simultánea que causan paro cardíaco, la trombólisis durante el paro cardíaco y la intervención coronaria percutánea emergente pueden lograr el retorno a la circulación espontánea y la permeabilidad de los vasos, resaltando que para estos casos el abordaje multidisciplinario oportuno, eficiente y adherido a guías, es necesario para lograr un resultado deseable para el paciente.

54 Trombosis del stent en centros sin ICP: Que debemos hacer desde la perspectiva de un caso clínico?

Jefferson Daniel González Torrealba; *José Guillermo Ledezma Pérez*; *Marwan Michaell Chlaiwit Marín*

Introducción
La trombosis del stent es una rara, pero potencial complicación de la intervención coronaria percutánea, con una incidencia entre 0.1-1.7% y mortalidad por mayor a 45%. El Consorcio de Investigación Académica propuso una definición (Figura 1) al establecer una gradación de certeza (definida, probable, posible) y el momento de la trombosis del stent (aguda, subaguda, tardía, muy tardía).

Materiales y Métodos
Masculino de 41 años de edad, con antecedentes de diabetes tipo 2 quien presenta dolor toracico tipico coronario por lo cual acude a departamento de emergencia. examen fisico de ingreso: pa: 100/80 mmhg, fc: 84 lpm, fr: 16 rpm, spo2: 98%. examen físico sin hallazgos positivos. paraclinicos ingreso: creatinina: 1.1 mg/dl urea: 29 mg/dl, glicemia: 301mg/dl, ldl: 140mg/dl, troponina i cuantitativa: 25ng/ml. electrocardiograma inicial evidencio elevacion del st en derivaciones dii, diii, avf, v5 y v6 con infradesnivel del st en avl (figura 2a) consistente con diagnostico de infarto agudo de miocardio con elevacion del st (iamcest). en vista de no contar con centro con hemodinamia, se inicia trombolisis (estreptoquinasa) al estar en periodo de ventana.
En vista de trombolisis exitosa (figura 2b) se refiere a centro de hemodinamia para coronariografia diagnostica y terapeutica resultando en eac de 2 vasos: adp rama de la cd: lesion obstructiva del 95% en 1/3 proximal y acx lesión obstructiva del 85% en 1/3 medio. por lo cual amerito angioplastia con la colocacion de 2 stent tipo segunda generacion respectivamente, sin complicaciones. paciente es egresado en status post-angioplastia con doble anti-agregacion (aspirina + clopidogrel), terapia anti-isquemica e hipolipemiante.

Resultados
05 dias porteriores a angioplastia presenta dolor toracico coronario tipico acudiendo a servicio de emergencia, se realiza electrocardiograma presentando elevacion del st en cara infero-lateral (figura 3a) , troponina i ultrasensible 1.500ng/ml. en vista de no contar con hemodinamia y sospechar trombosis aguda del stent se inicia terapia fibrinolitica (estrepquinasa), sin criterios de reperfusión (figura 3b).es trasladado 07 dias despues (factores socioeconomicos) a centro de hemodinamia, donde realizan angioplastia convencional con balon (2) en arteria descendete posterior rama de arteria coronaria derecha por trombosis subaguda de stent coronario (figura 4), colocado en tercio proximal de ateria descendente posterior hace 10 dias. el procedimiento resulto exitoso y sin complicaciones.paciente es egresado con doble antiagregacion (aspirina + ticagrelor) y anticoagulacion oral.

Conclusiones
La selección adecuada del paciente, la lesión y el stent, un buen resultado ténico y una terapia antiplaquetaria dual eficaz son fundamentales para minimizar el riesgo de trombosis del stent.

55 Utilidad de la tomografía de coherencia óptima en un paciente jóven con infarto con elevación del ST sin lesiones coronarias angiográficamente significativas.

Laura Fernanda Gilón Córdoba; *Jhonattan Benavides Plazas*; *Edgar Fernando Hurtado Ordóñez*; *Hugo Oswaldo Alvarado Mora*; *Diana Bohórquez*

Introducción
El infarto agudo de miocardio (IAM) con arterias epicárdicas sin lesiones significativas es frecuente en pacientes jóvenes. Herramientas como la tomografía de coherencia óptica (OCT por su siglas en inglés) ha cambiado el enfoque diagnóstico y terapéutico dado que permite identificar en la mayoría de casos la causa subyacente (ruptura de placa, disección o espasmo coronario, trombo) y con esto poder implementar un manejo dirigido. Se presenta el caso de un paciente con IAM con elevación del ST en el que la OCT fue fundamental para reconocer la causa y cambió la conducta terapeútica.

Materiales y Métodos
Reporte de caso

Resultados
Paciente de 48 años con antecedente de sobrepeso, con cuadro de dolor torácico opresivo retroesternal de 1 hora. Consultó a otra institución donde presentó paro cardiaco en ritmo de fibrilación ventricular, posterior a reanimación se documentó en electrocardiograma elevación del segmento ST en pared anterior por lo que se realizó trombolisis con tenecteplase con criterios de reperfusión y remiten. Ecocardiograma documenta aquinesia apical con disfunción sistólica moderada del ventrículo izquierdo (fracción de eyección 38%), es llevado a arteriografía coronaria encontrando placas en segmento proximal de Descendente Anterior (DA) menor al 20%, demás arterias coronarias sin lesiones significativas. Dado que se trataba de paciente joven con IAM con elevación del ST y aquinesia apical, se decidió realizar tomografía de coherencia óptica sobre DA, con evidencia de vaso difusamente enfermo con alta carga lipídica 360 grados , logrando identificar en un segmento ruptura de placa con presencia de trombo residual (Ver imagen 1). En ninguna parte del trayecto hubo compromiso de la luz por lo que no se realizó intervenciones adicionales. Paciente con evolución satisfactoria y posterior egreso.

Conclusiones
La OCT es una herramienta importante para identificar el mecanismo fisiopatológico de un IAM con arterias coronarias sin lesiones obstructivas, sobre todo, cuando se sospeche que la causa está en las arterias epicárdicas dado que permite identificar lesiones no visualizadas en angiografía coronaria (1). En la mayoría de casos, se encuentra rotura y erosión de una placa, también permite evaluar el impacto que tiene sobre la luz del vaso como se presentó en este caso en el cual se logró identificar la causa sin requerir intervención percutánea dado que no tenía compromiso significativo de la luz.

56 ¿Ya sabemos cómo tratarlo? Ectasia coronaria severa multivaso, una causa infrecuente de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en paciente joven. Reporte de caso.

Francisco Sebastián Terán Ibarra; *Andrés Felipe Martínez*; *Adolfo Alejandro Montenegro Charry*; *Elkin Manuel Chaparro Flechas*; *David Hamon*; *Rafael Melo*; *Carlos Andrés Carvajal Tascón*; *Jorge Dib Mor Dale*

Introducción
La ectasia coronaria severa es una condición infrecuente asociada con estasis del flujo y trombosis distal en las arterias coronarias, lo que limita la factibilidad y el beneficio de la revascularización percutánea e incrementa el riesgo de complicaciones. En casos de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) asociados a esta entidad, se ha descrito que una estrategia conservadora intensiva antitrombótica —incluyendo inhibidor GP IIb/IIIa de corta duración, terapia antiplaquetaria dual (DAPT) y estatinas de alta intensidad— puede constituir una alternativa razonable cuando la intervención percutánea añade riesgo sin un beneficio claramente establecido.

Materiales y Métodos
Paciente masculino de 59 años, con antecedente de tabaquismo pesado activo. Consultó inicialmente por dolor torácico retro esternal irradiado a miembros superiores, asociado a disnea, náusea y emesis. El electrocardiograma mostró elevación del segmento ST en derivaciones inferiores; troponina inicial: 967 ng/L (0-45 ng/L), la coronariografía evidenció ectasia severa a nivel proximal de la arteria descendente anterior, ectasia moderada de la circunfleja y coronaria derecha dominante con ectasia difusa severa y gran trombo suboclusivo distal. La descendente posterior se encontró permeable, mientras que la arteria posterior-ventricular estaba ocluida con pobre llenado distal. El ecocardiograma documentó una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada. En el perfil cardiometabólico destacaron prediabetes y dislipidemia.

Resultados
Ante la presencia de un trombo distal en un lecho difusamente ectásico, se optó por manejo médico, administrando tirofibán por 24 horas, anticoagulación plena con enoxaparina, analgesia y estatina de alta intensidad. No se realizó intervención coronaria percutánea (ICP). El paciente evolucionó estable, sin recurrencia del dolor ni signos de falla cardíaca. Se inició rehabilitación cardiaca y consejería para cese del tabaquismo. Tras completar tirofibán se indicó terapia antiplaquetaria dual (ASA 100 mg + clopidogrel 75 mg/día) y se suspendió enoxaparina, continuando el manejo de forma ambulatoria con evolución clínica favorable.

Conclusiones
La enfermedad ectasica coronaria es una condición rara que se caracteriza por la dilatación anormal de las arterias coronarias, aumentando el riesgo de síndrome coronario agudo. La prevalencia es del 0,1-3,9% en la población general. Los factores de riesgo incluyen hipertensión, hiperlipidemia, tabaquismo y diabetes. El diagnóstico se basa en angiografía coronaria y tomografía computarizada. El tratamiento incluye terapia médica, angioplastia coronaria y cirugía de revascularización miocárdica, aunque no hay pautas claras sobre la terapia ideal y cada caso debe ser individualizado. Es fundamental identificar factores de riesgo y síntomas para proporcionar un abordaje diagnóstico y terapéutico adecuado y mejorar resultados clínicos.

ENFERMEDAD VALVULAR

57 Aneurisma micótico pulmonar y hemoptisis amenazante, el caso de una endocarditis por dispositivo

Adriána Torres; *Laura Peña; Maríana Gutiérrez; Daniel Palacios; Miguel Angel Zuleta Ovalle*

Introducción
La endocarditis infecciosa del lado derecho es una presentación infrecuente de la enfermedad, comúnmente asociada a dispositivos intracardiacos y caracterizada por un patrón de complicaciones distinto al observado en el compromiso izquierdo. Estudios epidemiológicos reportan una incidencia global de 9.2 casos por 100,000 personas al año, y una mortalidad del 24%. El compromiso tricuspídeo y la infección predominante por Staphylococcus aureus favorecen la embolización séptica pulmonar, en cuyo contexto los aneurismas micóticos pulmonares son una complicación poco habitual de este proceso y pueden manifestarse con hemoptisis de alto riesgo.

Materiales y Métodos
Se realizó un reporte de caso de un varón de 70 años con falla cardiaca de etiología isquémica (FEVI 27%), portador de cardiodesfibrilador implantable para prevención primaria, quien consulta inicialmente por cuadro febril e infección gastrointestinal. Ecocardiograma transesofágico evidenció una masa a nivel de la válvula tricúspide dependiente del electrodo del ventrículo derecho, con hemocultivos positivos con aislamiento para S. Aureus meticilino sensible. Se documentaron múltiples focos de neumonía por embolia séptica, por lo cual se realizó retiro del dispositivo con posterior plastia tricuspídea con resección de vegetaciones. Tras completar el manejo antimicrobiano, consulta a urgencias por cuadro de hemoptisis documentandose en el angioTC hallazgos compatibles con dilatación aneurismática de la arteria pulmonar subsegmentaria superior derecha, lesión no documentada en el TC prequirúrgico.

Resultados
Considerando el riesgo de hemoptisis masiva en presencia de gran aneurisma, se decide manejo endovascular multidisciplinario por hemodinamia y radiología intervencionista con corrección percutánea endovascular del aneurisma arteria pulmonar segmentaria apical derecha con sellamiento completo a través de la inserción de COILS.

Conclusiones
Este caso demuestra cómo la formación de aneurismas micóticos de la arteria pulmonar, condición descrita con mayor frecuencia en población pediátrica por cardiopatía estructural, pueden presentarse como consecuencia de una diseminación de endocarditis del lado derecho por embolismo séptico pulmonar, secundario a complicaciones asociadas al uso de dispositivos intracardiacos. El uso de herramientas diagnósticas como el TC de tórax permitió confirmar la presencia del aneurisma y documentar la progresión imagenológica del proceso infeccioso. La terapia endovascular con COILS es una alternativa terapéutica eficaz, frente a otras opciones como el abordaje quirúrgico, permitiendo el sellamiento completo del aneurisma y disminuyendo la morbimortalidad asociada. A pesar de su baja frecuencia, esta entidad es potencialmente letal, por lo cual es indispensable su reconocimiento temprano para evitar complicaciones mayores como hemoptisis masiva o ruptura vascular.

58 Anomalías congénitas de la válvula aórtica: presentación de dos casos clínicos.

Carlos Eduardo García Morón; *Javier Moreno Cortés; Vanessa Paola Lambraño De la Ossa*

Introducción
Las anomalías congénitas de la válvula aórtica —unicúspide, bicúspide y cuadricúspide— representan un espectro poco frecuente pero clínicamente relevante, asociado a estenosis, insuficiencia y aortopatías congénitas. La ecocardiografía transesofágica tridimensional (3D) es la herramienta clave para definir el fenotipo valvular y la severidad funcional, orientando la estrategia terapéutica individualizada. Este trabajo presenta dos casos clínicos de válvulas unicúspide y cuadricúspide, resaltando los hallazgos imagenológicos y el enfoque diagnóstico integral basado en imagen multimodal.

Materiales y Métodos
Se realizó una serie de casos descriptiva en dos pacientes adultas evaluadas por el servicio de cardiología y ecocardiografía de la Clínica Reina Sofía (2024–2025).
Caso 1: mujer de 37 años en evaluación pregestacional por valvulopatía congénita.
Caso 2: mujer de 39 años en valoración prequirúrgica.
Ambas se estudiaron mediante ecocardiografía transtorácica y transesofágica 2D/3D, con análisis de gradientes, área valvular e insuficiencia. Los resultados fueron interpretados por expertos en imagen cardíaca y complementados con revisión bibliográfica reciente sobre UAV y QAV.

Resultados
Caso 1 – Válvula aórtica unicúspide (UAV):
Paciente asintomática, con soplo mesosistólico grado IV/VI en foco aórtico.
- ETE a 38° y reconstrucción 3D confirmaron válvula unicúspide tipo unicomisural con cúspide displásica y prolapso leve.
- Gradiente medio 37 mmHg, Vmax 3.72 m/s, área valvular reducida con estenosis moderada e insuficiencia aórtica concomitante.
- Cavidades izquierdas discretamente dilatadas, sin compromiso de la función sistólica.

Caso 2 – Válvula aórtica cuadricúspide (QAV):
Paciente asintomática, con soplo sistólico grado II/VI.
- ETE a 50° y vista 3D evidenciaron válvula cuadricúspide tipo A (simétrica) con cúspides de igual tamaño.
- Gradiente medio 29 mmHg, Vmax 3.5 m/s, área 1.5 cm² (estenosis leve a moderada).
- Insuficiencia aórtica leve a moderada, sin repercusión hemodinámica.

Ambos casos fueron manejados de forma conservadora, con seguimiento clínico y ecocardiográfico semestral.

Conclusiones
Discusion: Las anomalías congénitas de la válvula aórtica son infrecuentes: la QAV presenta una incidencia <0,05%, y la UAV, 0,02–0,06%. La QAV suele tener evolución benigna con insuficiencia leve o moderada, mientras que la UAV se asocia a lesión severa y cirugía precoz. La ecocardiografía tridimensional (3D) mejora la caracterización anatómica y funcional, facilitando la planificación quirúrgica. Identificar el fenotipo es esencial, ya que la UAV conlleva mayor riesgo de dilatación de raíz aórtica y disección, a diferencia de la QAV, usualmente estable.
Conclusiones: Las válvulas aórticas unicúspide y cuadricúspide constituyen extremos raros de un mismo espectro congénito, con pronóstico y manejo diferenciados. La imagen multimodal, especialmente la ecocardiografía transesofágica 3D, es clave para el diagnóstico preciso y el seguimiento evolutivo. Mientras la UAV suele requerir cirugía temprana, la QAV puede tratarse de forma conservadora. El reconocimiento oportuno de estas variantes permite prevenir complicaciones valvulares y aórticas y guiar una estrategia terapéutica individualizada en cada paciente.

59 Endocarditis Infecciosa por Kytococcus sedentarius y Neisseria cinérea: un reto diagnóstico y terapéutico

Duván Alejandro Grisales cano; *Daniel Montoya Roldán*

Introducción
La endocarditis infecciosa es una enfermedad del endocardio causada por la invasión de microorganismos patógenos, que afecta principalmente las válvulas cardíacas, ya sean nativas o protésicas. Se caracteriza por un curso clínico heterogéneo, con un amplio espectro de manifestaciones clínicas que pueden dificultar su diagnóstico oportuno. La falta de diagnóstico y tratamiento oportunos se asocia con un elevado riesgo de complicaciones cardíacas y extracardíacas, que contribuyen de manera significativa a la alta morbimortalidad de esta entidad. Se presenta un caso de endocarditis infecciosa protésica causada por microorganismos infrecuentes.

Materiales y Métodos
Hombre de 51 años con antecedente de válvula aórtica bivalva, reemplazo valvular mecánico y cirugía de Bentall en 2023 por disección aórtica, además de bloqueo auriculoventricular portador de marcapasos bicameral. Consulta por cuadro clínico de una semana de evolución, caracterizado por fiebre, malestar general y artralgia con limitación funcional en la rodilla derecha. Recibió atención inicial extrainstitucional, donde ingresó con aspecto tóxico, taquicardia y signos inflamatorios locales, motivo por el cual se diagnosticó choque séptico. Se realizó artrotomía de rodilla derecha, sin aislamiento microbiológico. El ecocardiograma transtorácico evidenció hallazgos compatibles con endocarditis infecciosa protésica y absceso en formación, razón por la cual fue remitido para manejo multidisciplinario. El ecocardiograma transesofágico evidenció edema y tumefacción peritubular, cavitación de 11 × 6 mm con trayecto fistuloso periprotésico, parafuga posterior leve a moderada, inestabilidad del anillo protésico y vegetación móvil de 11 mm. Durante su evolución presentó embolia séptica al sistema nervioso central y espondilodiscitis. Los hemocultivos extrainstitucionales reportaron crecimiento de Kytococcus sedentarius y Neisseria cinérea, microorganismos infrecuentes como agentes etiológicos de endocarditis protésica.

Resultados
El equipo multidisciplinario, ante la progresión estructural y la persistencia de sepsis, se decidió intervención quirúrgica tipo hemicabrol con injerto coronario, reconstrucción de raíz aórtica y reemplazo valvular biológico. El esquema antibiótico definitivo consistió en ceftriaxona y vancomicina durante cuatro semanas desde el procedimiento quirúrgico, con evolución clínica favorable y resolución de la infección.

Conclusiones
La endocarditis infecciosa protésica secundaria a microorganismos inusuales como Kytococcus sedentarius y Neisseria cinérea pone de manifiesto la necesidad de un alto índice de sospecha clínica y una evaluación integral en pacientes con antecedentes de cirugía valvular. La rápida progresión hacia complicaciones embolias sistémicas resalta la agresividad potencial de la infección. El abordaje multidisciplinario y la intervención quirúrgica temprana, combinados con una terapia antimicrobiana dirigida y prolongada, son determinantes para mejorar el pronóstico y reducir la mortalidad en este tipo de endocarditis complejas.

60 Reemplazo valvular tricúspideo transcateter tipo valve-in-Valve en paciente con anomalía de ebstein corregida

Yazmin Karina Arroyo Nisperuza; *Mónica Liseth Holguín Barrera; Jhoan Sebastián Roncancio Muñoz*

Introducción
Introducción la degeneración estructural de bioprótesis tricuspídeas (SVD) constituye un desafío clínico creciente, especialmente ante el aumento uso de válvulas biológicas en esta posición. Este deterioro puede manifestarse como insuficiencia o estenosis tricuspídea y con frecuencia requiere reintervención, cuya mortalidad perioperatoria puede alcanzar el 37 %, en particular en pacientes con antecedentes de cardiopatías congénitas, múltiples esternotomías o disfunción ventricular derecha avanzada (1–3). En respuesta a estas limitaciones, las terapias transcatéter, especialmente el reemplazo tricuspídeo valve-in-valve (TViV), han surgido como alternativas menos invasivas, con evidencia creciente de seguridad, eficacia y reducción sostenida de gradientes valvulares (4–6).

Materiales y Métodos
Caso mujer de 52 años, antecedente de anomalía de Ebstein corregida en adolescencia y portadora de bioprótesis tricuspídea implantada. La paciente evoluciono con degeneración protésica severa, disfunción del ventrículo derecho, cardiomiopatía dilatada con fracción de eyección 40 % y episodios recurrentes de descompensación hemodinámica, incluido choque cardiogénico atribuido a la falla valvular. Valoración multidisciplinaria consideró un riesgo quirúrgico elevado, se programa para reemplazo tricuspídeo percutáneo.

Resultados
El procedimiento TViV se realizó de forma programada bajo guía ecocardiográfica y fluoroscópica.El ecocardiograma transesofágico preprocedimiento confirmó degeneración severa de la bioprótesis, dilatación y disfunción significativa del ventrículo derecho, además de insuficiencia mitral funcional leve. El TViV finalmente fue implantado exitosamente y sin complicaciones. La paciente requirió soporte vasopresor transitorio, retirado completamente en menos de 24 horas. Durante el posoperatorio inmediato se mantuvo hemodinámicamente compensada,con perfusión adecuada, equilibrio ácido-base, diuresis conservada y ausencia de infecciosas. La evolución favorable permitió optimizar el tratamiento para falla cardíaca, anticoagulación.

Conclusiones
este caso destaca el valor del TViV como opción terapéutica segura en pacientes con bioprótesis tricuspídeas degeneradas y alto riesgo quirúrgico. Estudios previos han documentado tasas de éxito superiores al 95%, así como mejoría estructural y funcional sostenida en pacientes con cardiopatías congénitas (4–7). Además, se ha demostrado que el TViV ofrece recuperación acelerada y menor morbilidad comparado con la reoperación abierta, lo que respalda su utilidad creciente en escenarios complejos (8,9). La evidencia disponible sugiere que el TViV continuará expandiéndose como una estrategia de alto impacto en el manejo contemporáneo de la enfermedad valvular tricuspídea. Conclusión el reemplazo valvular tricuspídeo transcatéter tipo Valve-in-Valve representa una opción terapéutica segura, eficaz y menos invasiva para pacientes con degeneración de bioprótesis tricuspídeas y alto riesgo quirúrgico. Este caso resalta utilidad en el contexto de cardiopatías congénitas corregidas, donde anatomía compleja y las cirugías previas aumentan la morbilidad de reintervención quirúrgica.

61 Tratamiento endovascular de una oclusión total aguda de arteria coronaria derecha en el postoperatorio inmediato de cirugía de Bentall.

Jhoan Sebastián Roncancio Muñoz; *Claudia Viviana Landazábal; María Alejandra Castelblanco Arias; Misael Mora Flórez; Diana Carolina Hernández Pulido*

Introducción
La cirugía de Bentall es un procedimiento quirúrgico que involucra el remplazo de la válvula aortica y aorta ascendente, con el reimplante de los botones de las arterias coronarias. Las complicaciones del ostium de las arterias coronarias posterior a la cirugía se estiman entre un 0,5 al 5%, siendo la oclusión aguda en el postoperatorio inmediato una causa rara.

Materiales y Métodos
Se presenta un paciente de 64 años con válvula aortica bicúspide y dilatación aneurismática de aorta ascendente sin enfermedad coronaria asociada llevado a cirugía de Bentall, durante el postoperatorio inmediato presenta episodios de taquicardia y fibrilación ventricular, posteriormente choque cardiogénico por lo cual se realizan estudios evidenciándose electrocardiograma con ritmo de marcapasos con supradesnivel significativo del ST en pared inferior (Figura 1) y ecocardiograma con disfunción ventricular derecha severa por lo cual se considera infarto agudo de miocardio postquirúrgico. Se realiza arteriografía coronaria de emergencia con evidencia de oclusión aguda del ostium de la arteria coronaria derecha, se realiza junta medica intraprocedimental y se decide angioplastia coronaria ante riesgo quirúrgico elevado de una reintervención.

Resultados
Se realiza una intervención coronaria percutánea con implante de stent medicado en el ostium de la coronaria derecha con resultado óptimo (Figura 2). En el seguimiento en la unidad de cuidados intensivos a las 72 horas se evidencia mejoría clínica con tolerancia a la disminución del soporte vasoactivo y ventilatorio, mejoría de los cambios electrocardiográficos y recuperación parcial de la función ventricular derecha en el seguimiento ecocardiográfico. Sin requerimiento de reintervención quirúrgica.

Conclusiones
La oclusión aguda del ostium de una arteria coronaria en el postoperatorio inmediato de cirugía de Bentall es una complicación infrecuente pero potencialmente mortal, el tratamiento clásico se basa en la reintervención del paciente con realización de bypass coronario, sin embargo se relaciona a alto riesgo de complicaciones, de esta manera la angioplastia coronaria se presenta como una alternativa siendo un procedimiento de alta complejidad por los aspectos anatómicos postquirúrgicos. El presente caso muestra un resultado favorable con evolución clínica progresiva hacia la mejoría sin complicaciones relacionadas a la angioplastia, la mayoría de la literatura se enfoca en la intervención en escenarios de estenosis y oclusión crónica, sin embargo, poca evidencia existe respecto al tratamiento en la presentación aguda de dicha complicación.
El tratamiento endovascular de la oclusión aguda de una arteria coronaria en el posoperatorio inmediato de cirugía de Bentall es una opción terapéutica con potencial de disminuir riesgos relacionados a una reintervención temprana con resultados clínicos favorables a corto plazo.

62 Trombosis de senos de valsalva asociado a válvula aórtica autoexpandible manifestada como síndrome coronario agudo.

César Augusto Hernández Chica; *Jaime Andrés Parra Puerto; Juanita Velásquez Ospina; Simón Peña Osorno; María Antonia Mesa Maya; Sebastián Naranjo Restrepo*

Introducción
El reemplazo valvular aórtico transcatéter (TAVI) es un tratamiento seguro y eficaz para la estenosis aórtica severa. Una complicación rara, aunque relevante, es la trombosis de los senos de Valsalva, generalmente asociada con estasis del flujo.

Materiales y Métodos
Presentación de caso, masculino de 78 años con antecedente de TAVI que ingresa por angina típica en reposo y ECG con elevación del ST en DI y aVL, con edema agudo de pulmón. La coronariografía primaria evidencia trombosis de los senos de valsalva con embolismo coronario. Se describe la evolución, los hallazgos imagenológicos y el enfoque terapéutico.

Resultados
La coronariografía evidencia extensa carga trombótica en senos de valsalva, especialmente el izquierdo, con trombo libre y defectos de llenado (émbolos) en la arteria circunfleja y oclusión del ramo intermedio, correlacionado con ECG y cuadro clínico.
El ecocardiograma transesofágico evidencia gradientes normales (medio 3 mmHg) y múltiples trombos: uno en seno coronario izquierdo (0.8 × 0.4 mm), otro de 5 mm en seno coronario derecho y múltiples segmentos móviles de 0.5 cm adheridos a los struts valvulares.
Se indicó anticoagulación con enoxaparina y antiagregación con clopidogrel.
Tomografía de control con reducción significativa de la carga trombótica, permeabilidad del ramus intermedio y ausencia de trombos en la circunfleja.
El paciente fue dado de alta con warfarina y clopidogrel.

Conclusiones
La trombosis de los senos de Valsalva tras TAVI es muy poco frecuente pero clínicamente significativa. Su mecanismo principal es la estasis de flujo dentro de los senos creados por la prótesis.
Entre los factores anatómicos predisponentes se incluyen un seno no coronariano pequeño, diámetro reducido del influjo de los senos, baja unión sinotubular, implante valvular alto y sobredimensionamiento protésico, condiciones que aumentan la turbulencia y favorecen la trombosis incluso con antiagregación adecuada.
En el caso descrito, la válvula se implantó a altura apropiada y con bajo gradiente transvalvular; sin embargo, la distancia reducida entre el influjo de los senos y la unión sinotubular favoreció la estasis, probablemente secundaria a un sobredimensionamiento del 28 %, en una anatomía con aorta ascendente de 33 mm y senos de Valsalva de 36 mm.

63 Válvula aórtica unicúspide en adulto joven: diagnóstico desafiante y manejo integral

Jonathan Díaz Jurado; *Juan Pablo Cárdenas Gutiérrez; Paula Andrea Quiroga Ramírez; Juan Pablo Estrada Amaya*

Introducción
La valvulopatía aórtica congénita es una causa frecuente de enfermedad cardíaca estructural en adultos jóvenes, siendo la válvula bicúspide la anomalía más habitual. Sin embargo, variantes mucho menos comunes, como la válvula aórtica unicúspide, representan un reto diagnóstico significativo debido a su baja prevalencia, su presentación atípica y la frecuente dificultad para caracterizar adecuadamente la anatomía. La válvula unicúspide suele asociarse a disfunción valvular acelerada, insuficiencia aórtica severa, estenosis progresiva y dilatación de la raíz o la aorta ascendente desde edades tempranas, lo que implica un riesgo elevado de deterioro hemodinámico y necesidad temprana de intervención quirúrgica.

Materiales y Métodos
Caso clínico de válvula aórtica unicúspide con doble lesión valvular de predominio insuficiencia severa con dilatación aórtica que requirió manejo quirúrgico.

Resultados
Masculino de 35 años con historia de valvulopatía aórtica bicúspide que ameritó valvuloplastia aórtica 10 años atrás sin claridad en historia o seguimiento, consultando por dolor torácico, disnea de moderados a pequeños esfuerzos y palpitaciones. Al ingreso un electrocardiograma con signos de hipertrofia del ventrículo izquierdo con patrón de bloqueo de rama izquierda y signos radiográficos de cardiomegalia y congestión. El ecocardiograma transtorácico evidencio una doble lesión valvular aortica con insuficiencia severa y estenosis moderada sin permitir distinguir número de cúspides con dilatación de cavidad y FEVI reducida (30%). Se realizó un ecocardiograma transesofágico evidenciando una válvula aortica unicuspide uni-comisural con insuficiencia aortica y repercusión hemodinámica con evidencia por tomografía de una dilatación aórtica significativa.
El paciente fue llevado a reemplazo de válvula aórtica con prótesis biológica por elección del paciente + reemplazo de aorta ascendente y hemiarco. En el posoperatorio presento fibrilación auricular tratada y resuelta sin descompensaciones de su falla cardíaca con adecuada evolución.

Conclusiones
Este caso resalta que la válvula aórtica unicúspide, aunque infrecuente, debe considerarse en adultos jóvenes con valvulopatía aórtica severa, progresión rápida de síntomas o discrepancias entre la clínica y la evaluación ecocardiográfica inicial.

FALLA CARDÍACA, HIPERTENSIÓN PULMONAR Y CARDIOMIOPATÍAS

64 Ablación de taquicardia ventricular y resincronización cardiaca en paciente con cardiopatía dilatada avanzada

Merardo Andrés Vega Báez; *Andrés Díaz*; *Camila Díaz*; *María Isabel Sánchez Mujica*

Introducción
Las arritmias ventriculares son la principal causa de muerte súbita de origen cardiovascular en pacientes con falla cardiaca avanzada, la ablación con catéter impacta recurrencias de la arritmia y disminuye la mortalidad, está contraindicada cuando hay trombos intracavitarios por riesgo de embolismo a sistema nervioso central o sistémico, el uso de una estrategia híbrida novedosa, quirúrgica e intervencionista y no convencional, permite la realización de ablación por vía epicárdica en presencia de trombo intracavitario.

Materiales y Métodos
Metodos: Reporte de caso
Presentación de caso:
Paciente masculino de 47 años con antecedente de cardiopatía dilatada no isquémica con 10% de FEVI (severamente deteriorado) VN 60-65% y trombo septoapical de 4.8 x 1.8 cm en Ventrículo Izquierdoatendido en el Hospital Militar Central remitido de institución de IV nivel de complejidad con la indicación de TRASPLANTE CARDIACO, presento tormenta arrítmica > 3 choques apropiados por TV en 24 horas, paciente portador de Desfibrilador bicameral desde el 2023 por alto riesgo de muerte súbita el hallazgo del trombo en el ventrículo Izquierdo que contraindica el mapeo endocárdico para la eliminación de una arritmia potencialmente mortal rombo intracavitario, contraindica la ablación endocárdica por el alto riesgo de embolización sistémica. Frente a esta limitación, la ablación epicárdica mediante minitoracotomía surgió como una estrategia híbrida segura y eficaz, permitiendo la identificación y modulación del circuito arrítmico sin riesgo embólico, posteriormente se realiza reemplazo del CDI bicameral por un CRT-D con estimulación de la rama izquierda.

Resultados
Se sustentó en la necesidad de optimizar la sincronía eléctrica y mecánica del VI, superando los resultados de la estimulación biventricular tradicional y contribuyendo a la mejoría hemodinámica. El éxito clínico observado —con desaparición de arritmias, mejoría funcional (NYHA IV -> II) y estabilidad eléctrica sostenida— demuestra la factibilidad y el beneficio de las estrategias no convencionales en insuficiencia cardiaca terminal. Este caso subraya la importancia del trabajo multidisciplinario y de la individualización terapéutica en pacientes con opciones limitadas de manejo y en contextos de alto riesgo.

Conclusiones
Es factible la utilización de abordajes no convencionales en el contexto de trasplante cardíaco de urgencia por tormenta arrítmica
Implantación CRT-D, la resincronización cardiaca ha resultado en este paciente una terapia idónea mejorando los indicadores de funcionalidad
La terapia médica óptima de falla cardiaca hizo parte integral del tratamiento en este caso específico

65 Cardiomiopatía inducida por estimulación ventricular derecha: un diagnóstico subestimado

Ingrid Carolina Rojas Chaverra; *Lithey Cristina Poveda Conde*; *Hermes Luis Oñate Rosado*; *jeffrey Castellanos Parada*; *José Alfredo Restrepo Urbina*

Introducción
La estimulación ventricular derecha crónica ha sido asociada con disincronía ventricular, remodelado adverso del ventrículo izquierdo y desarrollo de insuficiencia cardíaca, fenómeno conocido como miocardiopatía inducida por marcapasos. Esta condición afecta a un subgrupo de pacientes con estimulación ventricular frecuente, especialmente aquellos con fracción de eyección limítrofe o enfermedad estructural leve. Las guías internacionales (ESC, AHA/ACC/HRS) recomiendan estrategias de estimulación fisiológica en poblaciones de riesgo. Presentamos un caso de miocardiopatía inducida por marcapasos en un adulto mayor inicialmente sin cardiopatía estructural significativa.

Materiales y Métodos
Se describe el caso de un hombre de 88 años con múltiples comorbilidades, entre ellas hipertensión arterial, hipotiroidismo, enfermedad renal crónica (TFG 37.6 ml/min/1.73 m^2) y ateromatosis aórtica. Inicialmente asintomático, con episodios de edema y disnea funcional. Se realizaron estudios clínicos y paraclínicos seriados: ecocardiogramas transtorácicos pre y post implante, pruebas de perfusión miocárdica, péptidos natriuréticos y pruebas de función renal, electrocardiogramas de seguimiento y evaluación por electrofisiología. El paciente recibió marcapasos bicameral por bradicardia sinusal extrema y sospecha de disfunción del nodo.

Resultados
Antes del implante del marcapasos (marzo 2025): FEVI 67%, sin valvulopatía significativa, NT-proBNP: 238 pg/mL, PSAP: 33 mmHg, perfusión negativa para isquemia.
Después del implante (mayo 2025): EKG con ritmo de marcapasos con trigeminismo de extrasístoles ventriculares. ECO TT (septiembre 2025) mostró FEVI 40%, disfunción sistólica moderada, PSAP 29 mmHg. NT-proBNP: 751 pg/mL. Persistencia de mareo y edema MMII. Electrodo visible en cavidades derechas. Diagnóstico de cardiomiopatía inducida por marcapasos. Se remitió a electrofisiología para evaluar implante de cardioresincronizador, efectuado de manera exitosa.

Conclusiones
El caso expone una presentación típica de cardiomiopatía inducida por marcapasos que consiste en un deterioro progresivo de la función sistólica tras el inicio de estimulación ventricular derecha crónica. A pesar de un estado funcional aceptable y una FEVI preservada al momento del implante, el paciente desarrolló clínica de insuficiencia cardíaca y deterioro ecocardiográfico, con evidencia de disincronía inducida por estimulación. Este patrón ha sido documentado en múltiples estudios como DAVID (2002), MOST (2003) y más claramente en BLOCK-HF, donde se demostró que la estimulación biventricular reduce hospitalización y mortalidad en pacientes con disfunción ventricular dependientes de estimulación. El reconocimiento temprano de esta entidad permite realizar intervenciones correctivas como el recambio a resincronización cardíaca. Este caso subraya la necesidad de vigilancia posimplante en pacientes con estimulación sostenida del ventrículo derecho.

66 Coincidencia de amiloidosis AL y ATTR en portador de variante TTN con uso de levosimendán: reporte de caso y consideraciones clínicas.

Erwing Arturo Vargas; *William Achury Mancera*; *César Marriaga Zárate*; *Geraldine Ospina Barrios*; *María Fernanda Marín Betancourt*

Introducción
La amiloidosis cardíaca es una miocardiopatía infiltrativa infrecuente, caracterizada por la acumulación de proteínas mal plegadas en el miocardio, que conlleva insuficiencia cardíaca progresiva y elevada mortalidad. Los principales subtipos con compromiso cardíaco son la amiloidosis AL, asociada a cadenas ligeras de inmunoglobulina, y la amiloidosis por transtiretina (ATTR), que puede ser tipo salvaje o hereditaria. La coexistencia de ambos subtipos es rara y plantea un gran desafío diagnóstico y terapéutico. En este contexto, las mutaciones en el gen TTN, relacionadas con miocardiopatías estructurales, pueden actuar como moduladores genéticos que aceleran la evolución clínica y complican la respuesta al tratamiento

Materiales y Métodos
Se presenta el caso de un hombre afrodescendiente de 72 años, con comorbilidades cardiovasculares y metabólicas, sometido a un seguimiento clínico y diagnóstico exhaustivo entre 2018 y 2024. El abordaje incluyó estudios de imagen (ecocardiografía, resonancia cardíaca, tomografía), electrocardiografía, biomarcadores, análisis genético y biopsias. Asimismo, se documentó la evolución bajo distintas estrategias terapéuticas, incluyendo quimioterapia, manejo farmacológico para insuficiencia cardíaca, Tafamidis y levosimendán intermitente.

Resultados
El paciente desarrolló progresivamente polineuropatía, linfoma B difuso de células grandes con remisión posterior, arritmias ventriculares, deterioro funcional y hallazgos compatibles con cardiotoxicidad por antraciclinas y enfermedad infiltrativa. Los estudios confirmaron la coexistencia de amiloidosis AL y ATTR tipo salvaje, así como una variante heterocigota en el gen TTN, posiblemente asociada a predisposición estructural. A pesar del tratamiento con Tafamidis y terapia médica optimizada, el paciente evolucionó a insuficiencia cardíaca avanzada. La introducción de levosimendán intermitente resultó en mejoría clínica significativa, reducción de NT-proBNP y ausencia de hospitalizaciones en el seguimiento, lo que sugiere un papel potencial de este fármaco como soporte paliativo o de puente.

Conclusiones
Este caso ilustra la complejidad de la amiloidosis cardíaca cuando confluyen múltiples etiologías, incluyendo AL, ATTR y predisposición genética por mutaciones en TTN. La superposición de mecanismos infiltrativos y genéticos favorece la progresión acelerada, arritmias ventriculares y respuesta limitada al tratamiento convencional. La terapia con Tafamidis permitió estabilizar parcialmente el componente ATTR, mientras que el levosimendán aportó un beneficio clínico relevante en fase avanzada. El reporte resalta la importancia del diagnóstico preciso, el uso de estudios genéticos incluso en pacientes mayores y la necesidad de un enfoque multidisciplinario. Además, subraya el valor de terapias de soporte innovadoras en escenarios donde el trasplante cardíaco no es factible.

67 Complejo ATAK secundario a picadura de himenópteros: Una manifestación simultánea de Síndrome de Kounis y Miocardiopatia de Takotsubo. Reporte de caso

Alvaro José Oliver Espinosa; *José Armando Montero Barrios*; *Genisis Enrique Castiblanco Márquez*; *Andrés Felipe Lara Salcedo*; *Gabriel Antonio Oliver Hernández*

Introducción
El complejo ATAK (Adrenalina-Takotsubo-Anafilaxia-Kounis) representa una interacción única entre mecanismos inmunológicos, catecolaminérgicos y cardiovasculares. Surge cuando una reacción anafiláctica grave y su manejo con adrenalina precipitan un síndrome coronario agudo asociado a hipersensibilidad (Kounis) y miocardiopatía por estrés (Takotsubo). Es una entidad emergente con implicaciones diagnósticas y terapéuticas relevantes.

Materiales y Métodos
Se describe la historia natural de la enfermedad del complejo ATAK mediante la caracterización de los hallazgos clínicos, las intervenciones realizadas y la evolución del caso, estableciendo la correlación entre la anafilaxia, el uso de adrenalina, el síndrome de Kounis y la miocardiopatía por estrés tipo Takotsubo.

Resultados
Paciente masculino de 70 años con antecedente de alergia a picadura de himenópteros. Presenta reacción anafiláctica grave tras picadura de avispa con hipotensión, pérdida de consciencia y paro cardiorrespiratorio. Se inició manejo inmediato con adrenalina por shock anafiláctico y reanimación cardiopulmonar avanzada durante 60 minutos con compresiones torácicas efectivas, soporte con norepinefrina e infusión continua de adrenalina bajo ventilación mecánica, durante la reanimación se documentó Fibrilación ventricular, realizándose cardioversión eléctrica en 3 ocasiones sin respuesta inicial y posteriormente cardioversión farmacológica con amiodarona evidenciando ritmo idioventricular acelerado. Se administraron además bolos de metilprednisolona a los 45 minutos del evento. A los 60 minutos se logró retorno a la circulación espontánea y se registró ritmo sinusal con elevación difusa del ST en el EKG post reanimación (Fig. 1). ECO TT post reanimación evidencio FEVI 30%, balonamiento apical e hipoquinesia de segmentos distales (Fig. 2), Radiografía de tórax mostró edema agudo de pulmón (Fig. 3), NT proBNP 3500 pg/ml, Troponinas 40 ng/ml. Angiografía coronaria con arterias sin lesiones obstructivas (Fig. 4) y ventriculografía izquierda con balonamiento apical (Fig. 5), compatible con síndrome de Kounis tipo I y miocardiopatía por estrés (Takotsubo), durante la estancia en UCI, presentó neumonía broncoaspirativa, encefalopatía hipóxica y estatus epileptico, el control ecocardiográfico al dia 20 mostró FEVI del 65% sin alteraciones segmentarias ni disfunción residual (Fig. 6) y EKG con Trastorno inespecíficos de repolarización Infero lateral sin Onda Q (Fig. 7) .

Conclusiones
El complejo ATAK debe sospecharse en pacientes con colapso cardiovascular tras una reacción alérgica grave, especialmente si recibieron adrenalina. La coexistencia de anafilaxia, takotsubo y kounis constituye un reto diagnóstico y terapéutico, donde mantener el equilibrio entre soporte hemodinámico y protección miocárdica es esencial. El reconocimiento oportuno, la correlación clínica, electrocardiografía e imagenológica reducen la morbimortalidad.

68 Compresión extrínseca del tronco coronario izquierdo secundaria a dilatación de arteria pulmonar en síndrome de Eisenmenger: reporte de caso

Laura Marcela Rey Gómez; *Cristian Henao Niño; Diego Hortúa; Simón Rincón Hernández*

Introducción
El síndrome de Eisenmenger representa la forma más avanzada de la hipertensión pulmonar (HP) asociada a cardiopatías congénitas no corregidas. La coexistencia de estenosis extrínseca del tronco coronario izquierdo (TCI) secundaria a dilatación de la arteria pulmonar (AP) es una complicación rara y potencialmente fatal con gran implicación en el manejo multidisciplinario que requiere este tipo de patologías, involucrando cardiología, hemodinamia, neumología, medicina interna, entre otras.

Materiales y Métodos
Mujer de 36 años con historia de comunicación interauricular tipo ostium secundum, diagnosticada a los 18 años, sin corrección quirúrgica. Consulta por disnea progresiva y cianosis. El electrocardiograma mostró patrón de McGinn-White y el ecocardiograma transtorácico evidenció dilatación de cavidades derechas. FEVI 60%, PSAP de 107 mmHg y velocidad de regurgitación tricuspídea de 4,94 m/s, con alta probabilidad de HP, corroborada mediante cateterismo derecho: presión media pulmonar de 88 mmHg, resistencia vascular pulmonar de 20 UW, Qp/qs de 0.75 y test de vasorreactividad negativo, compatible con síndrome de Eisenmenger. La arteriografía coronaria documentó estenosis del 80 al 90% del TCI por compresión extrínseca de la AP. En consenso con cardiología, neumología y medicina interna, se indicó macitentán y sildenafil con eventual implante de stent farmacoactivo en el TCI bajo guía de ultrasonido intravascular.

Conclusiones
El síndrome de Eisenmenger implica cortocircuito de derecha a izquierda irreversible con HP severa que contraindica corrección quirúrgica. La compresión del TCI por dilatación de AP es infrecuente pero crítica, pudiendo causar isquemia miocárdica o muerte súbita. Este caso ilustra tres desafíos fundamentales: primero, mantener alto índice de sospecha diagnóstica ante síntomas isquémicos en estos pacientes; segundo, diferenciar mediante arteriografía entre enfermedad aterosclerótica y compresión mecánica, modificando radicalmente la terapéutica; tercero, reconocer que estos pacientes tienen "ventana quirúrgica cerrada" por riesgo prohibitivo, siendo la intervención percutánea la única opción viable. La planificación requiere optimización hemodinámica previa con terapia específica para HP y uso de ultrasonido intravascular para garantizar resultados óptimos en territorio crítico. Este caso subraya que en patologías de alta complejidad, el éxito depende del juicio clínico certero, técnicas avanzadas de imagen y coordinación multidisciplinaria efectiva para ofrecer alternativas terapéuticas en pacientes considerados inoperables.

69 Cuando la miocarditis no es lupus: cardiomiopatía inducida por uso crónico de cloroquinas

Diego Armando Pérez Covo; *María Camila Bernal; Diego Alejandro Ortega Gómez; Cristian Orlando Porras Bueno; Emilio José Juan Guardela; Carlos Hernán Calderón Franco; Edward Andrés Cáceres Méndez; Santiago Bernal Macias; Alejandro Mariño Correa*

Introducción
La cardiotoxicidad por cloroquina (CQ) e hidroxicloroquina (HCQ) es una complicación emergente en pacientes con enfermedades autoinmunes sometidos a tratamiento crónico. Su presentación puede simular un brote lúpico o una miocarditis viral, dificultando el diagnóstico precoz.

Materiales y Métodos
Mujer de 53 años con historia de lupus eritematoso sistémico (LES) de 15 años de evolución, en tratamiento con cloroquina desde el diagnóstico y con belimumab y azatioprina durante el último año, con adecuada modulación de la actividad autoinmune. Consultó por disnea progresiva y dolor torácico pleurítico, un mes después de un episodio de enterocolitis por Clostridioides difficile.
Al ingreso presentó troponina I de 25 882 ng/L, proBNP de 29 727 pg/mL y arritmias ventriculares complejas. El SLEDAI-2K fue de 2, sin evidencia de actividad lúpica.
El ecocardiograma reveló FEVI del 44 %, disfunción sistólica global e insuficiencia mitral funcional moderada. La arteriografía coronaria no mostró lesiones.
La cardiorresonancia evidenció realce tardío subendocárdico apicolateral y mesocárdico anteroseptal sin edema activo, asociado con disfunción biventricular e insuficiencia mitral leve.
Descartadas las etiologías isquémica y autoinmune, se diagnosticó miocardiopatía inflamatoria secundaria a toxicidad crónica por cloroquinas, motivo por el cual se suspendió el fármaco e inició manejo para falla cardíaca.

Resultados
Las cloroquinas pueden inducir acumulación lisosomal, fibrosis intersticial y disfunción contráctil potencialmente reversible. Sus manifestaciones abarcan desde trastornos de la conducción y arritmias hasta miocardiopatías dilatadas, hipertróficas o restrictivas, lo que dificulta la sospecha clínica. La ausencia de edema, el realce tardío parcheado y la disfunción biventricular son hallazgos clave para el diagnóstico cuando no se dispone de biopsia endomiocárdica.

Conclusiones
La cardiotoxicidad asociada a cloroquinas constituye una causa subdiagnosticada de miocardiopatía en pacientes con enfermedades autoinmunes controladas, especialmente LES, artritis reumatoide y síndrome de Sjögren. La cardiorresonancia es fundamental para distinguirla de las miocarditis autoinmunes o infecciosas y orientar la suspensión precoz del fármaco.

70 De la vasoreactividad a la resistencia: evolución hemodinámica de la hipertensión arterial pulmonar pediátrica asociada a mutación KCNK3: Reporte de caso.

Sergio Andrés Romero Seguro; *Margarita María Zapata Sánchez*

Introducción
Introducción:
Las mutaciones en KCNK3, que codifica el canal de potasio TASK-1, representan una causa emergente de hipertensión arterial pulmonar (HAP) con fenotipos severos y refractarios. Su disfunción induce despolarización sostenida del músculo liso pulmonar, aumento del flujo de calcio y remodelado vascular. En pediatría, menos de 20 casos se han descrito mundialmente. Presentamos el primer caso latinoamericano con HAP asociada a KCNK3, destacando su evolución de vasoreactividad positiva a vasoresistencia y la progresión hemodinámica de alto riesgo.

Materiales y Métodos
Presentación del caso:
Paciente masculino adolescente 13 años con disnea progresiva y síncope. Cateterismo derecho inicial: presión media pulmonar (mPAP) 68 mmHg, relación mPAP/mSAP 0.8, índice de resistencia vascular pulmonar (PVRI) 13 WU·m² y vasorreactividad positiva. Se inició amlodipino con aumento progresivo de la dosis hasta la dosis máxima tolerada por el paciente. Se realiza cateterismo de rutina a los 6 meses con mPAP 50 mmHg, PVRI 23 WU·m², sin vasorreactividad. Los hallazgos ecocardiográficos dilatación severa del ventrículo derecho (TAPSE 21 mm, FAC 25 %, strain –7 %), diámetro de ventrículo derecho 40 mm, área aurícula derecha 15.8 m2, índice de excentricidad del VI 3.1. NTproBNP aumentó de 22 a 225 ng/L (teniendo un pico en el seguimiento de 1064 ng/L). La secuenciación genética identificó mutación heterocigota patogénica en KCNK3.

Resultados
Según guías de HAP pediátrica, paciente con criterios de alto riesgo, por lo que se instauró terapia dual (PDE5i + antagonista de endotelina) y se continúa calcioantagonista.

Conclusiones
Discusión y Conclusiones:
La HAP asociada a KCNK3 constituye una canalopatía grave con progresión acelerada y pobre respuesta sostenida a bloqueadores de calcio. Este caso evidencia la evolución dinámica de la vasorreactividad y la necesidad de vigilancia hemodinámica seriada y diagnóstico genético temprano. Identificar mutaciones en KCNK3 permite anticipar un curso más agresivo, ajustar la terapia combinada y orientar el pronóstico. Este caso amplía el espectro fenotípico de la HAP pediátrica y subraya la integración de la genómica funcional en la práctica clínica.

71 Dos manifestaciones atípicas de la miocardiopatía por estrés: Bloqueo auriculoventricular completo y fenotipo hipertrófico apical. Reporte de caso

José Jovany Puentes Castrillón; *Fernando Andrés Rada; Massiel Karina Cañavera Gómez; Marco Antonio Chacón Guerra*

Introducción
El síndrome de Takotsubo es una forma de disfunción ventricular izquierda transitoria, tras evento emocional alta intensidad. Semeja un síndrome coronario agudo, con coronarias sin lesiones obstructivas, con cambios ecocardiográficos, de acinesia apical global e hipercontractilidad de los segmentos basales. El compromiso de la conducción cardiaco es poco común, un aspecto mas raro es la remodelación ventricular izquierda, durante la fase de recuperación.

Materiales y Métodos
Búsqueda retrospectiva la historia clínica, imágenes, laboratorio y búsqueda bibliográfica en PubMed, Google Scholar y Scopus, de publicaciones entre los años 2000 y 2024.

Resultados
Se presenta caso de una mujer de 76 años con antecedente de exposición a cigarrillo sin referir antecedentes cardiovasculares, con cuadro clínico de dolor torácico de características cardiacas y disnea. Electrocardiograma inicial con elevación del segmento ST en la región anterolateral, se consideró síndrome coronario agudo, troponinas de 1190 ng/L valor referencia 29 ng/L. Previo dos semanas, evento estresante: separación forzada de nieta, que ocasiono llanto frecuente, insomnio y angustia.
Presenta bloqueo auriculoventricular completo sintomático, con signos de bajo gasto, se implantó marcapasos transitorio. En arteriografía coronaria arterias epicárdicas sin lesiones obstructivas. Ecocardiograma transtorácico muestra signos de acinesia apical generando balonamiento apical e hipercontractilidad de los segmentos basales, configurando miocardiopatía por estrés, (síndrome de Takotsubo). Cuatro días después, en control ecocardiográfico, mejoría de los hallazgos previos, observandose fenotipo de miocardiopatía hipertrófica apical, con recuperación de la fracción de eyección. Ante persistencia del bloqueo A-V completo, se implanta marcapasos definitivo bicameral.

Conclusiones
Discusión
Este caso ilustra cómo un factor emocional intenso y persistente desencadena una miocardiopatía por estrés lo cual se relaciona 60% y 75% de los pacientes. [1–2]
El bloqueo auriculoventricular completo, es un hallazgo poco común, según serie de casos y reportes de casos del 1-2%. Las hipótesis fisiopatológicas, conducen a descarga adrenérgica que afecta temporalmente el nodo AV, ante persistencia del trastorno, se sugiere la coexistencia de proceso degenerativo. [3–6]
La transición ecocardiografía a morfología apical hipertrófica durante la fase de recuperación puede relacionarse con proceso de remodelación por edema prolongado, a una respuesta adaptativa del miocardio apical o fenómenos de fibrosis localizada. 7
Conclusiones
La miocardiopatía por estrés evoluciona demanera benigna y autolimitada, sin embargo, este caso nos muestra tres aspectos importantes: Detonante emocional claro, trastornos severos de la conducción sostenido y posteriormente hallazgos de morfología hipertrófica apical. Estos descubrimientos indican la necesidad de un seguimiento clínico y electrofisiológico continuo.

72 Endocarditis bacteriana en "Valve in Valve pulmonar". Paciente con cardiopatía congénita compleja.

Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; *Angela Roa; Andrés Torres; José Bohórquez; Mónica Hernández; Viviana Poveda; Oscar Gálvez; Claudia Jaramillo Villegas; Juan Pablo Osorio; Federico Núñez; Oscar Sánchez; Edgar Fernando Hurtado Ordóñez*

Introducción
El reemplazo valvular pulmonar transcatéter (RVPT) representa una alternativa menos invasiva para la reintervención de la disfunción de la válvula pulmonar en pacientes con cardiopatías congénitas sometidos a múltiples cirugías previas. La endocarditis infecciosa (EI) es una entidad infrecuente pero desafiante del RVPT, ya que puede afectar la durabilidad de la válvula y los desenlaces clínicos

Materiales y Métodos
Estudio observacional descriptivo, tipo caso clínico.

Resultados
Mujer de 21 años con antecedente de L-transposición de grandes vasos corregida quirúrgicamente a los tres meses de edad. A los seis años se realizó cierre de la comunicación interventricular y plastia mitral, complicada con EI. Posteriormente presentó estenosis pulmonar subvalvular severa con hipertrofia del tracto de salida del ventrículo derecho, que requirió resección infundibular y reemplazo valvular biológico con válvula Perimount Magna 23 mm en 2023. Dos años después, por disfunción de la bioprótesis, se efectuó RVTP (Valve-in-Valve) con válvula Edwards SAPIEN 23 mm. Siete meses después consultó por dolor torácico y disnea, con angiotomografía de tórax que reportó tromboembolismo pulmonar, estratificado como bajo riesgo, indicándose anticoagulación oral y seguimiento ambulatorio. Consultó nuevamente 15 días después por agudización de sintomatología y fiebre. Al examen físico presentaba absceso en región esternal con secreción seropurulenta, soplo diastólico en foco pulmonar y edema de miembros inferiores. Por respuesta inflamatoria persistente se realizaron hemocultivos y ecocardiograma transtorácico, con crecimiento de Estafilococo epidermidis y vegetación sobre la válvula pulmonar, confirmando EI. Cursó con bacteriemia persistente, requiriendo tratamiento con daptomicina y ceftarolina, con negativización de cultivos a los siete días. En junta multidisciplinaria se reconsideró el diagnóstico inicial de tromboembolismo pulmonar como embolismo séptico y se decidió manejo quirúrgico con retiro de la bioprótesis e implante de homoinjerto. Los hallazgos intraoperatorios describieron presencia de abundantes vegetaciones en válvula protésica pulmonar. Su evolución fue favorable luego del tratamiento médico y quirúrgico

Conclusiones
La incidencia de EI en válvulas protésicas transcatéter se estima entre 16–27/1000 personas-año y de 8–17/1000 para las válvulas SAPIEN, siendo el Estafilococo y el Estreptococo los patógenos predominantes. Los factores de riesgo incluyen EI previa, síndrome de DiGeorge, inmunosupresión, sexo masculino, gradiente transpulmonar residual elevado, suspensión del tratamiento antitrombótico. Las complicaciones abarcan embolias sépticas pulmonares, aneurismas micóticos en la arteria pulmonar y abscesos. Las tasas de reintervención son del 10,3 % a ocho años y se asocian con elevada mortalidad

73 Enfermedad cardiaca carcinoide con insuficiencia cardiaca avanzada de predominio derecho y crisis carcinoide.

Laura Victoria Mendoza Montenegro; *Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; Julián Romero; Camilo Hernández; Jaime A. Rodríguez; Claudia Jaramillo Villegas; Efraín Gómez; Oscar Medina*

Introducción
El síndrome carcinoide es una manifestación poco frecuente de los tumores neuroendocrinos. Su evolución puede complicarse con cardiopatía carcinoide, que se caracteriza por engrosamiento valvular, insuficiencia tricuspídea severa y progresión hacia falla cardiaca derecha. Los pacientes con enfermedad avanzada pueden presentar crisis carcinoide, un evento agudo potencialmente fatal desencadenado por liberación masiva de aminas vasoactivas, que se manifiesta como choque, vasoplejía y descompensación hemodinámica, que requiere manejo inmediato con análogos de somatostatina en infusión.

Materiales y Métodos
Estudio observacional descriptivo, tipo caso clínico.

Resultados
Mujer de 60 años con antecedente de tumor neuroendocrino grado 2 del ciego, resecado, con metástasis hepáticas, en tratamiento con lanreotide, everolimus y octreótide. Consultó por disnea progresiva, ortopnea, edema de extremidades y distensión abdominal, con deterioro funcional hasta NYHA IV y signos de congestión sistémica. El ecocardiograma y la resonancia mostraron insuficiencia tricúspidea torrencial, insuficiencia pulmonar severa y compromiso típico de cardiopatía carcinoide. El cateterismo mostró hipertensión pulmonar precapilar y onda V de 25 en aurícula derecha.
Durante su hospitalización se manejó la insuficiencia cardíaca de predominio derecho, manifestada por ascitis severa y derrames pleurales, requiriendo toracocentesis y paracentesis. Se decidió manejo con quimioembolización para lograr mejor control de la enfermedad carcinoide, y se planteó manejo quirúrgico de la patología valvular. Posteriormente presentó choque distributivo, interpretado como crisis carcinoide, con necesidad de norepinefrina, dobutamina y octreótide en infusión continua. El caso se complicó por desnutrición severa e infecciones asociadas a la hospitalización. Debido a su estado general, la extensión de la enfermedad y el compromiso nutricional severo, el abordaje quirúrgico de la válvula tricúspide resultó de muy alto riesgo.

Conclusiones
Este caso refleja la complejidad del manejo del síndrome carcinoide avanzado con compromiso cardíaco, donde la progresión de la insuficiencia tricuspídea y la falla derecha causan deterioro rápido y refractario. La crisis carcinoide, desencadenada en este caso por intervención percutánea de quimioembolización, estrés sistémico e infección, se manifestó como choque vasoplégico y requirió tratamiento inmediato con altas dosis de octreotide. La combinación de cardiopatía carcinoide severa, metástasis hepáticas extensas y desnutrición limita las alternativas terapéuticas, especialmente las quirúrgicas. Se destaca la importancia del manejo multidisciplinario y la vigilancia estrecha para prevenir crisis carcinoides, una de las complicaciones más graves en estos pacientes; así como la intervención oportuna del compromiso cardiaco.

74 Entre latidos y genes: una historia que se repite

María Paulina Villa Saldarriaga; *Melissa Bustamante Duque; Margarita María Zapata Sánchez; Clara Inés Saldarriaga Giraldo; Andrés Felipe Barragán Amado*

Introducción
Introducción: Las cardiomiopatías genéticas son una causa importante de muerte cardíaca súbita, especialmente en jóvenes. Las mutaciones en genes predisponen a arritmias malignas y disfunción ventricular con implicaciones diagnósticas y familiares significativas (1-2).

Materiales y Métodos
Presentación de caso: Femenina de 18 años en seguimiento activo por cardiología desde los 3 meses por comunicación interventricular corregida quirúrgicamente a los 5 años; a los 11 años inicia con palpitaciones y deterioro de su clase funcional, con único hallazgo de complejos ventriculares prematuros (CVP) bigeminados. Durante el seguimiento, por empeoramiento de la sintomatología, se realiza resonancia cardíaca con evidencia de cardiomiopatía (CMP) dilatada, disfunción ventricular con fracción de eyección (FEVI) del 42% e insuficiencia mitral moderada (Imagen 1), sin fibrosis; Holter de 24 horas con presencia de CVP con carga arrítmica del 18% y episodios de taquicardia ventricular no sostenida. Ante la no claridad del origen de la cardiomiopatía, se interroga la familia, encontrando tío con muerte súbita cardiaca (MSC) reciente que motivó la interrogación exhaustiva revelando varios integrantes familiares con CMP. Fue evaluada por genética médica para realización de panel de cardiomiopatías, con evidencia de mutación patogénica c.1913C>T(p.Pro638Leu) en el gen RBM20. Durante los estudios familiares, dos integrantes, gemelas de 18 años, presentan síndrome de insuficiencia cardíaca; una de ellas progresa a disfunción ventricular severa, choque cardiogénico y fallece. En el familiograma se identifican 12 integrantes positivos para esta mutación (1 fallecido), 9 con MSC y 3 con CMP (2 fallecidos) (Imagen 2). En la actualidad, la paciente índice presenta progresión de la disfunción ventricular hasta FEVI del 18% con múltiples hospitalizaciones por congestión, por lo que se inició protocolo de trasplante cardíaco y se encuentra en lista de espera, actualmente cuenta con CDI implantado.

Resultados
Discusión: La variante c.1913C>T (p.Pro638Leu) detectada en el gen RBM20 es un cambio de tipo missense que predice la substitución de un aminoácido Prolina por Leucina en la posición 638 de la proteína. Mutaciones heterocigotas en este gen han sido detectadas previamente en pacientes con CMP dilatada sin causa aparente en donde se han encontrado prevalencia menor al 3%, además asociación con CMP familiar con herencia autosómica dominante y también asociada a riesgo de arritmias y MSC (3-5).

Conclusiones
Conclusión e impacto clínico del reporte de caso: La CMP dilatada tiene múltiples presentaciones, una de ellas de origen genético, lo que debe motivar el interrogatorio exhaustivo y el apoyo con genética. Dado el riesgo asociado de MSC de algunos genes, el diagnóstico y tratamiento oportuno impactará directamente en el pronóstico de nuestros pacientes.

75 Falla cardíaca aguda de alto gasto secundaria a fístula arteriovenosa femoral traumática en paciente joven.

Juan Sebastián Rodríguez Zakzuk; *Carlos Alberto Fuentes Pérez*

Introducción
La falla cardíaca de alto gasto (FCAG) es una entidad infrecuente caracterizada por gasto cardíaco elevado con signos de congestión. Su fisiopatología combina disminución de la resistencia vascular sistémica, expansión del volumen plasmático y remodelado ventricular secundario a hiperdinamia. Las causas más comunes incluyen Anemia, tirotoxicosis, sepsis, obesidad, hepatopatía y fístulas arteriovenosas. Las fístulas traumáticas constituyen una etiología rara, pero clínicamente relevante por su potencial reversibilidad.

Materiales y Métodos
Reporte de caso.

Resultados
Mujer de 32 años con sospecha de cardiopatía congénita (CIA tipo ostium secundum y dustus arterioso), antecedente de ano imperforado, polidactilia y agenesia renal izquierda, compatible con asociación VACTERL parcial. En 2013 presentó fístula arteriovenosa femoral izquierda postraumática por esquirla metálica. Consulta por disnea progresiva, ortopnea y edema de miembros inferiores. El examen físico mostró signos congestivos, hiperdinamia, soplo continuo femoral con frémito palpable, NT-proBNP 1690 pg/mL, signos radiográficos de cardiomegalia, hipertensión pulmonar pre y post capilar moderada en cateterismo derecho y arteriografía sin enfermedad coronaria, con evidencia de arco aórtico derecho. El ecocardiograma transtorácico reportó FEVI 51% con cavidades derechas dilatadas y cortocircuito auricular leve (QP/QS1.2). La angiotomografía de miembros inferiores confirmó malformación arteriovenosa entre arteria y vena femoral superficiales izquierdas con dilatación venosa profunda. La resonancia magnética cardíaca descartó defecto septal significativo o ductus persistente. Se diagnosticó falla cardíaca de alto gasto secundaria a fístula arteriovenosa traumática. La paciente fue manejada con diuréticos y optimización médica, seguida de corrección endovascular sin complicaciones, con mejoría sintomática y resolución de signos congestivos.

Conclusiones
Las fístulas arteriovenosas generan un cortocircuito arteriovenoso que reduce la resistencia sistémica, incrementa el retorno venoso, activación neurohumoral, sobrecarga de volumen con remodelado excéntrico e hipertensión pulmonar. Este mecanismo explica el cuadro de FCAG observado, a pesar de función sistólica conservada, descartando otras causas de alto. La coexistencia de una cardiopatía congénita no relacionada resalta la importancia de identificar causas extracardíacas de insuficiencia cardíaca. El cierre del shunt constituye la intervención definitiva, con potencial reversión de la hipertensión pulmonar y normalización hemodinámica, como describen Reddy y Warner.

76 Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida secundaria a ATTRv por variante patogénica del gen pV142I

José P López López; *David Mateo Sequea Meneses; Gabriela Ruiz Uribe; Joséph Sebastián Sánchez Prada*

Introducción
La amiloidosis cardíaca por transtiretina (CM-ATTR) se caracteriza por la acumulación de material beta-amiloide en el miocardio. Dentro de la CM-ATTR, menos del 15% tiene un origen hereditario (ATTRv). Este tipo se debe a diferentes variantes patogénicas. Frecuentemente la CM-ATTR se presenta como insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección preservada. En este caso, presentamos un caso de IC con fracción de eyección reducida por ATTRv por variante patogénica del gen pV142I.

Materiales y Métodos
Hombre de 75 años procedente de Valledupar, Cesar, con antecedentes de hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica e infarto de miocardio, tratado con intervención coronaria percutánea e implante de cuatro stents (ADP,ACD,OM). Consultó por deterioro progresivo de su clase funcional, ortopnea y edemas periféricos. Como hallazgos relevantes en su electrocardiograma, se encontraron un bloqueo AV de primer grado, hemibloqueo fascicular anterosuperior, bajos voltajes y necrosis antero-septal e inferior. Un ecocardiograma reportó hipertrofia concéntrica severa del ventrículo izquierdo, disfunción global con fracción de eyección del 33%, SGL reducido (-8%) con patrón "Cherry on top" y disfunción diastólica grado 3 (E/A 2.7). Inicialmente se descartó amiloidosis AL (inmunofijación sérica y urinaria negativa). Posteriormente, una gammagrafía con Tc99m–pirofosfato mostró un índice de Perugini 3/3. Ante el diagnóstico de CM-ATTR, se indicó un panel genético que identificó la variante patogénica c.42G>A; p.(V142I) en el gen TTR, confirmando así el diagnóstico de IC con fracción de eyección reducida secundario a ATTRv. Se inició terapia médica óptima.

Resultados
Aunque dentro de la ATTRv, la variante patogénica más común es la pV142I, su presentación clínica, a una edad más tardía y mayor frecuencia de alteraciones estructurales y de conducción, la hace de peor pronóstico. Comparados con otros tipos de CM-ATTR, los individuos con variante patogénica pV142I tienen una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y enfermedad coronaria, lo cual puede aligerar el abordaje etiológico de la IC y consecuentemente llevar a un subdiagnóstico de esta enfermedad rara. Este caso clínico ejemplifica la relevancia de mantener un alto índice de sospecha frente a la CM-ATTR y, específicamente, sus variantes hereditarias patogénicas en individuos con enfermedad cardiovascular establecida.

Conclusiones
La ATTRv por variante patogénica del gen pV142I tiene una presentación clínica distintiva, caracterizada por IC con fracción de eyección reducida, en individuos afrodescendientes/hispanos mayores con múltiples factores de riesgo cardiovascular. Por lo tanto, es preciso considerar esta entidad en particular ante la presencia de hallazgos típicos, tanto clínicos como paraclínicos, de CM-ATTR.

77 Insuficiencia mitral primaria degenerativa en paciente de muy alto riesgo quirúrgico: reparación borde a borde transcateter con tres clips (MitraClip), una alternativa con buenos resultados clínicos

Laura Víctoria Mendoza Montenegro; *Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; Julián Romero; Camilo Hernández; Edgar Fernando Hurtado Ordóñez; Alexander Cely; Claudia Jaramillo Villegas*

Introducción
En la insuficiencia mitral primaria (IM) severa de origen degenerativo, la reparación quirúrgica es considerada el estándar de manejo cuando la anatomía es reparable. Sin embargo, en pacientes con comorbilidades significativas, como fragilidad o riesgo quirúrgico prohibitivo, la reparación mitral transcateter borde a borde (Transcatheter Edge- to- Edge Repair – TEER por sus siglas en inglés) surge como una alternativa terapéutica apropiada; aunque su uso en valvulopatía primaria no es lo habitual se puede considerar después de una evaluación anatómica exhaustiva y decisión conjunta en Heart Team (Grupo de corazón).

Materiales y Métodos
Estudio observacional descriptivo, tipo caso clínico.

Resultados
Presentamos el caso de una mujer de 84 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y enfermedad coronaria, quien consultó por falla cardíaca, dolor torácico y presíncope. El ecocardiograma transesofágico tridimensional evidenció: fracción de eyección (FE) 47% y una insuficiencia mitral primaria severa, tipo II de Carpentier, por enfermedad degenerativa tipo "forme fruste", con flail en A2 por ruptura de cuerda tendínea de primer orden, gap del flail de 5 mm y ancho del flail de 15 mm que generó una insuficiencia mitral severa (EROA 0.8 cm^2, VR 86 mL, FR 84%) y área valvular (5 cm^2) (Figura 1a, 1b y 1c). El cateterismo derecho mostró hipertensión pulmonar pre y post capilar (PAPm 31 mmHg, POAP 16 mmHg, RVP 5.2 UW). La coronariografía descartó lesiones significativas (RFF 0.94). NtproBNP: 9070 pg/ml. Se inició manejo para la insuficiencia cardíaca y ante el muy alto riesgo quirúrgico, se definió en junta médica la reparación percutánea borde a borde. Se implantaron tres clips XTW, logrando reducción de la regurgitación a grado leve y un gradiente transmitral final de 3.2 mmHg. La paciente evolucionó favorablemente y se dio salida en clase funcional I/IV (Figura 2a, 2b, 2c, 2d).

Conclusiones
Aunque el reparo borde a borde no es la estrategia habitual en la insuficiencia mitral primaria degenerativa, constituye una alternativa eficaz cuando la cirugía no es viable. La anatomía de esta paciente (gap del flail 5 mm, jet central A2 , ausencia de calcificación y área valvular 5 cm2, ancho del flail 15 mm) la ubicaba dentro de un espectro desafiante pero abordable. Los estudios en IM primaria degenerativa, incluyendo EVEREST I–II, CLASP IID, DRAGONFLY-Y DMR, TVT Registry, PRIME-MR y REPAIR-MR, han demostrado resultados favorables, y estudios observacionales han mostrado que la reducción sostenida de la regurgitación depende de la obtención de insuficiencia residual <=1+ y de un gradiente transmitral <=5 mmHg, ambos alcanzados en este caso. Estos parámetros se asocian con una diferencia pronóstica significativa.

78 La huella cardiaca de un solvente: un caso para no olvidar

Juan Manuel Martínez Arango; *Melissa Bustamante Duque; María Paulina Villa Saldarriaga; Juan Carlos Duarte Vásquez; Daniel Duque Restrepo; Clara Inés Saldarriaga Giraldo*

Introducción
Este caso resalta la importancia de considerar causas tóxicas y ocupacionales en el abordaje de la falla cardíaca de novo, especialmente en pacientes jóvenes sin factores de riesgo cardiovasculares tradicionales.

Materiales y Métodos
Masculino de 40 años, trabaja con pintura y soldadura, sin antecedentes patológicos relevantes. Consultó por 6 meses de evolución de disnea progresiva, ortopnea, edema de miembros inferiores y deterioro marcado de su clase funcional; al ingreso con hipotensión, signos de hipoperfusión, lesión renal aguda, crépitos generalizados y en franca anasarca. Se realizó un NT-proBNP que fue de 12,410pg/mL y un ecocardiograma transtorácico que evidenció una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 20%, hipocinesia difusa severa, hipertrofia concéntrica, ventrículo derecho levemente dilatado y valvulopatías mitral y tricuspídea moderadas secundarias. Se consideró entonces falla cardiaca agudamente descompensada de novo, recibió manejo con inotropía y diuréticos intravenosos con mejoría progresiva y posteriormente se inició y tituló terapia fundacional para insuficiencia cardiaca.
La resonancia magnética cardíaca mostró hipertrofia concéntrica con disfunción sistólica severa (FEVI 17%), sin fibrosis, sin edema ni hallazgos sugestivos de miocarditis, cardiopatía isquémica o infiltrativa. Dentro del estudio etiológico se descartaron causas autoinmunes, tiroideas y arrítmicas, no había historia familiar de cardiomiopatías. Dada su exposición laboral crónica a solventes orgánicos, particularmente tolueno, se consideró como etiología más probable una miocardiopatía dilatada de origen tóxico.

Resultados
La exposición crónica al tolueno puede inducir una agresión miocárdica directa capaz de desencadenar una miocardiopatía dilatada no isquémica. La literatura describe diversas vías mediante las cuales algunos solventes volátiles generan toxicidad cardiaca; sin embargo, debido a su amplia disponibilidad industrial y doméstica, el tolueno sigue siendo el compuesto con mayor impacto clínico por su capacidad demostrada de producir daño miocárdico directo.
La cardiomiopatía tóxica inducida por tolueno ha sido descrita tanto en consumidores recreativos como en trabajadores expuestos crónicamente. Existen casos que muestran recuperación completa de la función sistólica tras la suspensión del tóxico, mientras que otros evolucionan a una disfunción persistente compatible con una miocardiopatía dilatada no isquémica, a pesar del tratamiento médico óptimo.
A nivel molecular, el tolueno inhibe directamente los canales de sodio cardiacos Nav1.5, lo que altera la conducción eléctrica. Adicionalmente, afecta la integridad celular del miocardiocito, interfiriendo con procesos energéticos y mecanismos contráctiles. La ecocardiografía agudamente suele mostrar hipocinesia global con reducción reversible de la FEVI, mientras que en exposiciones crónicas predominan hallazgos de dilatación y disfunción severa. La resonancia magnética cardíaca ayuda a descartar fibrosis significativa o infiltración, apoyando la identificación de un patrón tóxico.

Conclusiones
La toxicidad cardíaca por tolueno es un diagnóstico que requiere alta sospecha clínica y una anamnesis ocupacional o toxicológica detallada. Su reconocimiento temprano permite evitar daños permanentes y lograr una reversibilidad significativa.

79 Lacticaseibacillus casei: caso de meningitis con endocarditis de válvulas nativas fulminante.

Paula Andrea Quiroga Ramírez; *Andrea García Olarte; José Arias Correal; Isabella Díaz Granados; Diego Holguín Riaño; Jairo Pérez Franco*

Introducción
Lacticaseibacillus casei es una bacteria que se ha estudiado y utilizado ampliamente para la producción y conservación de alimentos por sus propiedades probióticas y fermentativas. Existen pocas series de casos publicadas en las que esta bacteria resulta patógena y no se han descrito casos de neuroinfección. Se presenta el primer caso de endocarditis y meningitis atribuible a L. casei.

Materiales y Métodos
Presentación de caso

Resultados
Paciente masculino de dieciocho años, sin antecedentes ni otros factores de riesgo, diagnosticado con endocarditis infecciosa bi-valvular aórtica y mitral por L. casei. Durante el período postoperatorio meningoencefalitis bacteriana, múltiples infartos renales y esplénicos, hemorragia subaracnoidea atribuida a un aneurisma de la arteria basilar, pielonefritis multifocal y absceso esplénico, posterior paro cardíaco y falleció.

Conclusiones
En el caso clínico presentado, el paciente cumplía con 2 criterios mayores (características en imágenes y criterios microbiológicos) y dos criterios menores (fiebre y diseminación vascular endógena dada por meningoencefalitis bacteriana, embolismo esplénico y renal) lo que condiciona una endocarditis infecciosa definida, dado el compromiso de la válvula mitral y aortica con estenosis e insuficiencia severa, fue llevado a manejo quirúrgico confirmando por histología y microbiología el compromiso por Lacticaseibacillus casei.
Los microorganismos del género Lactobacillus, son bacilos grampositivos anaerobios facultativos, no esporulados, delgados, de tamaño variable que hacen parte de la flora normal de la cavidad bucal, el tracto gastrointestinal y genitourinario femenino. En la mayoría de los casos su aislamiento se considera como contaminación. Los casos en que se asocia a infección grave son escasos, desde 1992 hasta el 2020 se notificaron 50 casos entre ellos los más frecuentes son endocarditis, bacteriemias e infecciones localizadas, como abscesos abdominales, peritonitis e infecciones pulmonares. La incidencia de estas infecciones ha aumentado, lo que se debe principalmente a 3 factores: incremento del uso de probióticos, incremento de la población inmunodeprimida y mayor realización de colonoscopias.
Las series de casos han demostrado que el manejo quirúrgico es necesario en aproximadamente el 36% de los pacientes, con tasas de mortalidad de hasta el 20%. En nuestro paciente no se logro determinar cual fue el factor causante de la infección, además según la susceptibilidad antibiótica reportada para L. casei, se dio manejo con terapia dirigida, ampicilina más gentamicina. Sin embargo, su evolución clínica tórpida obligó a ampliar el espectro en espera de pruebas para descartar diseminación endovascular o infección por otro microorganismos, sin lograra otro aislamiento y documentándose entonces compromiso multinivel en forma de aneurismas micóticos y meningitis, infarto renal y esplénico y abscesos, complicaciones no reportadas previamente en la literatura con respecto a este microorganismo, por lo que el manejo se guió inicialmente por su perfil de susceptibilidad. Sin embargo, debido al compromiso multisistémico, con implicaciones infecciosas y hemodinámicas, el caso tuvo un desenlace fatal

80 Mujer joven embarazada con cardiopatía cianosante compleja: un reporte de caso

Paola Andrea Mera Paredes; *Alejandro Narváez Orozco; Edison Muñóz Ortiz; Jesús Velásquez Penago; María José Alzate*

Introducción
Las cardiopatías congénitas representan un grupo heterogéneo de anomalías estructurales del sistema cardiovascular, estas complican entre el 1% y el 4% de los embarazos y son responsables de hasta el 15% de las muertes maternas. Aunque representan las alteraciones más frecuentemente encontradas en el embarazo, tienen mejor pronóstico comparadas con otras cardiopatías, lo cual va a estar determinado por el tipo y ciertos factores de riesgo que predicen complicaciones tanto obstétricas como fetales. Las cardiopatías cianosantes complejas, son un grupo infrecuente que se asocia a múltiples defectos que se pueden encontrar en mujeres en edad fértil gracias al avance en el manejo quirúrgico. Por las razones anteriores, estas pacientes deben recibir de manera temprana información sobre planificación familiar, anticoncepción, el riesgo de embarazo y la esperanza de vida.

Materiales y Métodos
Presentamos el caso de una mujer joven embarazada con cardiopatía cianosante compleja, quien fue remitida a nuestra clínica de cardio obstetricia con un embarazo de 6 semanas.

Resultados
Mujer de 22 años con una cardiopatía congénita compleja caracterizada por atresia tricuspídea y pulmonar con septum íntegro, ausencia de tronco y ramas pulmonares y colaterales aortopulmonares múltiples, no candidata a cirugía paliativa. Se presentó con un embarazo de 6 semanas, cianosis con una saturación de oxígeno basal de 69 - 70% y poliglobulia (hemoglobina: 24.9 g/dL, hematocrito: 74.1 %) y un ecocardiograma que mostraba un ventrículo único izquierdo gravemente dilatado con disfunción leve (fracción de expulsión del 47 %). Se catalogó como riesgo III en la clasificación de la OMS modificada 2.0 y riesgo alto por CARPREG II. Debido a lo anterior y luego de una explicación detallada de los riesgos maternos y fetales y las opciones de terapia, se definió con la paciente realizar la interrupción voluntaria del embarazo y método de anticoncepción definitiva.

Conclusiones
La revisión preconcepcional en mujeres con cardiopatías congénitas cianosantes es esencial para prevenir embarazos de alto riesgo y optimizar los resultados materno-fetales. El caso presentado evidencia que la ausencia de una evaluación preconcepcional puede conducir a situaciones clínicas de alta morbilidad y mortalidad evitables. La consejería anticipada, el seguimiento multidisciplinario y la planificación reproductiva individualizada deben considerarse intervenciones prioritarias en este grupo de pacientes.

81 Origen anómalo de la coronaria derecha como causa de disfunción ventricular

Ingrid Carolina Rojas Chaverra; *Lithey Cristina Poveda Conde; Hermes Luis Oñate Rosado; Juan David Palomar Avilés; Paula Andrea Cárdenas Marín; Jeffrey Castellanos Parada; Carlos Andrés Arias Barrera*

Introducción
Las anomalías congénitas de las arterias coronarias representan menos del 1% de la población y pueden generar isquemia miocárdica, disfunción ventricular y muerte súbita, especialmente cuando existe un trayecto interarterial. La evaluación multimodal es fundamental para identificar estas variantes en pacientes con dolor torácico o falla cardíaca sin enfermedad coronaria obstructiva.

Materiales y Métodos
Se describe el caso de una mujer de 61 años evaluada por episodios de falla cardiaca en el servicio de urgencias, con evidencia de disfunción ventricular aguda, biomarcadores elevados y síntomas compatibles con isquemia en ausencia de lesiones coronarias significativas. Se emplearon estudios seriados de ecocardiografía, resonancia magnética cardíaca y tomografía coronaria para establecer la relación entre los hallazgos clínicos y la anatomía coronaria. El análisis se enfocó en la identificación de mecanismos fisiopatológicos y su correlación con la indicación quirúrgica

Resultados
La paciente presentó en 2022 edema de miembros inferiores y disconfort torácico con inversión de onda T inferior, leve elevación de biomarcadores y NT-proBNP de 2653 pg/mL. El ecocardiograma mostró FEVI 56% y disfunción diastólica leve. El cateterismo documentó coronarias sin lesiones significativas y coronaria derecha de origen anómalo en seno no coronariano. La RMC reportó función biventricular conservada con áreas dudosas de edema sin realce tardío, interpretadas como posible miocarditis viral.
En 2025 presentó nuevo episodio de falla cardíaca con FEVI 38%, hipoquinesia global, elevación de biomarcadores y FILM array positivo para rhinovirus/enterovirus. En la misma hospitalización realizan cardioresonancia que evidencia FEVI 66%, FEVD 48% y ausencia de edema o fibrosis, lo que descartó miocarditis. El ecocardiograma de control mostró remodelación concéntrica con FEVI preservada.
Ante la discordancia clínica, se realizó TAC coronarias que evidenció score de calcio 0, origen anómalo de la arteria coronaria derecha desde el seno coronario izquierdo y trayecto interarterial entre aorta y arteria pulmonar con compromiso proximal leve. Estos hallazgos explicaron la isquemia dinámica y la disfunción ventricular reversible. El Heart Team concluyó indicación de corrección quirúrgica mediante reimplante coronario o técnica equivalente.

Conclusiones
El origen anómalo de la coronaria derecha con trayecto interarterial puede ocasionar isquemia transitoria, elevación de biomarcadores y disfunción ventricular reversible, aun en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva. La tomografía coronaria es esencial para su diagnóstico. La corrección quirúrgica está indicada en presencia de síntomas, evidencia de isquemia o compromiso anatómico de alto riesgo

82 Pericarditis y serositis secundaria a dengue: reporte de caso y revisión desde la perspectiva cardio-epidemiológica

Carlos Manuel Restrepo Guette; *Juan Camilo García Domínguez; Gabriela Fernández; Juan david López; Valeria Monroy*

Introducción
El dengue es una arbovirosis global con más de 390 millones de infecciones anuales, la mayoría autolimitadas, pero con un pequeño porcentaje que desarrolla complicaciones graves. Entre ellas, el compromiso cardiovascular —como bradicardia, miocarditis, pericarditis o insuficiencia cardiaca—, aunque infrecuente, representa un reto diagnóstico en zonas endémicas como Colombia, donde suele subregistrarse. Documentar estos casos es esencial para mejorar la atención clínica y fortalecer la comprensión epidemiológica.

Materiales y Métodos
Se resenta el caso clínico de una paciente femenina de 27 años atendida en una institución de tercer nivel en Barranquilla, Colombia, con diagnóstico confirmado de dengue mediante prueba rápida NS1. Se describen de forma detallada las características clínicas, paraclínicas y hallazgos ecocardiográficos durante la hospitalización, así como la evolución bajo manejo conservador. El abordaje diagnóstico incluyó laboratorio completo, electrocardiograma, ecocardiograma transtorácico y monitorización hemodinámica seriada. Adicionalmente, se realizó una revisión narrativa de la literatura en bases de datos PubMed, Scopus y SciELO, con énfasis en series de casos, estudios observacionales y revisiones sistemáticas sobre compromiso cardiovascular en pacientes con dengue, integrando la evidencia local y global para contextualizar los hallazgos del presente cas

Resultados
La paciente ingresó con fiebre, exantema, dolor abdominal y retroocular, con hallazgos iniciales de plaquetopenia (70.000/µL), leucopenia (3.430/µL), transaminasas elevadas y prueba NS1 positiva para dengue. Durante la hospitalización presentó bradicardia sinusal asintomática (mínima 51 lpm) y dolor torácico leve. El ecocardiograma transtorácico mostró fracción de eyección conservada (60%), disfunción diastólica tipo I, derrame pericárdico laminar circunferencial de 5 mm y derrame pleural bilateral leve, sin signos de taponamiento ni alteraciones valvulares significativas. Los marcadores de necrosis miocárdica fueron negativos. En el seguimiento analítico se documentó descenso progresivo de plaquetas hasta 38.000/µL en el día 4, con estabilidad hemodinámica y tendencia a normalización de transaminasas. El manejo conservador con hidratación ajustada, antipiréticos y monitorización estricta resultó en evolución favorable, con resolución progresiva de la bradicardia y del dolor torácico, y alta hospitalaria al séptimo día en condiciones estables.

Conclusiones
El compromiso cardiovascular en el dengue, aunque infrecuente, puede ser grave y está subdiagnosticado en regiones endémicas. El espectro va desde bradicardia sinusal y derrames leves hasta miocarditis fulminante o bloqueo auriculoventricular. Este caso de pericarditis y serositis en una paciente joven sin comorbilidades resalta la necesidad de sospechar estas complicaciones incluso en ausencia de factores de riesgo. La ecocardiografía permitió confirmar el diagnóstico y guiar un manejo conservador exitoso. En conclusión, el dengue no debe considerarse solo una infección febril, sino también un potencial desencadenante de eventos cardiovasculares, cuyo reconocimiento oportuno es esencial para mejorar desenlaces y fortalecer la evidencia en contextos endémicos.

83 Primer implante de válvula Myval en un homoinjerto pulmonar con doble lesión en paciente pediátrico con Tetralogía de Fallot reparada, en una institución de alta complejidad en Medellín, Colombia: Reporte de un caso.

Sergio Andrés González Butrón; *Andrea Dávila Ruales; Rafael Lince Varela; Guillermo José Aristizábal Villa; Sergio Andrés Romero Seguro*

Introducción
La tetralogía de Fallot es la cardiopatía congénita cianosante más frecuente después del periodo neonatal, la disfunción residual del tracto de salida del ventrículo derecho tras la reparación quirúrgica constituye una causa importante de reintervención. El implante transcatéter de válvula pulmonar se ha consolidado como una alternativa terapéutica segura, destacándose las válvulas Melody® y Sapien®. En pacientes pediátricos, el diámetro disponible y el perfil del sistema de liberación condicionan el uso de estos dispositivos. La válvula Myval surge como una opción atractiva debido a su menor calibre de entrega y mayor flexibilidad. Inicialmente aprobada para posición aórtica, se ha reportado su uso en posición pulmonar desde 2020.

Materiales y Métodos
Descripción del primer caso de un paciente con tetralogía de Fallot reparada, portador de un homoinjerto aórtico en posición pulmonar con doble lesión y dilatación significativa del ventrículo derecho, llevado a implante transcatéter de válvula pulmonar Myval en 2025 en una institución cardiovascular de alta complejidad.

Resultados
Paciente femenina de 9 años con antecedente de tetralogía de Fallot , corregida a los 10 meses con homoinjerto aórtico en posición pulmonar. Durante el seguimiento ecocardiográfico se evidenció estenosis moderada, gradiente máximo 58 mmHg e insuficiencia pulmonar moderada a grave, con dilatación y disfunción leve del ventrículo derecho. La resonancia magnética confirmó la doble lesión, con fracción regurgitante del 65%, ventrículo derecho dilatado(RVESV de 69 ml, Z score + 3,97), FEVD 42%. Se decidió implante percutáneo de válvula Myval de 23 mm, previa angioplastia del tracto y colocación de un stent CP de 39 mm. El procedimiento fue exitoso, sin complicaciones y con desaparición de la insuficiencia pulmonar. El ecocardiograma de control mostró gradiente máximo de 19 mmHg, medio de 11 mmHg y ausencia de insuficiencia pulmonar.

Conclusiones
La disfunción del ventrículo derecho continúa siendo una causa frecuente de reintervención en tetralogía de Fallot reparada. En este caso, la paciente presentó una doble lesión significativa del homoinjerto con repercusión hemodinámica y sustentó la indicación de intervención. Myval ofreció ventajas técnicas relacionadas con su perfil de liberación y navegabilidad, facilitando el abordaje en un tracto complejo . El resultado exitoso refuerza su utilidad en escenarios en los que otras válvulas presentan limitaciones.
Este caso demuestra que el implante percután de válvula Myval es una alternativa segura y efectiva en pacientes pediátricos con disfunción significativa de un homoinjerto. Su perfil bajo y flexibilidad favorecen su uso en anatomías desafiantes, logrando resultados óptimos y una evolución clínica favorable.

84 Rechazo agudo en trasplante cardiaco con seroconversión por VIH durante la lista de espera y tuberculosis activa: un desafío multidisciplinario

Diego Armando Pérez Covo; *Diego Alejandro Ortega Gómez; Alejandro Mariño Correa; Edward Andrés Cáceres Méndez; Miguel Alvarez Mejía; María Alejandra Robledo Gómez*

Introducción
La coexistencia de infección por VIH y tuberculosis (TB) en receptores de trasplante cardiaco constituye un escenario clínico de alto riesgo, particularmente cuando la seroconversión ocurre durante el periodo en lista de espera. La inducción enzimática por rifampicina puede reducir de manera significativa la exposición a tacrolimus, comprometer la inmunosupresión y aumentar el riesgo de rechazo agudo. Reportamos un caso que integra estas tres condiciones críticas, destacando los retos terapéuticos en el periodo posoperatorio temprano.

Materiales y Métodos
Reporte de caso

Resultados
Se describe el caso de un hombre de 61 años sometido a trasplante cardiaco ortotópico. Las serologías pretrasplante fueron negativas para VIH, pero se tornaron positivas aproximadamente dos semanas después de la cirugía, sugiriendo seroconversión reciente durante la espera. El posoperatorio inmediato cursó con disfunción primaria del injerto que requirió soporte con ECMO venoarterial y posterior reintervención por taponamiento cardiaco. Una PCR de lavado broncoalveolar confirmó infección por Mycobacterium tuberculosis. A pesar de administrar altas dosis de tacrolimus, no se lograron niveles terapéuticos debido al uso concomitante de rifampicina, lo que se asoció con dos episodios de rechazo celular agudo. Dado antecedente de exposición previa a isoniazida, se añadió levofloxacino al esquema antituberculoso. Un equipo multidisciplinario recomendó suspender rifampicina por su impacto crítico en la inmunosupresión. La terapia antirretroviral con tenofovir/emtricitabina y dolutegravir se inició dos semanas después del inicio del tratamiento antituberculoso

Conclusiones
La seroconversión por VIH durante la lista de espera puede pasar inadvertida y retrasar el inicio de terapia antirretroviral en el periodo más vulnerable del trasplante. La interacción rifampicina–tacrolimus es particularmente relevante en este contexto, ya que la inducción de CYP450 reduce de forma marcada los niveles de tacrolimus, favoreciendo el rechazo celular agudo. Este caso ilustra la complejidad terapéutica que implica ajustar simultáneamente inmunosupresión, tratamiento antituberculoso y terapia antirretroviral, en un escenario en el que la preservación del injerto depende de decisiones multidisciplinarias.
La adquisición no detectada de VIH durante el periodo en lista de espera, asociada a TB activa y uso de rifampicina, puede comprometer la inmunosupresión y precipitar rechazo agudo. El manejo óptimo exige vigilancia estrecha, monitorización farmacológica intensiva y coordinación multidisciplinaria para preservar la función del injerto y mejorar la supervivencia.

85 Rechazo mediado por anticuerpos asociado a rechazo celular en trasplante cardiaco, la importancia de la sospecha clínica y el soporte multidisciplinario.

Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; *Efraín Gómez; Oscar Gálvez; Angela Roa; Mónica Hernández; José Bohórquez; Viviana Poveda; Andrés Torres; Laura Victoria Mendoza Montenegro; Claudia Jaramillo Villegas; Marcela Poveda; Carlos Orozco*

Introducción
El trasplante cardíaco ortotópico continúa siendo la mejor opción terapéutica para pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada refractaria al tratamiento médico. No obstante, la supervivencia a largo plazo del injerto sigue limitada por la aparición de rechazo celular, humoral o mixto, lo que subraya la relevancia del seguimiento mediante biopsias endomiocárdicas y la adherencia estricta al tratamiento inmunosupresor.

Materiales y Métodos
Estudio observacional descriptivo, de tipo caso clínico.

Resultados
Paciente de 34 años, con antecedente de trasplante cardíaco hace un año por miocardiopatía dilatada idiopática, bajo terapia inmunosupresora con mofetil micofenolato y tacrolimus. Fue remitido por deterioro funcional, insuficiencia cardíaca, síncope y dolor torácico. Se documentó elevación de biomarcadores cardíacos y trastornos segmentarios de la contractilidad. Refirió baja adherencia al tratamiento inmunosupresor por suspensión administrativa de la EPS. Ante sospecha de enfermedad coronaria se realizó coronariografía sin lesiones obstructivas y biopsia endomiocárdica (BEM) que evidenció rechazo celular agudo 2R según ISHLT.
Se inició manejo con metilprednisolona un gramo al día por 5 días, ante la no mejoría se pensó en rechazo mediado por anticuerpos. Posteriormente se recibió la inmunohistoquímica que mostró positividad de C4d en el 100 % de los capilares, confirmando un rechazo mixto celular y humoral (Figura 1a y 1b). Presentó disfunción biventricular severa. Ecocardiograma con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI): 8%, con insuficiencia mitral y tricúspides severas, choque cardiogénico y lesión renal aguda. Se inició manejo con levosimendán, dobutamina y diuréticos y ante la persistencia del compromiso hemodinámico, se inició manejo para rechazo humoral RMA (rechazo mediado por anticuerpos) "2", con compromiso histológico, inmunopatológico y del órgano) con timoglobulina y plasmaféresis (2 sesiones). La respuesta fue favorable, con mejoría clínica, resolución de la congestión y recuperación de la función renal y cardíaca, lográndose estabilización hemodinámica y niveles terapéuticos adecuados de tacrolimus. Las biopsias de control no reportaron rechazo (0R) y mejoría de la positividad de C4d (Figura 2a y 2b).

Conclusiones
El rechazo tardío del injerto cardíaco sigue siendo una causa importante de disfunción y pérdida del órgano, con mecanismos celulares y humorales ocasionalmente superpuestos. El tratamiento se basa en la experiencia clínica y guías de consenso. Se recomiendan altas dosis de esteroides, timoglobulina, plasmaféresis, inmunoglobulinas y en algunos casos Rituximab o Bortezomib. Un abordaje multimodal y precoz puede revertir la disfunción ventricular y preservar la función del injerto, demostrando que la adherencia terapéutica y la detección oportuna del rechazo son determinantes para el éxito a largo plazo del trasplante cardíaco.

86 Reparación transcatéter borde a borde como puente a trasplante en insuficiencia mitral severa y falla cardíaca avanzada: Reporte de caso

Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; *Danna Lucia Calderón Medina; Sergio Daniel Montalvo León*

Introducción
La insuficiencia mitral (IM) funcional severa en pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada se asocia a alta mortalidad, remodelación ventricular progresiva y descompensaciones frecuentes. Estudios recientes, como COAPT y MITRA-FR, han demostrado que la reparación transcatéter borde a borde (TEER) reduce hospitalizaciones y mejora el estado funcional en pacientes no candidatos a cirugía inmediata. En individuos con falla cardiaca avanzada, TEER puede estabilizar parámetros hemodinámicos y servir como estrategia puente para completar la evaluación hacia trasplante cardíaco.

Materiales y Métodos
Se presenta el caso de una mujer de 54 años con antecedente de insuficiencia cardiaca avanzada, fibrilación auricular, miocardiopatía dilatada de origen isquémico y disfunción ventricular severa con fracción de eyección del 19%, portadora de cardiodesfibrilador como prevención primaria, con historia de choque cardiogénico refractario y síndrome cardiorrenal tipo I. Consulta por cuadro clínico de 15 días de evolución consistente en deterioro de la clase funcional y signos de descompensación de falla cardíaca, asociado reporte de ecocardiograma transtorácico extrainstitucional con insuficiencia mitral severa Carpentier IIIB.Fue valorada por el equipo multidisciplinario de falla cardiaca avanzada e intervencionismo. Se completó evaluación con ecocardiografía transtorácica y transesofágica tridimensional, cateterismo derecho y coronariografía, confirmando anatomía favorable para TEER. El procedimiento se realizó bajo anestesia, por guía fluoroscópica y ecocardiográfica, implantando dos clips mitrales XTW en la región A2/P2 tras punción transeptal posterosuperior.

Resultados
La intervención se efectuó sin complicaciones y logró reducción inmediata de la IM de severa a leve, con gradiente mitral final <1 mmHg. En las primeras 48 horas se evidenció mejoría clínica marcada, estabilidad hemodinámica, desaparición de signos de congestión y recuperación de la función renal hacia su creatinina basal. El ecocardiograma post-procedimiento mostró adecuada integración de los dispositivos, reducción significativa del jet regurgitante y función ventricular derecha preservada. La paciente evolucionó de forma favorable, sin arritmias relevantes ni complicaciones vasculares, permitiendo optimizar la terapia neurohumoral y planificar seguimiento para eventual trasplante cardíaco.

Conclusiones
El caso demuestra que TEER puede estabilizar pacientes con IM funcional severa e insuficiencia cardíaca avanzada, mejorando parámetros clínicos y hemodinámicos que condicionan la elegibilidad para trasplante. La corrección percutánea del defecto regurgitante permite ampliar ventanas terapéuticas y disminuir el riesgo asociado a la progresión de la falla cardiaca.

87 Síndrome aórtico agudo con hematoma intramural en paciente adulta mayor con doble cayado aórtico: un hallazgo anatómico excepcional con implicaciones hemodinámicas

Carlos Manuel Restrepo Guette; *Juan Camilo García Domínguez; Brandon De La Hoz Ariza; María paula Avila; Orlando González; Rafael Libardo Ferrer Arrieta*

Introducción
El doble cayado aórtico es una anomalía congénita extremadamente infrecuente en adultos, caracterizada por la persistencia de ambos arcos aórticos que rodean la tráquea y el esófago. Habitualmente se diagnostica en la infancia por síntomas compresivos respiratorios o digestivos, siendo excepcional su hallazgo incidental en la edad avanzada. Su coexistencia con un síndrome aórtico agudo, particularmente un hematoma intramural, representa una combinación excepcional de alto riesgo clínico y anatómico. Se presenta el caso de una paciente adulta mayor con doble cayado aórtico y hematoma intramural en contexto de emergencia hipertensiva y falla cardíaca aguda.

Materiales y Métodos
Mujer de 77 años, sin antecedentes cardiovasculares previos conocidos, consultó por dolor torácico opresivo de 4 días de evolución asociado a disnea progresiva, astenia y malestar general. Al ingreso: TA 190/90 mmHg, FC 99 lpm, SatO2 85 %, hemoglobina 6.2 g/dL y creatinina 3.47 mg/dL. El ECG mostró ritmo sinusal con bloqueo completo de rama izquierda y signos de hipertrofia ventricular izquierda. La radiografía de tórax evidenció ensanchamiento mediastinal. La angiotomografía toracoabdominal reveló doble cayado aórtico con dilatación aneurismática (56 × 37 mm) y hematoma intramural en aorta descendente extendido hasta el segmento abdominal. El ecocardiograma transtorácico mostró miocardiopatía dilatada con fracción de eyección del 26 %, regurgitación aórtica severa y dilatación biauricular. Se diagnosticó síndrome aórtico agudo tipo hematoma intramural, emergencia hipertensiva y falla cardíaca aguda perfil húmedo/caliente

Resultados
La paciente fue manejada en unidad de cuidados intensivos con control estricto de la presión arterial mediante nitroglicerina y labetalol intravenosos, junto con diurético de asa y transfusión de glóbulos rojos por anemia severa. Se difirió la anticoagulación y antiagregación por riesgo de expansión del hematoma. Se indicó remisión urgente a cirugía cardiovascular. El caso fue clínicamente relevante por la asociación entre variante anatómica congénita y un síndrome aórtico agudo con compromiso hemodinámico y renal.

Conclusiones
El doble cayado aórtico en adultos mayores es un hallazgo excepcional que puede modificar la presentación clínica y el abordaje terapéutico de los síndromes aórticos agudos. Este caso ilustra la importancia del diagnóstico por imágenes multimodal y del manejo hemodinámico conservador para evitar la progresión del hematoma intramural, destacando la necesidad de sospechar variantes anatómicas en escenarios de disección o dolor torácico atípico en el adulto mayor.

88 Síndrome coronario con dos vasos culpables en un infarto con elevación del ST y shock cardiogénico: un desafío terapéutico

Samuel Andrés Barreto De La Hoz; *Omar Enrique Castilla Romero; Luis Enrique Calderón Castellón; José Andrés Santacruz Arias; Rafael Andrés Tous Bertel; Natalia Perilla Hernández; Eduard Pérez Anibal; Antonio José Oyola Yepes*

Introducción
El infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) se produce habitualmente por la oclusión trombótica aguda de una sola arteria epicárdica, no obstante, la presencia simultánea de múltiples vasos culpables constituye un evento extremadamente infrecuente, con una incidencia estimada entre 2–3 % y elevada mortalidad hospitalaria (1). Este fenómeno refleja una inestabilidad coronaria difusa mediada por mecanismos inflamatorios, ruptura de placa múltiple y un estado protrombótico sistémico (1).

Materiales y Métodos
El objetivo de este reporte es describir el abordaje integral y la evolución de un paciente con infarto multivaso complicado con shock cardiogénico, destacando la importancia de una coordinación estrecha entre el equipo de hemodinamia y la unidad de cuidados intensivos para optimizar los resultados clínicos.

Resultados
Varón de 63 años que consulta por dolor torácico opresivo, diaforesis e hipotensión. Se evidencia un electrocardiograma con elevación del segmento ST en cara anterior (Imagen 1). Durante la atención presenta dos episodios de paro cardiorrespiratorio, con retorno de la circulación espontánea tras maniobras avanzadas de reanimación. Se realiza arteriografía coronaria (Imagen 2), que muestra oclusión trombótica proximal de la descendente anterior (TIMI 0) y oclusión total de la coronaria derecha con trombo fresco y ruptura de placa, confirmando dos vasos culpables. Tras la angiografía se instala balón intraaórtico de contrapulsación (IABP) por compromiso hemodinámico persistente. Posteriormente se realiza trombectomía mecánica e implantación de seis stents medicados, con flujo final TIMI III en ambos territorios. El ecocardiograma transtorácico posterior documenta fracción de eyección 22 %, aquinesia extensa de los segmentos apical, anterior y septal, y disfunción derecha leve. El paciente ingresa a UCI en shock cardiogénico estadio D según la clasificación SCAI, con requerimiento de soporte vasoactivo dual, inotropia positiva con dobutamina y antiarrítmico clase III, bajo monitorización invasiva con catéter de Swan-Ganz. Evoluciona con mejoría hemodinámica temprana, lo que permitió el retiro progresivo del soporte vasoactivo y del IABP, utilizado como puente a la recuperación, siendo egresado de la unidad tras recuperación integral.

Conclusiones
La trombosis simultánea de dos arterias coronarias representa una entidad de extrema rareza, caracterizada por alta inestabilidad hemodinámica y frecuente shock cardiogénico (1). En estos casos, el diagnóstico electrocardiográfico puede ser equívoco, especialmente cuando coexisten territorios isquémicos opuestos, como lo demostró Balakrishnan et al. (2018) con el concepto de "isquemia balanceada".
Los resultados del ensayo MULTISTARS AMI respaldan la revascularización completa inmediata con reducción del riesgo relativo de eventos mayores a un año (3).

89 Taponamiento Cardiaco por Derrame Pericardico Masivo , Síndrome Down y Tiroiditis de Hashimoto. Triada Inusual. Reporte de Caso

Alvaro José Oliver Espinosa; *Sterling Johana Hernández García; José Armando Montero Barrios; Genisis Enrique Castiblanco Márquez; Gabriel Antonio Oliver Hernández*

Introducción
El Taponamiento Cardiaco es una Urgencia cardiológica rara y grave del Hipotiroidismo por Tiroiditis de Hashimoto y puede ser aún más complejo en pacientes Adultos con síndrome de Down. El derrame pericárdico en el Hipotiroidismo puede causar un aumento en la permeabilidad vascular y deterioro en la función linfática que o puede llevar a una acumulación de líquido en el espacio pericárdico. Si este no se trata a tiempo al aumentar la presión intraparicardica puede llevar a taponamiento. Este caso con Sindrome de Down, Hipotiroidismo por Tiroiditis Hashimoto y Taponamiento Cardiaco ingresa con signos de ICC con edemas y Cardiomegalia y la triada de Beck por lo que ingresado evidenciandose gran derrame Pericárdico (Mayor de 1000 ml separación de láminas Pericárdicas de 68 mm) y hallazgos sugestivos de taponamiento cardiaco ecocardiográfico (colapso de la aurícula derecha del 90%). En un paciente con deterioro cognitivo con síndrome de Down sin información clara sobre los síntomas por lo cual lo ingresan.

Materiales y Métodos
Paciente de 59 años de edad con síndrome de Down quien ingresa por Disnea y Edemas al servicio urgencias con Cardiomegalia y hallazgos clínico de Ingurgitación Yugular, ruidos cardiacos velados e Hipotensión (TA 80/60mmhg) y hallazgos Ecocardiográficos de derrame Pericárdico de gran tamaño con Separación de láminas pericárdica de 68 mm y colapso del 90% de la aurícula derecha y colapso del ventrículo derecho con Alternancia del Doppler Mitral, FE: 62% (Signos de Taponamiento Cardiaco) con un cálculo de más de 1000 c/c de líquido pericárdico. Se procede a pericardiocentesis con Drenaje de 1000 c/c sin complicaciones y nuevo ecocardiograma de Control 24 horas post pericardiocentesis muestra persistencia taponamiento. Se realiza Ventana Pericárdica extrayendo un total en las dos intervenciones de 2.400 ml de líquido. Funcion renal con Electrolitos normales y una TSH de 357mUI/ml Antitiroperoxidasa positivo y anticuerpos anti tiroglobulina positivos. Tiroiditis de Hashimoto con lo cual se inicia manejo farmacologico
Control Ecocardiográfico a la de alta muestra 50 ml de derrame pericárdico en pared inferior sin repercusión hemodinámica.

Resultados
Pericardiocentesis y ventana pericárdica solucionan Taponamiento cardiaco con derrame pericárdico Masivo.
Se Documenta Tiroiditis de Hashimoto con Hipotiroidismo severo y se inicia manejo con levotiroxina
De alta con derrame pericárdico pequeño en pared inferior sin repercusion hemodinámica en el momento

Conclusiones
El taponamiento cardiaco en una emergencia médico-quirúrgica y su Asociación con patologías sistémicas está bien establecida. En los pacientes con S. Down la disnea y los edemas pueden confundir con la presencia de cardiopatías congénitas asociadas y deterioro cognitivo puede desviar inicialmente el diagnostico, pero el Ecocardiograma TT evidencia los hallazgos de taponamiento y su repercusión hemodinámica catastrófica y ayudándonos a la evaluación y respuesta a tratamiento. El Hipotiroidismo es más frecuente en los pacientes con S. Down y la asociación con Tiroiditis de Hashimoto esta evidenciada en la literatura.

90 Titulación de ventilación mecánica no invasiva guiada por ecografía pulmonar en edema cardiogénico: serie de casos

Leónardo Arzayus Patiño; *José Luis Estela Zape; Diego Fernando Muñoz Escudero; Henry Mauricio Parada Gereda; Luis Alexander Peña López; María Angélica Rodríguez Scarpetta*

Introducción
La ecografía pulmonar (LUS) se ha consolidado como una herramienta sensible para evaluar congestión pulmonar en pacientes con edema pulmonar cardiogénico (EPC). Su uso durante la ventilación no invasiva (VNI) permite ajustar la presión positiva al final de la espiración (PEEP) con base en hallazgos dinámicos a pie de cama.

Materiales y Métodos
Metodología:
Se describe dos casos: El primer caso corresponde a un hombre de 56 años con antecedente de infarto agudo de miocardio anterior y fracción de eyección del ventrículo izquierdo reducida (38%). El segundo caso describe a una mujer de 74 años con cardiomiopatía dilatada e insuficiencia mitral moderada. En ambos pacientes se aplicó un protocolo estructurado de evaluación dinámica mediante LUS para ajustar los parámetros de la VNI según la respuesta clínica y ecográfica.
Se aplicó un algoritmo prospectivo de titulación de PEEP guiado por LUS, ejecutado por un clínico con entrenamiento avanzado en ecografía pulmonar. La reevaluación ecográfica se realizó cada 20–30 minutos, modulando la PEEP según la evolución del patrón de líneas B. La validación fue operativa, centrada en la concordancia entre los hallazgos ecográficos y la evolución clínica.
En cada paciente, se inició la VNI en modo BiPAP con una PEEP inicial de 8–10 cmH2O y una presión de soporte (PS) de 10 cmH2O. Las reevaluaciones con LUS se efectuaron cada 20–30 minutos para identificar cambios en el patrón ecográfico (presencia, reducción o desaparición de líneas B).
Los ajustes de PEEP se realizaron según la evolución cualitativa observada:
- Disminución de líneas B -> descenso progresivo de PEEP en pasos de 1 cmH2O.
- Reaparición o incremento de líneas B -> aumento de PEEP en pasos de 1 cmH2O, manteniendo la reevaluación a los 20 minutos.

El retiro de la VNI se consideró al evidenciar predominio de líneas A y estabilidad clínica y gasométrica (FR <= 22 rpm, FiO2 <= 0.32, SatO2 >= 92%).

Resultados
Resultados:
En ambos casos, la reducción progresiva de las líneas B y el predominio de líneas A se correlacionaron con mejoría clínica y gasométrica. La LUS permitió identificar mejoría real frente a mejoría aparente y orientar el momento adecuado para el retiro del soporte no invasivo.

Conclusiones
Conclusión:
La integración de la LUS como guía para la titulación de la VNI en EPC es factible, reproducible y segura. Este abordaje optimiza la interacción corazón-pulmón y favorece decisiones clínicas personalizadas. Los resultados sientan las bases para un estudio piloto prospectivo que explore desenlaces clínicos asociados a esta estrategia.

91 Tormenta Inmune en el Injerto Cardíaco: Manejo Escalonado de Rechazo Celular y Humoral

Nicolás Rodríguez Medina; *Carlos Caldeon; Angel Alberto García Peña; Edward Andrés Cáceres Méndez; Alejandro Mariño Correa; Rodrigo Castro Paris; Ana Sofía Trujillo Henao; Anderson Mesa*

Introducción
El rechazo agudo tras el trasplante cardiaco continúa siendo un desafío clínico relevante, especialmente cuando adopta un patrón mixto con participación celular y humoral. Su expresión puede ser inicialmente sutil y posteriormente evolucionar hacia inestabilidad hemodinámica severa. La integración de datos clínicos, imagen avanzada e histopatología con inmunohistoquímica es esencial para una correcta clasificación y para orientar un esquema terapéutico escalonado. En escenarios de resistencia a esteroides y recurrencia temprana, la toma de decisiones requiere abordaje multidisciplinario y adaptación progresiva del tratamiento.

Materiales y Métodos
es un caso clinico

Resultados
Paciente masculino de 58 años, trasplante cardiaco en 2023 por miocardiopatía dilatada asociada a mutación SCN5A, en manejo con inhibidor de calcineurina y micofenolato, sin esteroide. En 2025 consulta por deterioro de clase funcional y signos de congestión sistémica. Se documenta troponina elevada y ecocardiograma con FEVI de 45% (previa 60%) y trastorno global de la contractilidad. La biopsia endomiocárdica (BEM) inicial mostró rechazo 1R sin evidencia de rechazo humoral, y la coronariografía no reveló lesiones. La resonancia magnética cardiaca evidenció edema miocárdico, interpretado como correlato de rechazo celular activo, por lo que recibió pulsos de metilprednisolona con ajuste de inmunosupresión, logrando mejoría y egreso. Reingresó 15 días después en choque cardiogénico, con ecocardiograma que mostró FEVI 35% y persistencia de disfunción global. Se realizaron BEMs bi-ventriculares que reportaron rechazo 3R. Dada la evolución agresiva, se efectuó inmunohistoquímica, identificándose compromiso mixto celular y humoral. Se administró ATG y nuevos pulsos de metilprednisolona, descartándose infección por CMV. Persistiendo la disfunción y un rechazo 2R en control, se realizaron cinco sesiones de plasmaféresis. La respuesta fue incompleta, por lo que en junta multidisciplinaria se indicó terapia con rituximab e inmunoglobulina intravenosa (IVIG). Tras completar dos dosis de rituximab y cinco de IVIG, la BEM mostró rechazo 1R sin positividad para CD68 y la función ventricular se normalizó (FEVI 60%)

Conclusiones
Este caso muestra cómo el rechazo mixto puede evolucionar con rapidez y comprometer la estabilidad hemodinámica pese a una aparente respuesta inicial a esteroides. La identificación del componente humoral mediante inmunohistoquímica permitió reorientar el manejo más allá del enfoque celular tradicional. La estrategia terapéutica se basó en actuar en tres niveles: reducir la carga de anticuerpos circulantes mediante plasmaféresis, modular la respuesta inflamatoria con inmunoglobulina intravenosa y bloquear la producción de nuevos anticuerpos mediante depleción de células B con rituximab, complementado la ATG en el contexto de inflamación celular activa. La recuperación funcional confirma la eficacia e importancia de este abordaje secuencial.

92 Tronco arterioso común no reparado diagnosticado en la adultez: reporte de caso

Gustavo Adolfo Castilla Agudelo; *Luisa María Parra Rodas*

Introducción
El tronco arterioso común (TAC) es una cardiopatía congénita poco frecuente y habitualmente incompatible con la vida adulta sin corrección quirúrgica temprana. La historia natural del TAC no reparado se asocia con una mortalidad superior al 80 % durante el primer año de vida; por ello, la supervivencia más allá de la tercera y, particularmente, de la cuarta década es excepcional y se ha documentado únicamente en reportes aislados de pacientes entre la cuarta y sexta década. La ecocardiografía es fundamental para establecer el diagnóstico y caracterizar la anatomía truncal.

Materiales y Métodos
Caso clínico: Hombre de 38 años con disnea progresiva de pequeños esfuerzos, cianosis y uso crónico de oxígeno suplementario. Presentaba antecedente de soplo en la infancia sin estudio cardiológico previo. La ecocardiografía transtorácica reveló TAC con válvula truncal trivalva, engrosada y con insuficiencia moderada. El ventrículo izquierdo estaba levemente dilatado (fracción de eyección del 50%), mientras que el ventrículo derecho se encontraba gravemente dilatado e hipertrófico con función sistólica levemente disminuida. La válvula truncal cabalgaba el 50% del septum interventricular. Se identificó una comunicación interventricular amplia subtruncal de 2.2 cm con cortocircuito biventricular obligado hacia el tronco común. Ambas arterias pulmonares se originaban de la aorta ascendente, con dilatación de la raíz truncal. La presión sistólica de la arteria pulmonar se estimó en 58 mmHg con una velocidad de regurgitación tricuspídea de 366 cm/seg. Los hallazgos confirmaron una cardiopatía congénita compleja no reparada en la vida adulta.

Resultados
La presencia de una comunicación interventricular amplia y la insuficiencia truncal genera una sobrecarga de volumen que favorece el desarrollo de hipertensión pulmonar y disfunción ventricular progresiva. Este caso ilustra una adaptación hemodinámica inusual que permitió alcanzar la adultez sin intervención, aunque con deterioro significativo de ambas cavidades ventriculares. La ecocardiografía fue esencial para establecer el diagnóstico estructural y funcional, permitiendo documentar la anatomía truncal y las repercusiones hemodinámicas.

Conclusiones
Este caso resalta la importancia de considerar cardiopatías congénitas complejas en adultos con cianosis crónica y disnea persistente. La supervivencia prolongada en TAC no reparado es excepcional y el manejo requiere un enfoque multidisciplinario orientado a optimizar la función ventricular y el control de la hipertensión pulmonar.

93 Un caso de “overlap” ¿Amiloidosis por transtirretina o gammapatía monoclonal de significado incierto?

Juanita Velásquez Ospina; *María Antonia Mesa Maya; Sebastián Naranjo Restrepo; Simón Peña Osorno; María Catalina González Betancur; Sebastián Cañas López*

Introducción
La amiloidosis cardíaca forma parte de un espectro de enfermedades causadas por el mal plegamiento de proteínas, que se depositan en forma de fibrillas de amiloide en el espacio intersticial entre los miocardiocitos. Se asocia con arritmias, insuficiencia cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada, compromiso sistémico y muerte. El diagnóstico temprano y la adecuada diferenciación del subtipo son fundamentales para orientar el tratamiento y mejorar el pronóstico.

Materiales y Métodos
Presentación de caso, masculino de 80 años hipertenso. Consulta por falla cardiaca descompensada. El ecocardiograma transtorácico evidenció un fenotipo hipertrófico sugestivo de enfermedad infiltrativa. Se describe el abordaje diagnóstico y terapéutico.

Resultados
Se solicitó resonancia cardiaca, demostró fenotipo hipertrófico, FEVI del 30%, hipocinesia global, realce tardío difuso, negativización del pool sanguíneo y volumen extracelular aumentado (58%).
Estudios de monoclonalidad con inmunofijación en suero y orina evidenciaron banda monoclonal IgG lambda y relación K/L de 2,61. Se realizó gammagrafía con tecnecio pirofosfato Perugini 3/3. Ante la presencia de captación y monoclonalidad se llevó a aspirado y biopsia de médula ósea con tinción rojo Congo, negativa para amiloide.
Se consideró “overlap” de amiloidosis por transtirretina (ATTR) con gammapatía monoclonal de significado incierto concomitante (MGUS). Se realizó genotipificación del gen TTR que identificó la variante Val142ile en estado heterocigoto. Se indicó estudio a familiares y tratamiento modificador de enfermedad con tafamidis.

Conclusiones
La amiloidosis cardíaca se atribuye en un 90–95 % a dos entidades: amiloidosis por cadenas livianas (AAL), una forma de gammapatía monoclonal, y ATTR. Esta última resulta del mal plegamiento de la transtirretina o prealbúmina y puede presentarse como forma hereditaria asociada a mutaciones (ATTRm) o como forma no hereditaria, denominada en inglés wild type (ATTRwt).
El abordaje terapéutico difiere por completo: la AL requiere tratamiento quimioterapéutico, mientras que la ATTR, tanto la ATTRm como la ATTRwt, se maneja con fármacos modificadores de la enfermedad, como tafamidis.
Un tratamiento específico y oportuno tiene un impacto decisivo en el pronóstico, modificando la supervivencia y la calidad de vida.

94 Un caso inusual de insuficiencia cardíaca por cardiopatía dilatada secundaria a cardiotoxicidad por antraciclinas y doble lesión aórtica en un paciente joven con aorta bivalva

Emilio José Juan Guardela; *José Enrique Cita Pardo; Angel Alberto García Peña; Diego Alejandro Ortega Gómez; Diego Armando Pérez Covo*

Introducción
Dentro de las complicaciones que presenta un paciente con válvula aórtica bicúspide se encuentran tanto la estenosis como la insuficiencia aórtica (IA), cuya evolución puede llevar al desarrollo de insuficiencia cardíaca (IC), resaltando que la IA severa, en particular, tiende a causar dilatación del ventrículo izquierdo. Además, la toxicidad por antraciclinas puede provocar cardiotoxicidad manifestada en cardiopatía dilatada e IC. El abordaje de cardiopatía dilatada con antecedente de quimioterapia por antraciclinas y un diagnóstico de novo de doble lesión aórtica puede resultar un reto clínico.

Materiales y Métodos
Caso clínico de un paciente de 36 años quien desarrollo IC por cardiopatía dilatada en posible relación a cardiotoxicidad por antraciclinas, así como una doble lesión aórtica.

Resultados
Caso: Hombre de 36 años con antecedente de válvula aórtica bicúspide desde la infancia y de linfoma de Hogdkin (LH) a los 11 años en remisión completa actual, posterior a esquema de quimioterapia ABVD. Consultó por 2 meses de deterioro de la clase funcional y edema de miembros inferiores. Se documentó un soplo meso-sistólico en foco aórtico y signos de congestión e hipoperfusión. El NT-proBNP estaba en rango de “rule in” para IC. Se diagnóstico choque cardiogénico SCAI C, requiriendo soporte inotrópico entre otros. Su ecocardiograma evidenció cardiopatía dilatada con FEVI severamente reducida (17%) y válvula aórtica bicúspide con hallazgos sugestivos de doble lesión dada por insuficiencia moderada (THP 246 ms) y estenosis severa de bajo flujo bajo gradiente (GM 27 mmHg, AVA-Vmax 0.5 cm2/AVA-VTI 0.6 cm2). En junta medica se decidió realizar reemplazo valvular aórtico con prótesis mecánica. En el postoperatorio presentó BAV completo por lo cual se implantó un Cardioresincronizador. Evolucionó de forma satisfactoria, egresando con cuadriterapia para IC, warfarina y rehabilitación cardíaca. Durante el seguimiento recuperó su clase funcional previa, manteniendo su INR en metas, con mejoría de su FEVI (30%) y evidencia de adecuado funcionamiento de su prótesis valvular.

Conclusiones
Discusión:
La supervivencia a 10 años de pacientes con LH en remisión completa, es del 76%, sin embargo, estos pacientes, tienen mayor riesgo de desarrollar IC, cardiopatía isquémica y eventos cerebrovasculares, con una tasa de mortalidad cardiovascular hasta diez veces mayor. Por ello, es necesario un control estricto y periódico para detectar precozmente complicaciones cardíacas. Asimismo, en pacientes con válvula aórtica bivalva asintomáticos, es clave el seguimiento ecocardiográfico periódico. En nuestro caso, la pérdida de seguimiento clínico contribuyó al desarrollo de estas complicaciones.
Conclusión:
En pacientes con IC por cardiopatía dilatada e insuficiencia aórtica con antecedente de exposición a antraciclinas, es esencial un abordaje meticuloso, considerando la temporalidad, síntomas y estudios diagnósticos, para determinar la etiología más probable y proceder con un tratamiento adecuado.

95 Una causa infrecuente de disnea en un paciente joven: hipertensión pulmonar transitoria no tromboembólica

Karen Lorena Rangel Rivera; *Diego Alejandro Rangel Rivera; Juan Felipe Vásquez Rodríguez; Gustavo Lemus Barrios; Gabriel Salazar Castro*

Introducción
La hipertensión pulmonar aguda (HPA) es una entidad infrecuente usualmente relacionada a embolia pulmonar, enfermedad cardíaca izquierda o descompensación de hipertensión arterial pulmonar. Otras entidades más raras han sido descritas, incluyendo el uso intravenoso de medicamentos en forma de tabletas.

Materiales y Métodos
Se presenta el presente caso clínico con el objetivo de describir la evaluación diagnóstica y evolución de una causa rara de hipertensión pulmonar transitoria en un paciente joven sin comorbilidades cardiovasculares.

Resultados
Paciente masculino de 22 años, con antecedente de trastorno depresivo mayor. Se encontraba en manejo antibiótico intravenoso en domicilio por catéter central de inserción periférica (PICC) debido a celulitis en mano derecha. Consulta por una semana de dolor torácico izquierdo tipo pleurítico y disnea. Al examen físico de ingreso presentó desaturación y taquicardia. Se realizó ecocardiograma transtorácico que reveló dilatación del ventrículo derecho con disfunción sistólica moderada, signo de McConell e insuficiencia tricuspídea moderada a severa que permitió estimar presión sistólica pulmonar (PSAP) de 75 mmHg. Se realizó angiotomografía de tórax sin hallazgos sugestivos de embolia pulmonar. Contó con estudios para enfermedades infecciosas e inmunológicos negativos. La gammagrafía ventilación-perfusión no mostró hallazgos de enfermedad embólica y las pruebas de función pulmonar fueron normales. Se realizó cateterismo cardíaco derecho en el día 9 de hospitalización que mostró presión media pulmonar de 22 mmHg y presión en cuña normal. Se realizó control con ecocardiograma con reducción del tamaño ventricular derecho y válvula tricúspide con insuficiencia leve que permitió estimar una PSAP de 40 mmHg. Al conversar posteriormente con los familiares se estableció la alta probabilidad de inyección de tabletas de hidromorfona vía PICC.

Conclusiones
El cuadro clínico descrito se interpretó como una hipertensión pulmonar transitoria debido inyección de tabletas de hidromorfona. Los excipientes se comportan como material insoluble que se acumula en la arteriolas y capilares, generando obstrucción y respuesta inflamatoria. En este caso, se presentó disfunción reversible del ventrículo derecho e insuficiencia tricuspídea funcional que concuerda con el historial de enfermedad psiquiatría y la vía venosa de fácil acceso. El paciente egresó con buen estado clínico luego de 6 meses de seguimiento ambulatorio.

96 Uso de la tomografía de coherencia óptica como herramienta clave en el diagnóstico y optimización del tratamiento del infarto agudo de miocardio en un paciente joven: a propósito de un caso

Samuel Andrés Barreto De La Hoz; *Leman Alcides Corpus Rodríguez; José David Sáenz López; Elloth Ernesto Támara Contreras; Rafael Andrés Tous Bertel; Valeria Sofía Almeida Bustillo*

Introducción
El infarto agudo de miocardio (IAM) en pacientes jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular tradicionales representa un desafío diagnóstico. La tomografía de coherencia óptica (OCT) permite caracterizar de forma precisa la etiología del evento isquémico y optimizar la estrategia terapéutica.

Materiales y Métodos
Hombre de 24 años, previamente sano, consulta por dolor precordial súbito, irradiado a brazo izquierdo y mandíbula, con disnea, náuseas y vómitos. Electrocardiograma con supradesnivel del ST en cara anteroseptal. La coronariografía inicial mostró una imagen no conclusiva en la arteria descendente anterior, sugestiva de disección espontánea o erosión de placa. Se indicó OCT, que reveló una placa rota ulcerada con hematoma intraparietal y área luminal mínima de 2.76 mm^2, sin disección evidente. Se implantó stent medicado (Ultimaster 3.0 x 24 mm) y se realizó posdilatación con balón NC (3.5 x 15 mm, 16-18 atm).

Resultados
La OCT postprocedimiento confirmó adecuada expansión y aposición del stent, con área mínima de 7.72 mm^2. Evolución clínica favorable, sin complicaciones.

Conclusiones
La OCT fue fundamental para establecer el diagnóstico diferencial entre etiologías no ateroscleróticas del IAM y para guiar con precisión la intervención. Su uso permitió detectar una placa rota en un vaso sin estenosis significativa y optimizar mecánicamente el implante, lo que se traduce en mejor pronóstico a largo plazo. En pacientes jóvenes con IAM, la OCT es una herramienta clave para el diagnóstico etiológico y la optimización de la angioplastia, mejorando la seguridad y eficacia del tratamiento.

97 Utilidad de la medición de la reserva fraccional de flujo (FFR) en la evaluación de estenosis de ostium coronario posterior a cirugía de Ross en paciente pediátrico. Reporte de un caso.

Jhoan Sebastián Roncancio Muñoz; *Yazmin Karina Arroyo Nisperuza; Luz Elena Arbeláez Correa; Claudia Viviana Landazábal*

Introducción
La cirugía de Ross reemplaza la válvula aórtica con la válvula pulmonar del propio paciente, implantando un homoinjerto pulmonar en su lugar y requiere reimplante de las arterias coronarias a la nueva raíz aórtica. La prevalencia de estenosis progresiva de los ostium de las arterias coronarias reimplantadas no está claramente definida, pero se considera una complicación poco frecuente.

Materiales y Métodos
Se presenta el caso de un paciente masculino de 12 años con antecedente de corrección de estenosis aórtica severa por válvula aórtica bivalva, mediante cirugía de Ross con reimplante de arterias coronarias, quien consulta principalmente por deterioro de la clase funcional. Se realizan estudios de extensión evidenciándose una disfunción ventricular izquierda moderada por ecocardiografía, una resonancia magnética cardiaca que reporta extenso realce transmural en el septum inferior y pared inferolateral, así como realce subendocárdico anterior, de posible origen isquémico. La TAC de coronarias muestra origen permeable de ambas coronarias, pero llama la atención que no se identifica la arteria circunfleja en el surco auriculoventricular izquierdo.

Resultados
Se comenta el caso en junta médica y se decide realización de arteriografía coronaria la cual confirma una coronaria derecha dominante con imagen sugestiva de lesión intermedia estenótica a nivel ostial, no fácilmente cuantificable por análisis QCA debido a dificultad para la visualización del ostium en el contexto del reimplante coronario derecho. Dado el hallazgo angiográfico y la complejidad anatómica postquirúrgica, se decide realizar medición de la reserva fraccional de flujo (FFR) para determinar la repercusión funcional de la lesión ostial. El resultado de la FFR demostró una lesión intermedia no hemodinámicamente significativa a nivel del ostium de la arteria coronaria derecha, sin necesidad de intervención. Se realiza manejo médico de falla cardíaca. La evolución clínica es favorable a 3 meses de seguimiento, sin episodios de angina o de equivalentes anginosos.

Conclusiones
La estenosis del ostium de las arterias coronarias posterior a una cirugía de Ross es una complicación poco frecuente pero con riesgo elevado de eventos adversos cardiovasculares incluyendo la muerte. La evaluación anatómica del reimplante de las arterias coronarias por imágenes (invasivas o no invasivas) es un reto diagnostico dado la complejidad de la anatomía coronaria del ostium reimplantado. Existe escasa literatura del uso de pruebas funcionales invasivas en estos casos, sin embargo, se considera que pueden tener un papel útil al ser un marcador de flujo coronario y el Gold estándar para el diagnóstico de isquemia. Se considera que el uso de pruebas funcionales en estenosis intermedia del ostium de las arterias coronarias reimplantadas, incluyendo cirugía de Ross, puede ser un método seguro y eficaz para guiar la necesidad de intervención en estos pacientes.

TÓPICOS ESPECIALES / OTROS

98 Abordaje percutáneo retrógrado de una comunicación interventricular residual en Tetralogía de Fallot reparada: solución exitosa de un caso complejo

Sergio Andrés Romero Seguro; *Luz Adriána Ocampo Aristizábal; Margarita María Zapata Sánchez; Rafael Lince Varela; Guillermo José Aristizábal Villa; Andrea Dávila Ruales; Sergio Andrés González Butrón*

Introducción
Las comunicaciones interventriculares (CIV) residuales posreparación de Tetralogía de Fallot (TOF) son una causa infrecuente pero significativa de disfunción hemodinámica y arritmias ventriculares. Su manejo convencional es quirúrgico, con alta morbilidad en pacientes reoperados. El avance de los dispositivos oclusores permite alternativas percutáneas seguras en anatomías complejas. Se presenta la evolución cronológica y técnica del cierre percutáneo de una CIV residual posreparación de TOF con bioprótesis pulmonar y terapia de resincronización, destacando su resolución mediante abordaje retrógrado.

Materiales y Métodos
Presentación del caso:
Hombre de 33 años con antecedente de TOF corregida a los 10 años, con persistencia de CIV residual. En la adultez desarrolló taquicardia ventricular monomórfica que requirió ablación de dos istmos en tracto de salida del ventrículo derecho y, posteriormente, reemplazo valvular pulmonar con bioprótesis y cierre quirúrgico de CIV. Evolucionó con disfunción biventricular y bloqueo auriculoventricular completo, por lo que se implantó sistema de resincronización con desfibrilador (CRT-D), con recuperación de la fracción de eyección. En seguimiento, persistió cortocircuito izquierda–derecha (Qp/Qs 1.6), CIV fenestrada de 9–10 mm y gradiente transvalvular pulmonar de 26 mmHg. Dado su impacto hemodinámico y el alto riesgo quirúrgico, se decidió intento de cierre percutáneo.

Resultados
Técnica hemodinámica:
Bajo anestesia general y guía ecocardiográfica transesofágica, se realizó cateterismo derecho e izquierdo con determinación de flujos por Fick. Se intentó abordaje anterógrado con formación de asa arteriovenosa, que fue limitado por la angulación del parche septal. Se procedió entonces por vía retrógrada desde la arteria femoral con un introductor de 8 F, avanzando un dispositivo muscular VSD Occlutech de 14 mm hasta la cavidad derecha. El dispositivo se liberó bajo control angiográfico y ecocardiográfico, con “Minnesota wiggle” negativo y adecuada posición final. No se observaron insuficiencia aórtica ni arritmias durante el procedimiento.
Resultados y seguimiento:
El control angiográfico mostró cierre eficaz del defecto principal con mínima fuga residual y normal gradiente transvalvular pulmonar. El ecocardiograma de seguimiento evidenció dispositivo en adecuada posición, defecto residual posterior de 6 mm con gradiente de 71 mmHg, FEVI 56%, TAPSE 1.7 cm y función biventricular estable. El paciente mantiene clase funcional II, sin recurrencia de arritmias ni signos de insuficiencia cardíaca.

Conclusiones
Discusión y conclusiones:
El cierre percutáneo de CIV residuales en pacientes con TOF reoperados constituye una opción viable y menos invasiva, incluso en anatomías anguladas o con bioprótesis. La selección precisa del acceso y el control multimodal son determinantes del éxito. Este caso ilustra la factibilidad del abordaje retrógrado como alternativa segura en escenarios de alta complejidad estructural.

99 Agenesia bilateral de la vena cava superior, hallazgo incidental en un paciente con ACV: Reporte de Caso

María Alejandra Cardona Rapalino; *Gabriela Esther Arango Hernández; César Luis Bustillo Reyes; Liliana Margarita Caicedo Jinete; Daniela Camacho Pérez; Dalia Inés Villadiego Morales; Elías David Ferreira Herrera; Dacia Isabel Malambo García; Leman Alcides Corpus Rodríguez*

Introducción
La agenesia bilateral de la vena cava superior (VCS) es una anomalía vascular extremadamente rara, de la cual se desconoce su prevalencia exacta, contando con alrededor de 15 casos reportados en la literatura. Suele discurrir con un curso asintomático y ser un hallazgo incidental, sin embargo, tiende a complicar procedimientos como el cateterismo cardíaco, el implante transvenoso de marcapasos, así como la canulación venosa sistémica para la oxigenación mediante membrana extracorpórea, representando un desafío tanto para cardiólogos como para el equipo de cirugía cardiovascular.

Materiales y Métodos
Paciente femenina de 30 años, con antecedente de soplo cardíaco asintomático sin valoración ni seguimiento recientes, quien acude a un centro asistencial de tercer nivel con cuadro clínico caracterizado por disartria, desviación comisural y hemiplejia izquierda. En la tomografía cerebral se observaron lesiones hipodensas en los ganglios basales derechos. El ecocardiograma evidenció dilatación severa del ventrículo derecho. Durante el estudio hemodinámico, la cavografía confirmó ausencia de VCS con drenaje venoso sistémico anómalo mediado por la vena ácigos; asimismo, la arteriografía mostró dilatación de la arteria pulmonar sin evidencia de TEP y documentó hipertensión pulmonar severa. En consonancia, las oximetrías fueron compatibles con CIA. Con base en estos hallazgos, se realizó reparación de CIA y valvuloplastias tricuspídea y pulmonar; sin embargo, en el postoperatorio inmediato presentó hipotensión y acidosis láctica, requiriendo ventilación e inotrópicos. Dada hipertensión pulmonar refractaria, se efectuó atrioseptostomía con stent.

Resultados
Hubo mejoría clínica con estabilidad hemodinámica, por lo que la paciente egresa con indicación de terapia física de rehabilitación.

Conclusiones
La agenesia bilateral de la VCS es una anomalía muy infrecuente del retorno venoso. Debido a ello, tanto cardiólogos como cirujanos cardiovasculares deben estar alerta ante la posible presencia de esta, en razón a su potencial asociación con abordajes de mayor complejidad y por ende peores desenlaces clínicos. Acorde a lo anterior presentamos éste interesante y único caso de una configuración vascular infrecuente del retorno venoso.

100 Angina por compresión coronaria dinámica en un puente intramiocárdico largo y profundo.

María Paulina Villa Saldarriaga; *Melissa Bustamante Duque; Elianny Cedano Agramonte; Natalia Guzmán Arango; José Julián Escobar Matallana; Clara Inés Saldarriaga Giraldo; Carlos Arturo Martínez Cano*

Introducción
Introducción: El dolor torácico es uno de los principales síntomas de consulta aun hospital, su evaluación exige un enfoque clínico cuidadoso y sistemático para identificar rápidamente causas potencialmente mortales.

Materiales y Métodos
Presentación de caso: Paciente de 45 años con antecedente de hipertensión arterial mal controlada, consultó por 15 días de dolor torácico opresivo de alta intensidad asociado a diaforesis y un episodio presincopal; se realizó electrocardiograma que mostró bloqueo de rama derecha del Haz de His y curva de biomarcadores (Troponina T ultrasensible) sin cinemática de infarto. Por angina inestable se llevó a coronariografía, donde se evidenció un puente intramiocárdico grave en la arteria descendente anterior (ADA) que interrumpía el flujo con cada latido (imagen 1). Se solicitó angiotomografía coronaria para caracterización detallada, que mostró compromiso en el tercio proximal y medio de la ADA después de la primera diagonal (D1), con longitud craneocaudal aproximada de 30 mm y profundidad máxima de 6.6 mm (figura 2). Se decidió manejo médico con betabloqueador a dosis altas, logrando normalizar las cifras de presión arterial y alcanzar frecuencias cardíacas meta menores de 60 latidos por minuto. Sin embargo, el paciente persistió con angina de alta intensidad, por lo que se discutió interdisciplinariamente con cirugía cardiovascular y se llevó a intervención por esternotomía mediana observando arteria descendente anterior con trayecto intramiocárdico proximal hasta la emergencia de la D1; se realizó disección y miotomía con marsupialización de todo el segmento (figura 3 y 4) y se verificó integridad pasando cardioplejia por la raíz aórtica sin fugas. No hubo complicaciones posoperatorias. Actualmente, el paciente continúa en seguimiento por cardiología y cirugía cardiovascular sin recurrencia sintomática.

Resultados
.

Conclusiones
Se denomina puente intramiocárdico al músculo que recubre una arteria coronaria que en condiciones normales debería estar epicárdica(1). Esta condición predispone a la interrupción o disminución de flujo coronario durante la sístole debido a compresión extrínseca que es asintomática en la gran mayoría de pacientes(2). Afecta principalmente la arteria descendente anterior y se considera una afección benigna en la mayoría de los casos pero con el paso del tiempo se ha relacionado cada vez más con isquemia miocárdica (3,4). Se clasifica según la profundidad y longitud siendo profundos aquellos que están a más de 2mm de la superficie del miocardio y largos aquellos con longitud >=25 mm(5). En la gran mayoría de casos se da tratamiento médico con betabloqueadores, pero en casos graves puede ser necesario la intervención percutánea o quirúrgica. Se presenta un caso clínico con dolor anginoso de alta intensidad y episodio presincopal en paciente con puente intramiocárdico grave que requirió intervención quirúrgica.

101 Cardiotoxicidad por 5-Fluorouracilo en pacientes con cáncer de colon: serie de casos y análisis de factores de riesgo cardiovascular

Azucena Martínez Caballero; *Angel Moreno; Laura Peña; Valentina Moreno; Adriána Grisela Torres Navas*

Introducción
El cáncer de colon constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. El tratamiento con 5-fluorouracilo (5-FU), ha demostrado eficacia oncológica, pero se han descrito efectos cardiovasculares adversos, entre ellos angina, arritmias, vasoespasmo coronario y disfunción ventricular. El objetivo de este estudio fue describir la frecuencia de cardiotoxicidad y los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con cáncer de colon tratados con 5-FU.

Materiales y Métodos
Se realizó una serie de casos retrospectiva en 13 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cáncer colorrectal tratados con 5-FU en monoterapia o en combinación con bevacizumab. Se excluyeron otros tumores primarios. Se recopilaron datos clínicos, electrocardiográficos, ecocardiográficos y de biomarcadores desde el sistema SAP (sistema institucional). El análisis fue descriptivo.

Resultados
El 38% recibió 5-FU + bevacizumab y el 62% monoterapia con 5-FU. La edad promedio fue de 70 años, predominio el sexo femenino (69%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (76.9%) y dislipidemia (53.8%). En el grupo tratado exclusivamente con 5-FU, el 37% desarrolló cardiotoxicidad, evidenciada por elevación de péptidos natriuréticos (50%), troponinas (12%) y reducción >=10 puntos en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (25%). Un paciente presentó disminución del strain longitudinal global >15%. Destaca un caso clínico con episodio de angina típica y cambios electrocardiográficos transitorios durante la infusión de 5-FU, con cateterismo coronario sin lesiones obstructivas, compatible con vasoespasmo coronario inducido por quimioterapia.

Conclusiones
La presencia de factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión y dislipidemia, se asoció con mayor probabilidad de desarrollar cardiotoxicidad inducida por 5-FU. Estos hallazgos resaltan la necesidad de vigilancia clínica estrecha, monitoreo de biomarcadores y ecocardiografía con strain en pacientes en tratamiento con 5-FU.
El vasoespasmo coronario debe considerarse en todo paciente con dolor torácico o cambios isquémicos en el electrocardiograma durante o después de la infusión, incluso en ausencia de enfermedad coronaria obstructiva.

102 Cuando el corazón se disfraza: entre válvulas, arterias y emociones

Alejandro Echavarría Cross; *María José Orrego Garay; Sebastián Naranjo Restrepo; Juanita Velásquez Ospina; Simón Peña Osorno*

Introducción
El síndrome de Takotsubo es una cardiopatía de estrés reversible que puede simular un infarto agudo de miocardio o una cardiopatía estructural. En ciertos casos, la coexistencia de enfermedad coronaria y gradientes dinámicos severos en el tracto de salida del ventrículo izquierdo crea un desafío diagnóstico de alto impacto clínico. Este caso ilustra una secuencia diagnóstica que transitó por varias hipótesis —isquemia, valvulopatía, miocardiopatía hipertrófica— hasta revelar un Takotsubo "enmascarado".

Materiales y Métodos
Paciente femenina de 73 años con antecedentes de hipertensión e hipotiroidismo, quien consultó por dolor torácico opresivo y un episodio sincopal. Al ingreso se encontraba hipotensa, con soplo holosistólico mitral y troponinas elevadas. El electrocardiograma se encontraba sin elevación del ST, con ondas T negativas profundas, por lo que se interpretaron como cambios isquémicos y ante persisten Seal dolor, se decidió llevar a angiografia coronaria emergente.

Resultados
La coronariografía reveló enfermedad de dos vasos sin lesiones suboclusivas (figura 1). La ventriculografía mostró acinesia apical e insuficiencia mitral severa, lo que orientó inicialmente hacia una valvulopatía quirúrgica (Figura 2) por lo que, adicionalmente, no se revascularizo. El ecocardiograma introdujo una nueva incógnita: hipertrofia septal basal de 17 mm, insuficiencia mitral leve y un gradiente dinámico extremo en el tracto de salida del ventrículo izquierdo (185 mmHg en reposo, 199 mmHg post-Valsalva), configurando la sospecha de cardiomiopatía hipertrófica obstructiva (Figura 3,4,5). El punto de inflexión llegó con la resonancia magnética cardíaca, que descartó fibrosis, miocardiopatía hipertrófica y valvulopatía estructural, demostrando recuperación completa de la contractilidad y fracción de eyección normal: diagnóstico definitivo de miocardiopatía de estrés tipo Takotsubo. La paciente evolucionó favorablemente con manejo médico fundacional. La paciente, además, refería una pérdida de peso significativa y sensación de saciedad precoz, por lo que se solicitaron estudios de imagen que evidenciaron un engrosamiento a nivel del intestino medio. Ante estos hallazgos, se planteó la sospecha de una neoplasia como posible desencadenante del síndrome de Takotsubo, motivo por el cual se dejaron estudios de extensión.

Conclusiones
El caso demuestra cómo el Takotsubo puede adoptar la apariencia de varias enfermedades comunes cardiacas. En este escenario, la coincidencia de soplo mitral con gradientes muy elevados, troponinas elevadas, y gradientes dinámicos simuló simultáneamente un infarto agudo de miocardio, una insuficiencia mitral y una cardiomiopatía hipertrófica obstructiva. La enfermedad coronaria moderada fue un hallazgo coincidente. Solo la correlación multimodal entre imágenes, y el juicio clínico permitió revelar el verdadero diagnóstico y evitar intervenciones innecesarias.

103 Cuando la inflamación imita al infarto: una presentación engañosa de elevación del segmento ST

Melissa Bustamante Duque; *María Paulina Villa Saldarriaga; Neil Smith Pertuz Charris; Felipe Lozano Pineda*

Introducción
La miocarditis asociada a la enfermedad de Still del adulto es una manifestación infrecuente pero grave. Su presentación puede imitar un síndrome coronario agudo, lo que dificulta el diagnóstico oportuno y retrasa el inicio del tratamiento.

Materiales y Métodos
Masculino de 32 años, antecedente de asma; consultó por fiebre, odinofagia, mialgias y artralgias de una semana de evolución. Ingresó a urgencias por dolor torácico, electrocardiograma que mostró elevación del segmento ST en pared inferior, descenso del ST en precordiales anteriores y elevación del ST en derivadas posteriores (imagen 1), con lesión miocárdica aguda (Troponina I ultrasensible 20406 ng/L) por lo que se realizó coronariografía urgente con arterias coronarias sin lesiones obstructivas y se enfocó como miocarditis aguda. El ecocardiograma transtorácico evidenció hipocinesia difusa y con fracción de eyección (FEVI) del 32%. Múltiples estudios descartaron etiología infecciosa y el perfil de anticuerpos fue negativo. Finalmente se realizó biopsia endomiocárdica que no demostró alteraciones histológicas.
Durante la hospitalización persistieron la fiebre (T >39°C), artritis en metacarpofalángicas, exantema evanescente (imagen 2) hepatoesplenomegalia, leucocitosis, velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína c reactiva (PCR) marcadamente elevadas e hiperferritinemia extrema (ferritina >40.000ng/mL) cumpliendo criterios de Yamaguchi para enfermedad de Still del adulto con compromiso miocárdico. Se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona seguidos de prednisona oral y finalmente terapia biológica tipo inhibidor de IL-6 (Tocilizumab) para control de respuesta inflamatoria sistémica logrando mejoría clínica progresiva y recuperación completa de la FEVI (62%) previo al alta.

Resultados
La miocarditis asociada a enfermedad de Still del adulto (ESA) constituye una complicación rara pero potencialmente fatal. Su presentación clínica puede simular un infarto agudo de miocardio, lo que conlleva a diagnósticos iniciales erróneos y retraso terapéutico.
El compromiso cardíaco en la ESA ocurre en el 7–10% de los casos y puede manifestarse como miocarditis aguda o fulminante. Los principales predictores clínicos incluyen fiebre, ferritina elevada, leucocitosis y ausencia de marcadores infecciosos o autoinmunes específicos. La biopsia endomiocárdica es el estándar para confirmar el origen inflamatorio, sin embargo, la inflamación no afecta el miocardio de forma homogénea y ésta puede ser normal. El manejo inicial debe incluir corticosteroides en dosis altas, en casos refractarios se han reportado buenos resultados con bloqueadores de IL-1 o IL-6 y ocasionalmente con inmunoglobulina. La evolución suele ser benigna cuando se instaura el tratamiento inmunomodulador de manera temprana.

Conclusiones
Este caso resalta la importancia de considerar causas inflamatorias en pacientes jóvenes con elevación del segmento ST y coronarias normales.

104 Del seguimiento a la indicación quirúrgica: evolución de aneurisma de aorta ascendente familiar.

Hugo Juan Palacio Pineda; *María de los Angeles Vélez Verbel; Shally Shaidy Fuentes Pinto; Gabriel Andrés Vega Castiblanco; Jannes Buelvas Herazo; Miguel Alberto Urina Triana; Manuel Eliseo Urina Triana*

Introducción
Los aneurismas de aorta ascendente son una causa relevante de mortalidad cardiovascular por su riesgo de disección o ruptura. En los casos familiares, la identificación temprana y el manejo preventivo son esenciales para reducir complicaciones.

Materiales y Métodos
Mujer de 70 años con hipertensión arterial, dislipidemia y apnea obstructiva del sueño severa en tratamiento, se encuentra en clase funcional I sin disnea, sin angina y sin hallazgos clínicos sugestivos de síndrome congénito. Antecedentes familiares padre falleció al parecer por infarto agudo del miocardio a los 57 años de edad y 2 hermanos fallecidos por aneurisma aórtico: uno por ruptura y otro en post operatorio de cirugía de aorta. Ecocardiograma TT con función ventricular izquierda preservada (FEVI 67%) e insuficiencia aórtica leve. Venia en seguimiento tomográfico desde 2019, se documentó progresión del diámetro aórtico de 49 mm (2023) a 52.4 mm (2025). Se indicó manejo quirúrgico.

Resultados
En julio de 2025 se realizó reconstrucción de aorta ascendente con tubo de Dacron supracoronario # 32, sin complicaciones. Tiempo de pinzamiento 72 minutos y de perfusión 96 minutos. Evolución postoperatoria favorable, sin bajo gasto ni sangrado, con función biventricular conservada y recuperación completa en rehabilitación cardiovascular.
Actualmente se encuentran pendientes estudios genéticos de la paciente y sus familiares, así como seguimiento imagenológico para evaluación de posible aortopatia hereditaria.

Conclusiones
El caso destaca la importancia del seguimiento sistemático y la intervención oportuna en pacientes con antecedentes familiares de aneurisma de aorta. La cirugía electiva reduce de manera significativa la morbimortalidad. La incorporación de estudios genéticos e imagenológicos permitirá orientar el seguimiento familiar y la prevención secundaria.

105 Diagnóstico diferencial de masa mediastinal en el embarazo: de quiste pericárdico a teratoma.

Vanessa Paola Lambraño De la Ossa; *Ingrid Carolina Rojas Chaverra; José Medardo Rozo VanStrahlen; Jairo Acuña Olmos; Paola Andrea Acuña Turbay; Jesús Cotes Millán*

Introducción
Las masas mediastinales son hallazgos infrecuentes con etiologías diversas, entre ellas los quistes pericárdicos y los teratomas. Se presenta el caso de una mujer de 32 años, con 34 semanas de embarazo y antecedente de una masa mediastinal inicialmente diagnosticada como quiste pericárdico. Tras el parto, la resonancia magnética cardíaca mostró características compatibles con teratoma mediastinal. El manejo fue conservador durante la gestación, con resolución obstétrica sin complicaciones y seguimiento posterior. Este caso resalta la importancia del diagnóstico diferencial y el valor de la imagenología multimodal para la reclasificación de masas mediastinales.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio descriptivo tipo caso clínico, basado en la revisión retrospectiva de historia clínica, estudios ecocardiográficos, tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM). Se evaluaron las características morfológicas, comportamiento imagenológico, relación con estructuras adyacentes y evolución clínica. La paciente fue valorada por un equipo interdisciplinario de cardiología, obstetricia y radiología, que determinó la conducta durante la gestación y el seguimiento posparto.

Resultados
Mujer de 32 años, con embarazo de 34 semanas y antecedente de una masa mediastinal diagnosticada 10 años antes como quiste pericárdico. Permaneció asintomática hasta los últimos meses de gestación, cuando presentó disnea leve (NYHA II). El ecocardiograma transtorácico mostró una lesión quística de bordes definidos (74×73 mm), sin repercusión hemodinámica. Se realizó cesárea sin complicaciones, y posteriormente, RM cardíaca evidenció una lesión quística no invasora, heterogénea, con reforzamiento periférico y contenido no líquido, hallazgos compatibles con teratoma mediastinal maduro. El manejo fue conservador y la paciente permaneció estable en el seguimiento.

Conclusiones
La localización prevascular es la más frecuente de las masas mediastinales, siendo los teratomas una de las principales causas en pacientes jóvenes. Su diagnóstico diferencial incluye quistes pericárdicos, quistes broncogénicos y linfangiomas. La ecocardiografía y la TC son útiles para caracterización anatómica, mientras que la RM permite distinguir entre lesiones quísticas y sólidas, identificar grasa o calcio y orientar el diagnóstico definitivo.
Durante el embarazo, la elección del método diagnóstico y la oportunidad del tratamiento deben individualizarse para minimizar riesgos materno-fetales. La resección quirúrgica se reserva para lesiones sintomáticas o sospecha de malignidad, aunque el manejo conservador es razonable en casos estables.
Este caso resalta el valor de la imagen multimodal para redefinir masas mediastinales inicialmente catalogadas como benignas. En escenarios gestacionales, el abordaje multidisciplinario y la vigilancia clínica son esenciales para garantizar un desenlace favorable. La resonancia magnética constituye una herramienta segura y precisa para la reevaluación diagnóstica en este contexto.

106 Dilatado en el tiempo: Aneurisma fusiforme severo de la raíz y aorta ascendente

Vanessa Paola Lambraño De la Ossa; *Jaime Andrés Nieto Zárate; Hermes Luis Oñate Rosado; Susan Julieth Flórez Rubio*

Introducción
Los aneurismas de la raíz y la aorta ascendente constituyen una entidad de alto riesgo por su potencial de ruptura o disección, con elevada mortalidad. Su origen se asocia a degeneración de la media, hipertensión y valvulopatías. El diámetro aórtico >5.5 cm marca un punto crítico de riesgo. Este caso muestra la progresión de un aneurisma fusiforme severo en paciente con insuficiencia aórtica y comorbilidad oncológica, destacando la necesidad de un abordaje multidisciplinario para definir el manejo óptimo.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio descriptivo de caso clínico con revisión retrospectiva de datos clínicos, ecocardiográficos, tomográficos y angiográficos. Se evaluaron antecedentes cardiovasculares, clase funcional y comorbilidades. Se utilizaron ecocardiografía transtorácica y transesofágica (Philips EPIQ 7C) y TAC torácica multicorte 3D para mediciones seriadas de raíz y aorta ascendente (2021–2025). La junta interdisciplinaria de cardiología, cirugía cardiovascular y oncología definió la conducta terapéutica según correlación clínica–imagenológica.

Resultados
Mujer de 74 años, hipertensa, en seguimiento desde 2021 por dilatación de la raíz aórtica (45 mm) e insuficiencia aórtica moderada. En 2025, el ecocardiograma evidenció progresión significativa:
Senos de Valsalva: 6.5 cm
Unión sinotubular: 5.8 cm
Aorta ascendente proximal: 5.4 cm
Insuficiencia aórtica severa y mitral moderada–severa funcional
FEVI: 55%
El TAC de tórax confirmó un aneurisma fusiforme de 6.2 cm que comprometía raíz, aorta ascendente y parte del cayado, con dilatación de cavidades izquierdas y signos de hipertensión pulmonar. Se evidenciaron nódulos pulmonares y lesión osteolítica esternal sospechosas de metástasis.
La junta médico-quirúrgica recomendó cirugía de Bentall con manejo valvular mitral y procedimiento de Maze IV por fibrilación auricular; sin embargo, la extensión oncológica condicionó la decisión final y priorizó manejo conservador integral.

Conclusiones
El caso evidencia la evolución progresiva y silenciosa de un aneurisma de raíz aórtica con doble lesión valvular e historia oncológica, donde un diámetro >=6 cm aumenta exponencialmente el riesgo de disección o ruptura. La insuficiencia aórtica severa acelera el crecimiento y empeora el pronóstico. La ecocardiografía seriada y TAC son esenciales para evaluar progresión y riesgo. Aunque la cirugía de Bentall es el estándar, en pacientes con neoplasia activa el manejo debe individualizarse mediante un enfoque cardio-oncológico y multidisciplinario.

107 Endoftalmitis fúngica por Aspergillus terreus en un receptor de trasplante cardíaco: un reto diagnóstico y terapéutico

Alejandra Jaramillo Pulgarin; *Carlos Andrés Mejía Gómez; Frank Douglas Cañón Estrada; Fernando Rosso; Juan David López Ponce de León*

Introducción
La aspergilosis invasora (AI) es una infección oportunista grave en receptores de trasplante de órganos sólidos. Aspergillus terreus es un patógeno emergente relevante por su resistencia intrínseca a anfotericina B (AmB). La endoftalmitis endógena es una manifestación infrecuente (1-2%) y devastadora de la diseminación hematógena, que supone un desafío diagnóstico. Presentamos un caso de AI diseminada con endoftalmitis por A. terreus en un receptor de trasplante cardíaco.

Materiales y Métodos
Paciente masculino de 60 años, receptor de trasplante cardíaco (4.5 meses) bajo inmunosupresión, consultó por dolor y pérdida visual (AV: MM). El enfoque inicial fue celulitis orbitaria. La valoración oftalmológica urgente orientó el diagnóstico a endoftalmitis, re-interpretando los cambios cutáneos como posible diseminación desde un foco intraocular. Una TAC de senos paranasales descartó un foco por contigüidad. Al indagar, se descubrieron síntomas respiratorios autolimitados recientes, lo que motivó una TAC de tórax.

Resultados
La TAC torácica evidenció múltiples nódulos pulmonares, algunos cavitados. El galactomanano sérico (4.02 UI) y en LBA (1.24 UI) fueron marcadamente positivos. Los cultivos de humor vítreo, LBA y hemocultivos identificaron Aspergillus terreus. El antifungigrama reveló resistencia intrínseca a Anfotericina B (CIM >16 mcg/mL) y sensibilidad a voriconazol, posaconazol e isavuconazol. El tratamiento empírico inicial con AmB-L liposomal (5 mg/kg/día) fracasó, presentando deterioro respiratorio progresivo y falla renal aguda (Creatinina 2.5 mg/dL). Dada la resistencia intrínseca de A. terreus a AmB y la falla clínica/renal, se suspendió AmB-L. Se ajustó el tratamiento según el antifungigrama, iniciando isavuconazol (dosis de carga/mantenimiento) y añadiendo caspofungina por la severidad del cuadro pulmonar. Isavuconazol se seleccionó por su espectro, menor nefrotoxicidad y perfil de interacciones favorable con tacrolimus. El manejo local incluyó vitrectomía y tres aplicaciones intravítreas de voriconazol (100 mcg/0.1 mL). Con este régimen multimodal, el paciente evolucionó a la mejoría, con resolución de la fungemia, estabilización respiratoria y recuperación visual parcial (AV final 20/200).

Conclusiones
La endoftalmitis por A. terreus en pacientes trasplantados cardíacos es una complicación infrecuente pero grave. Este caso subraya la importancia crítica de la sospecha clínica temprana, identificación de la especie y las pruebas de susceptibilidad para guiar la terapia, al igual que la integración farmacológica con el régimen inmunosupresor para minimizar la morbimortalidad asociada a esta entidad.

108 Mixoma auricular asociado a dispositivo de cierre interauricular percutáneo: primer reporte en Colombia.

Camilo Andrés Moreno Navarro; *Isabella Montealegre González; Camilo Montes López; María Fernanda Mazo; Alex Enrique Pava Ripoll; Andrés Ramos Piedrahita*

Introducción
Los tumores cardíacos primarios son entidades infrecuentes con incidencia de 0,014 - 0,03% casos reportados anualmente, y de estos 80% son benignos. En adultos los tumores benignos más frecuentes son los Mixomas (50%), habitualmente se originan en la aurícula izquierda asociado a síntomas por obstrucción o embolización. Los Dispositivos de Cierre Interauricular Percutáneos se emplean en la reparación de defectos septales, con eficacia y seguridad documentadas, sin embargo, la aparición de masas intracardiacas posteriores al implante representa un reto diagnóstico pues pueden corresponder a trombos, vegetaciones o raramente tumores; no existen reportes confirmados en Colombia y son escasos a nivel mundial, aportando relevancia clínica y académica a este caso.

Materiales y Métodos
No Aplica

Resultados
Mujer de 58 años exfumadora, hipotiroidismo y antecedente de cierre percutáneo de Comunicación Interauricular tipo ostium secundum con Dispositivo de cierre interauricular percutáneo hace 4 años, niega otros factores de riesgo cardiovascular. Consulta por disnea intermitente y aumento progresivo de la sintomatología, por lo que se le realiza ecocardiograma transtorácico donde se visualiza masa móvil de 25 x 7,5 mm adherida a borde del dispositivo, interpretada inicialmente como trombo, por lo que se inicia Warfarina. Ante la persistencia y el riesgo embólico se decide intervención quirúrgica. Durante la cirugía se localiza el dispositivo y masa gelatinosa adherida, se extrae y se hace reparación de la CIA con parche de pericardio bovino, finalmente el estudio histopatológico confirma Mixoma Cardíaco.

Conclusiones
La mayoría de las masas intracardiacas posteriores a implante se relacionan con trombos o vegetaciones, por lo que la identificación de un mixoma en este contexto es excepcional. Aunque no se ha demostrado relación causal entre el material de los dispositivos de oclusión y la tumorigénesis, se plantea que cambios hemodinámicos o la reacción endocárdica a cuerpo extraño podrían favorecer proliferación celular anómala. La resección completa del tumor y del dispositivo, junto con la corrección quirúrgica del defecto, constituye el tratamiento resolutivo. Este caso resalta la necesidad de vigilancia clínica e imagenológica tras implantes, considerando también neoplasias en el diagnóstico diferencial de masas intracardíacas.

109 Pericarditis aguda como manifestación clínica de sarcoidosis atípica: reporte de un caso.

Juan Carlos De lima Vides; *Andrés David Ibarra*

Introducción
La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria sistémica de etiología desconocida, caracterizada por la formación de granulomas epitelioides no caseificantes en uno o varios órganos. Se considera resultado de una respuesta inmunitaria exagerada frente a antígenos ambientales o infecciosos en individuos genéticamente susceptibles. Entre los factores desencadenantes se incluyen micobacterias no tuberculosas, Propionibacterium acnes, pesticidas, sílice y mohos.
La afectación pulmonar es la forma más común, observada en hasta el 90–95 % de los casos, con adenopatías hiliares bilaterales o infiltrados intersticiales. Sin embargo, puede comprometer múltiples órganos, originando cuadros clínicos variados como los síndromes de Löfgren y Heerfordt.
El compromiso cardíaco clínicamente evidente ocurre en cerca del 5 % de los pacientes, aunque series de autopsias reportan una prevalencia hasta del 25 %. Las manifestaciones incluyen trastornos de conducción, arritmias, insuficiencia cardíaca y, con menor frecuencia, pericarditis. Esta última, por su rareza e inespecificidad, suele pasar inadvertida.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio descriptivo tipo reporte de caso, basado en la revisión retrospectiva de la historia clínica, estudios paraclínicos e imagenológicos de un paciente atendido en el Hospital Militar Central (Bogotá, Colombia). El abordaje diagnóstico incluyó ecocardiograma transtorácico, resonancia magnética cardíaca con realce tardío de gadolinio y biopsia de pericardio y ganglio mediastinal. Las muestras fueron teñidas con hematoxilina-eosina, Ziehl–Neelsen, PAS y Grocott, y se realizó PCR para Mycobacterium tuberculosis. El reporte cumplió las normas éticas nacionales e internacionales vigentes.

Resultados
Paciente masculino de 24 años, militar activo, con fiebre persistente, disnea y dolor pleurítico. Las imágenes evidenciaron derrame pleural y pericárdico sin aislamiento microbiológico. La resonancia mostró engrosamiento y realce pericárdico compatible con pericarditis activa. La biopsia reveló granulomas no necrotizantes con células gigantes multinucleadas, sin necrosis ni microorganismos; la PCR para M. tuberculosis fue negativa. Se diagnosticó sarcoidosis con compromiso pericárdico aislado.

Conclusiones
La pericarditis como forma inicial de sarcoidosis es excepcional (2–5 % de los casos) y puede confundirse con etiologías infecciosas o autoinmunes. La correlación clínico-radiológica e histológica fue esencial para el diagnóstico. Este caso enfatiza la importancia de considerar la sarcoidosis en pericarditis idiopática y resalta el valor del abordaje multidisciplinario para un diagnóstico precoz y mejor pronóstico.

110 Pericarditis constrictiva tuberculosa con choque mixto fatal: reporte de caso

Juan Pablo Cárdenas Gutiérrez; *Jonathan Díaz Jurado; Paula Andrea Quiroga Ramírez; Juan Pablo Estrada Amaya*

Introducción
La pericarditis constrictiva secundaria a tuberculosis (TBC) constituye una de las formas más graves de compromiso pericárdico, especialmente en regiones endémicas. A pesar del acceso a diagnóstico molecular y al tratamiento antituberculoso, esta condición puede evolucionar rápidamente hacia falla cardiaca avanzada o choque obstructivo, con alta mortalidad. Presentamos el caso de un adulto mayor con pericarditis constrictiva tuberculosa confirmada por GeneXpert de líquido pericárdico, cuya evolución clínica se complicó por deterioro hemodinámico rápido y fatal.

Materiales y Métodos
Estudio observacional descriptivo, tipo reporte de caso.

Resultados
Se presenta un hombre de 76 años con diagnóstico extrainstitucional (dos meses previo) de tuberculosis pericárdica confirmado por GeneXpert de líquido pericardico, tratado inicialmente con esquema tetraconjugado y corticoide, con dificultades en la adherencia al tratamiento y progresión sintomática. Reingresa por disnea y edema periférico, requiriendo múltiples traslados dado residencia en zona rural.
Al ingreso a nuestra institución en mal estado general, con hipotensión, acrocianosis, hipoxemia, acidosis metabólica e hiperlactatemia. Considerando curso de choque mixto (cardiogénico y obstructivo) secundario a pericarditis constrictiva, con hallazgos por ecocardiograma de engrosamiento pericárdico, movimiento respiro fásico del septum, VCI dilatada, variabilidad del flujo mitral y anillo reverso.
A pesar de soporte vasoactivo, el paciente evolucionó a choque refractario antes de poder realizarse valoración quirúrgica descompresiva, falleciendo durante la hospitalización.

Conclusiones
La tuberculosis pericárdica puede evolucionar hacia pericarditis constrictiva aun con tratamiento instaurado, especialmente en pacientes de edad avanzada o con dificultades en la continuidad terapéutica. Este caso ilustra varios aspectos críticos: 1. La importancia del diagnóstico temprano mediante pruebas moleculares y los hallazgos ecocardiográficos clásicos y que evidencian severidad; 2. La necesidad de adherencia estricta al tratamiento antituberculoso; 3. El riesgo de progresión a compromiso hemodinámico severo; 4. El papel fundamental del abordaje multidisciplinario para valorar oportunamente opciones como pericardiectomía descompresiva. El choque obstructivo por constricción severa representa una urgencia de alta mortalidad, en la cual la intervención quirúrgica precoz podría modificar el pronóstico, aunque su beneficio disminuye significativamente en presencia de inestabilidad avanzada.
Conclusiones:
La pericarditis constrictiva tuberculosa continúa siendo una causa relevante de falla cardiaca en países con alta carga de TBC. La detección oportuna, la adherencia terapéutica y la evaluación temprana por cirugía cardiovascular son determinantes en el desenlace. En pacientes con deterioro hemodinámico rápido, el choque obstructivo secundario a constricción representa un escenario crítico con mortalidad elevada, como demuestra este caso.

111 Remisión completa de migraña refractaria tras cierre percutáneo de foramen oval permeable por un accidente isquémico transitorio: una doble prevención secundaria.

Adrián Bolívar Mejía; *Isabella Cortés López; Pina Isabel Múnera Muñoz; Luisa María Cardona*

Introducción
El foramen oval permeable afecta aproximadamente al 25% de la población. Su rol potencial en la fisiopatología de eventos cerebrovasculares criptogénicos ha sido ampliamente descrito. Adicionalmente, diversos estudios han sugerido una posible relación entre el foramen oval permeable y la migraña, existiendo evidencia heterogénea y controversial respecto al beneficio de su cierre en este grupo poblacional.

Materiales y Métodos
Presentamos el caso de una adulta joven en quien tras realizarse el cierre percutáneo del foramen oval permeable motivado por un accidente isquémico transitorio, se observó una mejoría completa de su migraña refractaria.

Resultados
Mujer de 36 años quien consultó por cuadro clínico de inicio súbito caracterizado por hemiplejía izquierda y afasia, síntomas que mejoraron espontáneamente tras 50 minutos de duración. La tomografía computada y la resonancia nuclear magnética cerebral fueron normales. Se consideró un cuadro clínico compatible con un accidente isquémico transitorio. Los estudios de extensión descartaron la presencia de trombofilia u otras potenciales etiologías. Se realizó un ecocardiograma transtorácico en el cual se observó un cortocircuito espontáneo de izquierda a derecha por Doppler color, compatible con foramen oval permeable, hallazgo que fue confirmado por ecocardiografía transesofágica. El test con solución salina agitada mostró un abundante paso espontáneo de microburbujas hacia las cavidades cardiacas izquierdas a través del foramen oval. El MorPFO score fue de 20/21, razón por la cual se decidió realizar un cierre percutáneo del defecto. De manera llamativa, en el seguimiento posterior al procedimiento la paciente reportó una desaparición completa de sus episodios de migraña inmediatamente después del cierre del foramen oval permeable.

Conclusiones
El cierre percutáneo del foramen oval permeable en pacientes jóvenes con enfermedad cerebrovascular criptogénica puede generar beneficios que van más allá de la prevención secundaria de los eventos isquémicos, incluyendo el control de una migraña refractaria a otras terapias. Este caso respalda la evidencia disponible en la que se establece una relación fisiopatológica entre el foramen oval permeable y la migraña, aspecto que se ha explicado por múltiples mecanismos que incluyen el paso de microtrombos y de otras sustancias vasoactivas como la serotonina y la calcitonina en concentraciones anormales a la circulación sistémica. Estudios posteriores deberán evaluar la coexistencia de migraña como un factor adicional a tener en cuenta al momento de definir el cierre percutáneo de un foramen oval permeable en pacientes con enfermedad cerebrovascular criptogénica.

112 Situs inversus totalis, un reto quirúrgico para colocación de resincronizador epicárdico: un reporte de caso

Juan Andrés Sarmiento Gallego; *Sergio Felipe Gómez Olarte; Natalia Johnson Arciniegas; Alvaro Flechas; Kevin Maldonado Cañón; Juan David Acosta; Javier Darío Maldonado*

Introducción
El situs inversus totalis es una anomalía congénita infrecuente caracterizada por la disposición en espejo de los órganos torácicos y abdominales.Su incidencia se estima entre 1 por cada 5.000 a 10.000 nacidos vivos. La dextrocardia asociada representa un reto quirúrgico en procedimientos cardiovasculares.
Por tanto, el abordaje de estos casos requiere una estrategia individualizada, apoyada en estudios de imagen detallados y una adaptación técnica intraoperatoria cuidadosa.

Materiales y Métodos
Se revisó la historia clínica de una paciente de nuestra institución, destacando los desafíos quirúrgicos enfrentados durante la implantación de un marcapasos epicárdico, en el contexto de una dextrocardia asociada a situs inversus totalis y con antecedente de reemplazo valvular mitral realizado en 2012.

Resultados
Paciente femenina de 76 años, con antecedente de dextrocardia POR situs inversus totalis. En su historia cardiovascular destacaba un reemplazo valvular mitral mecánico realizado en 2012 y posteriormente un implante de CRT debido a un bloqueo auriculoventricular (AV) completo.
En abril de 2025, la paciente presentó disfunción del dispositivo, motivo por el cual se realizó el explante del CRT y reemplazo del generador el 28 de abril de 2025 en otra institución. Durante el posoperatorio inmediato, desarrolló infección del sitio operatorio, con aislamiento de S. aureus. Fue valorada por el servicio de Electrofisiología, quienes indicaron retiro completo del sistema de resincronización y posterior implante de un marcapasos epicárdico vía abierta, por lo que fue remitida a nuestra institución para manejo quirúrgico.
Durante la valoración inicial se decidió completar el ciclo antibiótico dirigido y realizar una tomografía computarizada de tórax para planificar el abordaje quirúrgico. Adicionalmente, se obtuvo una radiografía de tórax que permitió confirmar la disposición en espejo de las estructuras torácicas. Posteriormente, la paciente fue programada para colocación de un nuevo CRT epicárdico por vía abierta el 6 de agosto de 2025.
El procedimiento representó un reto quirúrgico significativo, dada la combinación de reintervención, antecedente de cirugía cardíaca previa y la presencia de dextrocardia con situs inversus totalis.
La colocación de los electrodos epicárdicos también constituyó un desafío técnico importante, debido a que la orientación en espejo del corazón exigió adaptar la ubicación, dirección y fijación de estos para garantizar una adecuada sincronización biventricular.

Conclusiones
El manejo exitoso de este caso, una reintervención esternotómica en paciente con dextrocardia, situs inversus totalis, prótesis mitral mecánica e infección previa de dispositivo, se basó en tres principios técnicos clave:
1. Acceso seguro mediante reesternotomía controlada y disección guiada por tomografía preoperatoria.
2. Adaptación anatómica para lograr una resincronización epicárdica efectiva en la orientación cardíaca invertida.
3. Control infeccioso absoluto antes del nuevo implante.

113 Técnica IVUS en arteriografía coronaria en paciente alérgico: La utilidad diagnóstica de la imagen

Samuel Andrés Barreto De La Hoz; *Rafael Andrés Tous Bertel; Luis Enrique Calderón Castellón; Omar Enrique Castilla Romero; Natalia Perilla Hernández; Sebastián Anselmo Rodríguez Chaparro; José David Sáenz López; Elloth Ernesto Támara Contreras*

Introducción
La presentación clínica de la enfermedad coronaria abarca un amplio espectro que incluye angina estable, angina inestable, infarto agudo de miocardio con o sin elevación del segmento ST, y muerte súbita cardíaca (1,2).
Si bien la angiografía coronaria continúa siendo el método estándar de evaluación luminal, tanto para diagnostico como para tratamiento; las nuevas técnicas de imagen avanzadas como el ultrasonido intravascular (IVUS), la tomografía de coherencia óptica (OCT) y la angiografía coronaria por tomografía computarizada han permitido caracterizar con mayor precisión la composición y vulnerabilidad de la placa ateromatosa, lo cual tiene importantes implicaciones pronósticas y terapéuticas (3).

Materiales y Métodos
El objetivo de este reporte es destacar la relevancia del empleo de técnicas de imagen endovascular en el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo, particularmente en escenarios clínicos especiales como los pacientes con alergia a medios de contraste, en quienes estas herramientas permiten optimizar la seguridad del procedimiento y reducir la incidencia de complicaciones.

Resultados
Masculino de 73 años, sin antecedentes, quien consulta por un cuadro de dolor torácico retroesternal de instalación progresiva, acompañado de criodiaforesis, disnea en reposo y sensación marcada de astenia y adinamia. Al ingreso electrocardiograma que muestra síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, motivo por el cual es llevado de manera a arteriografía coronaria donde se evidencia enfermedad severa de dos vasos principales, con lesión ulcerada del 90% en la arteria descendente anterior y lesiones del 75% en el tercio medio y distal de la arteria coronaria derecha. Se practica angioplastia de la arteria descendente anterior como primer tiempo. Durante el procedimiento, el paciente presenta una reacción alergica al medio de contraste, que requiere administración de corticoides y la reprogramación de un segundo tiempo para abordar la lesión de la coronaria derecha. Dada la reacción alérgica previa, se decide utilizar la técnica IVUS con el fin de minimizar el uso de contraste, logrando una canalización exitosa de la arteria coronaria derecha, sin complicaciones y sin nuevos episodios de hipersensibilidad con una evolucion exitosa y posterior egreso medico del paciente

Conclusiones
El ultrasonido intravascular (IVUS, por sus siglas en inglés) es una técnica de imagen endoluminal que permite la evaluación directa y en tiempo real de la pared arterial, proporcionando información detallada sobre la anatomía vascular, la carga de placa aterosclerótica y la respuesta a las intervenciones coronarias (4). A diferencia de la angiografía coronaria convencional, que visualiza únicamente la luz vascular, IVUS ofrece una representación transversal de los vasos, lo que facilita una caracterización más precisa de la enfermedad coronaria, permitiendo identificar placas vulnerables, evaluar el grado de remodelación arterial y determinar el tamaño real del vaso antes de una intervención percutánea (3).

114 Trombo en tránsito a través del foramen oval y embolismo paradójico. Patología mortal en una paciente de 84 años

Alvaro Hernán Rodríguez Cerón; *Diana Patricia Rivera Triana; Enrique Olaya Jiménez*

Introducción
Presentamos el caso de una mujer de 84 años, con dificultad respiratoria de instauración rápida, que progresa a deterioro neurológico e isquemia crítica de miembro inferior derecho. Por ecocardiografía transtorácica, se confirma la presencia de un trombo acabalgado o en tránsito, en el foramen oval.
El trombo en tránsito a través del foramen oval es una condición poco frecuente, pero asociada a una elevada mortalidad. La evidencia disponible en la literatura es limitada y presenta discrepancias, lo que dificulta el diagnóstico y genera incertidumbre sobre el tratamiento más adecuado. Las principales opciones terapéuticas incluyen la cirugía temprana y la trombólisis sistémica, cada una con riesgos y beneficios que deben evaluarse cuidadosamente.

Materiales y Métodos
Mujer de 84 años que ingresa por disnea y dolor torácico, evoluciona con alteración del estado de conciencia, hemiparesia izquierda y afasia motora; en las primeras 12 horas desarrolla frialdad y dolor en la pierna derecha.
El ecocardiograma transtorácico mostró crecimiento de cavidades derechas con imagen de trombo en aurícula derecha y en tránsito a través del foramen oval (fig. 1). En la TAC de cráneo simple se observó una lesión isquémica cerebelosa derecha (fig. 2); la angioTAC de tórax evidenció trombos en la rama derecha de la arteria pulmonar (fig. 3). La angioTAC de miembros inferiores mostró obstrucción total por presencia de trombos en la arteria femoral derecha (fig. 4).

Resultados
Se inició anticoagulación plena con heparina sódica en infusión de 24hr,sin embargo se presentó un deterioro hemodinámico y neurológico con falla respiratoria y paro cardiaco como resultado la paciente falleció.

Conclusiones
El trombo en tránsito a través del foramen oval es una patología infrecuente y cuando se presenta conlleva un alto riesgo de mortalidad por su asociación frecuente a embolismo pulmonar agudo y paradójico. En nuestro caso se asoció a compromiso del sistema nervioso central y de miembro inferior derecho. La cirugía temprana es imperativa mientras que la trombólisis sistémica se reserva para pacientes con marcada inestabilidad hemodinámica. Actualmente no existe consenso con respecto a la estrategia de tratamiento óptimo.

115 Un gigante silencioso en la raíz aórtica

Nicolás Santiago Ortiz Chamorro; *María Paulina Villa Saldarriaga; Melissa Bustamante Duque; Mateo Aranzazu Uribe; Daniel Porto Corbacho; Diego Mauricio Vanegas Cardona*

Introducción
El aneurisma del seno de Valsalva es una rara entidad cuya presentación puede ser silenciosa durante años, especialmente cuando compromete el seno no coronariano. Su asociación con válvula aórtica bivalva incrementa el riesgo de insuficiencia aórtica, dilatación progresiva, ruptura o disección. Su detección temprana permite planear una intervención oportuna antes del compromiso hemodinámico (1).

Materiales y Métodos
Presentación de caso: hombre de 74 años con antecedentes de hipertensión e hipotiroidismo, quien consultó por deterioro de la clase funcional, palpitaciones y dolor torácico. Se realizó ecocardiograma ambulatorio el cual documentó válvula aórtica bivalva tipo 1 con aneurisma gigante del seno de Valsalva no coronariano, insuficiencia aórtica excéntrica severa, disfunción sistólica leve y datos de aumento de presiones de llenado. El paciente se llevó a coronariografía encontrando seno de Valsalva gigante de 61x83 mm sin enfermedad coronaria (Imagen 1).

Resultados
Se solicitó valoración por cirugía de tórax quienes indicaron intervención quirúrgica tipo Bentall con Válvula biológica la cual se realizó sin complicaciones inmediatas. En el posoperatorio presentó un único episodio de fibrilación auricular y derrame pleural derecho que se autolimitó. El paciente finalmente fue dado de alta con terapia fundacional para su falla cardiaca y anticoagulación por 3 meses.

Conclusiones
Discusión: Los aneurismas del seno de valsalva son anomalías raras dadas por dilatación anormal del seno por encima de la válvula aórtica, pueden ser congénitos o adquiridos (2). Dado su caracter silente y su riesgo de complicaciones, es menester conocer las estrategias terapéuticas. El manejo médico (control de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial) es solo temporal mientras se planea la intervención, la cual en la mayoría de los casos es quirúrgica. El tratamiento quirúrgico es fundamental especialmente para aquellos sintomáticos, grandes o de crecimiento rápido con el fin de prevenir la ruptura. El procedimiento quirúrgico usualmente requiere cambio valvular y reparación de la raíz aórtica o parche para preservar el tejido nativo. El pronóstico luego de la cirugía es favorable, especialmente si se realiza antes de su ruptura (2,3).
Conclusiones: El aneurisma de seno de Valsalva es una entidad poco frecuente y potencialmente mortal que requiere un abordaje predominantemente quirúrgico y su pronóstico va ligado a un diagnóstico y tratamiento oportuno.

116 Una conexión inesperada: quiste pericárdico y neuromielitis óptica. Utilidad de la imagen multimodal. Reporte de caso

Carlos Alberto Fuentes Pérez; *Diana Vargas Vergara; Joaquín Antonio Areiza Fonseca; Jesús Alexander Cotes Millán*

Introducción
El quiste pericárdico es una masa mediastínica benigna, poco frecuente. Su principal etiología es congénita. Usualmente son asintomáticos y su localización más frecuente es el receso costofrénico derecho. El diagnóstico preciso requiere de imagen multimodal como la Resonancia Magnética Cardíaca (RMC).

Materiales y Métodos
Reporte de caso.

Resultados
Mujer de 78 años con recaida de Neuromielitis Óptica (NMO) seropositiva (AQP4+). Asintomática cardiovascular. Examen físico cardiovascular normal.
Por hallazgos anormales en la radiografia de torax, realizan tomografía (TC) de tórax evidenciando una masa quística de paredes delgadas y contenido líquido homogéneo (17-29 UH), de 68 x 68 x 58 mm, localizada en el mediastino anterior, adyacente al pericardio, sin signos de efecto compresivo, ecocardiograma transtorácico con FEVI 60% sin alteraciones pericárdicas. Se realizo RMC confirmando una masa ovoide de 61 x 50 mm, dependiente del pericardio, que fue hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, sin restricción a la difusión ni realce post-contraste, lo que estableció el diagnóstico de quiste pericárdico descartando patología maligna. Tras la evaluación multidisciplinaria se optó por un manejo conservador con seguimiento ambulatorio.

Conclusiones
En este caso la caracterización precisa mediante la integración de modalidades de imagen, fue fundamental para un diagnóstico definitivo. La TC orientó el diagnóstico hacia una lesión quística, y la RMC resultó definitiva para confirmar su naturaleza benigna, diferenciándola de entidades con riesgo de malignidad (en la paciente con antecedente familiar de linfoma y la asociación que existe entre la NMO y tumores mediastinales como presentación paraneoplasica), un paso crítico en el manejo. En la literatura no se ha reportado la relación de asociación o causalidad entre el quiste pericárdico y la NMO.
La Sociedad Americana de Ecocardiografía recomienda la realización de TC o RMC para confirmar el diagnóstico de un quiste pericárdico cuando se detecta por ecocardiografía, así como para el seguimiento cada 1 o 2 años.
El ecocardiograma tiene importantes limitaciones en el diagnóstico, en relación con la localización más frecuente del lado derecho, puede ser útil en caso de compresión de cavidades cardiacas. En el TC se identifican como masas ovaladas, con paredes delgadas y bien definidas, con un coeficiente de atenuación de 30-40 UH, sin realce al del medio de contraste. En la RMC, el líquido contenido en el quiste produce una imagen hiperintensa en las secuencias T2 e hipointensa en las secuencias T1, sin reforzamiento con el uso de gadolinio. La decisión de manejo conservador se basó rigurosamente en la ausencia de síntomas atribuibles al quiste y en la confirmación radiológica de su benignidad, evitando una cirugía invasiva innecesaria que habría añadido morbilidad a una paciente con múltiples comorbilidades.

117 Uso de ecocardiografía transesofágica en el implante de marcapasos sin cables: reporte de caso

Juan Carlos Duarte Vásquez; *Luisa Fernanda Durángo Gutiérrez; Juan Fernando Agudelo Uribe; Leónardo Posada Jiménez; Clara Inés Saldarriaga Giraldo*

Introducción
Los marcapasos sin cables (MSC) representan una alternativa segura a los sistemas transvenosos al evitar complicaciones de cables y bolsillo subcutáneo. La fluoroscopia sigue siendo el estándar de guía, pero resulta limitada en pacientes con anatomías complejas o con riesgo elevado de perforación. La ecocardiografía transesofágica (ETE) tridimensional se ha propuesto como complemento para optimizar la selección del sitio de anclaje y la seguridad del implante.

Materiales y Métodos
Se presenta el caso de una paciente de 74 años con hipertensión, diabetes, fibrilación auricular paroxística, bloqueo completo de rama izquierda, cáncer de mama derecho tratado y antecedente de corrección quirúrgica de comunicación interauricular. Presenta falla cardíaca con fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 27%, angiografía coronaria sin lesiones. La resonancia magnética cardíaca documentó disfunción biventricular severa y fibrosis septal, con alteración de mapas T1 y T2. Se sospechó etiología inflamatoria, llevada a biopsia endomiocárdica, durante la cual desarrolló bloqueo auriculoventricular completo con dependencia de marcapasos transitorio. Se interrogó la posibilidad de CRT-D, pero se descartó el uso de sistemas transvenosos por vena cava izquierda persistente, ausencia de vena innominada y trombo en seno coronario, decidiéndose implante de MSC (Micra™, Medtronic) bajo guía fluoroscópica (Figura 1) y ETE 3D.

Resultados
La ETE (Figura 2) permitió guiar paso a paso el procedimiento:
- Vista cuatro cámaras medioesofágica (0–30°): seguimiento en tiempo real del cruce tricuspídeo.
- Vista inflow–outflow del ventrículo derecho: orientación septal y exclusión de pared libre.
- Vista transgástrica biplana (0–40°/90–130°): confirmación de apoyo septal y distancia segura al ápex.
- Reconstrucción 3D (Figura 3): visualización de válvula tricuspídea, septo interventricular y área de anclaje.

El dispositivo se liberó en septo apical derecho, evitando segmentos fibróticos basales y medios. Se obtuvo umbral de captura <1.0 V/0.24 ms, onda R >5 mV e impedancia adecuada. La radiografía de tórax de control (Figura 4) confirmó posición septal apical correcta, sin complicaciones. La paciente evolucionó con mejoría clínica y compensación de la falla cardíaca al egreso.

Conclusiones
La ETE aportó ventajas determinantes en este caso: permitió diferenciar septo de pared libre, reducir el riesgo de perforación, descartar trombos intracavitarios y monitorizar derrame pericárdico de forma inmediata. La literatura respalda su uso en escenarios de anatomía compleja, contraindicación para medios de contraste, embarazo o necesidad de minimizar radiación, aunque aún faltan estudios comparativos amplios. El caso presentado refuerza la factibilidad de integrar la ETE como modalidad adjunta en protocolos institucionales, especialmente cuando la fluoroscopia aislada no ofrece seguridad suficiente.

118 Vasculitis ANCA MPO+: Debut con cardiomiopatía dilatada y eventos tromboembólicos en una adolescente

Marlon Adrián Laguado Nieto; *María Juliana Reyes Cardona; Jorge Alexander Zambrano Franco; María Camila Bejarano Oliveros; Ana María Burbano López; Wilmer Alejandro Pérez Goyes; Iván Alberto Posso Osorio; Juan David López Ponce de León*

Introducción
La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) es una vasculitis de pequeños vasos asociada a ANCA. La afectación miocárdica es la principal causa de mortalidad y puede manifestarse como miocarditis, pericarditis o miocardiopatía dilatada inflamatoria. La coexistencia de falla cardiaca aguda con fenómenos trombóticos arteriales, venosos e intracavitarios constituye un escenario inusual y desafiante.

Materiales y Métodos
Revisión HC - CI

Resultados
Mujer de 16 años previamente sana consulta por edema doloroso agudo de miembro inferior izquierdo y hemoptisis. Se documenta TVP y anemia hemolítica con requerimiento transfusional. La angiotomografía pulmonar revela tromboembolismo pulmonar multisegmentario, cardiomegalia y trombo intracavitario izquierdo. Ingresa a UCI con soporte inotrópico y anticoagulación con enoxaparina. Ecocardiograma y resonancia cardíaca confirman miocardiopatía dilatada biventricular no isquémica, disfunción sistólica severa (FEVI 30–32%), trombos apicales biventriculares, dilatación biauricular severa, insuficiencia mitral y tricuspídea funcional severas, derrame pericárdico leve e hipertensión pulmonar probable. El mapeo T1/T2 y el aumento del volumen extracelular (42%) sugieren edema y fibrosis intersticial difusa.
Anticoagulante lúpico y anticardiolipina IgM positivos son compatibles con síndrome antifosfolípido. ANCA MPO positivo y eosinofilia orientan a GEPA. Por dolor neuropático y ataxia se realiza angio-RMN cerebral, que demuestra múltiples eventos isquémicos subagudos en fosa posterior con transformación hemorrágica, sugestivos de vasculitis del sistema nervioso central. Se administran pulsos de esteroide, cinco sesiones de plasmaféresis e inducción con ciclofosfamida. Cardiología indica anticoagulación guiada por anti-factor Xa y terapia estándar para falla cardiaca con adecuada tolerancia. Presenta evolución favorable, con desmonte de soporte cardiovascular, sin déficit neurológico ni nuevos eventos trombóticos, permitiendo egreso con seguimiento por cardiología y reumatología.

Conclusiones
La combinación de falla cardiaca aguda, tromboembolismo venoso y arterial en una paciente adolescente obliga a considerar causas inflamatorias y trombofilias. En este caso, ANCA MPO +, eosinofilia, compromiso pulmonar y neurológico, orientaron a GEPA. El infiltrado eosinofílico genera injuria miocárdica que progresa de una etapa de necrosis aguda (miocarditis eosinofílica) a una etapa fibrótica, resaltando la importancia del manejo temprano. El síndrome antifosfolípido secundario potenció el riesgo trombótico, considerando el hallazgo de trombos intracavitarios masivos y eventos neurovasculares sugestivos de microembolismo.
La paciente respondió a inmunosupresión intensiva, estrategia recomendada en vasculitis ANCA severa. El manejo para falla cardiaca y anticoagulación con enoxaparina guiada por anti-factor Xa fueron estrategias fundamentales. Este caso destaca el abordaje multidisciplinario oportuno, reconociendo la afectación cardiaca y trombótica como formas inusuales de GEPA. Las imágenes multimodales fueron clave para definir la extensión del compromiso y orientar la terapia.

119 Vasculitis de Takayasu en pediatría: lecciones de un corazón inflamado con dilatación aórtica

Yineth Peñata Orozco; *Francisco De La Hoz Bequis; Yuliney Guerrero Castillo; Tahys Paola Torres; Diana Marcela Oliveros*

Introducción
La arteritis de Takayasu es una vasculitis infrecuente, pero representa una amenaza silenciosa potencialmente grave para la salud cardiovascular, afectando progresivamente la arquitectura vascular de grandes vasos y la función cardíaca.
Este caso ilustra cómo una presentación inicial inespecífica, ocultaba una enfermedad inflamatoria sistémica con impacto cardiovascular severo y evolución hacia dilatación aórtica.

Materiales y Métodos
Paciente de 11 años con inicio sintomático a los 7 años, caracterizado por fiebre prolongada, anemia, trombocitosis y poliartritis. Inicialmente se sospechó Artritis Idiopática Juvenil sistémica. Un ecocardiograma mostró derrame pericárdico y una imagen sugestiva de vegetación cardíaca, sin respuesta a antibióticos, con corticosteroides y metotrexato se logro remisión parcial.
Posteriormente, presentó falla cardíaca por insuficiencia aórtica e hipertensión arterial, iniciándose manejo antihipertensivo. Ante cefalea deterioro neurológico y progresión clínica, se sospecho Arteritis de Takayasu. Se documentaron reactantes inflamatorios elevados y cifras tensionales de difícil control. posteriormente ecocardiogramas evidenciaron insuficiencia tricúspidea y aórtica leve , dilatación de la raíz aórtica y aneurisma de la aorta ascendente.
La angio-TAC confirmó dilatación de la raíz, aorta ascendente y cayado aórtico, con engrosamiento miointimal difuso. El Z-score de la aorta ascendente fue de 5.4, sin signos de disección. Finalmente, manejo con metilprednisolona, ciclofosfamida y antihipertensivos, llevaron a evolución estable. El Doppler de aorta abdominal fue normal. Actualmente, la paciente evoluciona favorablemente bajo inmunosupresión.

Resultados
Este caso clínico de arteritis de Takayasu en pediatría destaca una presentación insidiosa y atípica de vasculitis de grandes vasos, con una incidencia anual estimada de 0.4 a 2.6 casos por millón de habitantes. Su aparición en la edad pediátrica reviste especial importancia, ya que puede simular otras enfermedades reumatológicas como la Artritis Idiopática Juvenil, lo que con frecuencia termina siendo un reto diagnóstico y terapéutico significativo para pediatras y cardiólogos.

Conclusiones
Señala la evolución hacia un compromiso cardiovascular severo, con dilatación aórtica progresiva e insuficiencia valvular, lo que subraya el riesgo de aneurismas, falla cardiaca y muerte. Resalta la importancia de una vigilancia cardiovascular estrecha y multidisciplinaria, así como el desafío que implica interpretar alteraciones vasculares estructurales en pacientes jóvenes. Enfatiza el valor del Z-score para evaluar hallazgos cardiovasculares en niños y la utilidad de biomarcadores inflamatorios persistentes como indicadores de actividad sistémica.

120 Virus de la inmunodeficiencia humana como factor de riesgo para cursar con infarto agudo del miocardio: Estudio de casos y controles

Juan Alejandro Restrepo Buitrago; *Rafael Alfonso Mejía Obregón; Juan Alejandro Pinilla Alarcón; Juan José Pérez Rodríguez; David Rico Hernández; Juan José Pineda Pérez; Esteban Villegas Arbeláez*

Introducción
El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúa siendo una enfermedad de alta morbimortalidad asociada a múltiples complicaciones como un mayor riesgo de desarrollar un infarto agudo del miocardio (IAM), sin embargo, las herramientas actuales para la estimación del riesgo cardiovascular (RCV) no la consideran. En Colombia, la relación entre VIH, IAM y RCV no ha sido ampliamente estudiada. Como objetivo se buscó evaluar la asociación entre la infección por VIH, el IAM y el riesgo cardiovascular en una población colombiana.

Materiales y Métodos
Se diseñó un estudio de casos y controles, teniendo una relación casos-controles de 1:2 (104 controles y 248 casos). Las variables de interés fueron primer episodios de IAM, RCV calibrado mediante los factores de conversión validados por la AHA/ACC para población colombiana, y no calibrado. Se obtuvieron razones de productos cruzados (OR) crudas y ajustadas, controlando variables de confusión mediante un modelo de regresión logística multivariada.

Resultados
Se revisaron retrospectivamente 1250 historias clínicas de pacientes valorados por cardiología entre el 2022-2024 en una institución de referencia de Medellín-Colombia. 64.77% fueron hombres. Se calculó el RCV a 352 individuos, la prevalencia de VIH e IAM fue del 1.98% y 29.5% respectivamente. De los pacientes con VIH, tres presentaron un IAM (42.85%). Al calibrar el RCV, 36.4% presentó un RCV alto o muy alto y ningún paciente con VIH se clasificó en estas categorías. Al no calibrar el RCV, 73.29% tuvo RCV alto o muy alto, incluyendo a dos pacientes con VIH (28.57%). En el análisis bivariado los resultados fueron VIH con IAM (OR: 1.812, IC95% 0.398-8.241, p: 0.436), VIH con RCV calibrado (No fue calculable) y VIH con RCV no calibrado (OR: 0.139, IC95% 0.027-0.73, p: 0.007). En el análisis multivariado se encontró VIH con RCV no calibrado (OR: 5.237, IC95% 0.814-33.694, p: 0.081).

Conclusiones
La prevalencia de VIH e IAM fue superior a la reportada en la población general. Los hallazgos de nuestro estudio no son concluyentes y contrastan con la literatura existente, ya que en ésta se asocia la infección por VIH con un mayor riesgo de IAM y RCV aumentado. Estas diferencias pueden atribuirse al tamaño de la muestra y el diseño de este estudio, los resultados sugieren una posible subestimación del RCV al aplicar las herramientas de estimación calibradas, lo que resalta la necesidad de realizar estudios con muestras más amplias que permitan caracterizar adecuadamente la relación entre el VIH, IAM y RCV en la población colombiana.

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES / ORIGINALES

ARRITMIAS

121 Caracterización de los pacientes con sepsis y choque séptico que desarrollaron fibrilación auricular

Alejandro Narváez Orozco; *Clara Inés Saldarriaga Giraldo; Paola Andrea Mera Paredes; Maríana Jiménez Arias; Cristian Camilo Agudelo Quintero; María José Robledo Rivera; Violeta Cano Cardona; Melissa Mejía Roldán; Valentína Duque Zuluaga; Camilo López Ocampo; Nicolás Arcila Cano; D*

Introducción
La FA desencadenada por sepsis es frecuente en pacientes críticamente enfermos y tiene implicaciones terapéuticas y pronósticas. Para nuestro conocimiento, no hay datos acerca de su comportamiento en población latinoamericana. El propósito de este estudio es caracterizar los pacientes que desarrollan FA en contexto de sepsis y choque séptico.

Materiales y Métodos
Estudio de cohorte retrospectiva en 3 hospitales de referencia de Medellín, Colombia entre enero de 2022 y junio de 2023. Se incluyeron pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de sepsis o choque séptico según los criterios SEPSIS-3. Se excluyeron pacientes con antecedente de FA o en postoperatorio de cirugía cardiaca o cirugía no cardiaca mayor. El desenlace principal fue el desarrollo de FA. Las variables categóricas se describen en frecuencias absolutas y relativas, las cuantitativas como media y desviación estándar.

Resultados
Se incluyeron 1356 pacientes con una media de edad de 64,3 años, predominando el sexo masculino (67,7%). La prevalencia de FA desencadenada por sepsis fue del 12.6% (n=171). Los pacientes con FA eran más viejos, tenían más comorbilidades y mayor dilatación auricular izquierda. El 58% desarrollaron la arritmia en las primeras 48 horas y en el 52% de los casos la duración fue menor a 24 horas. 23% desarrollaron falla cardiaca aguda y 21.2% presentaron un ACV (vs 5.2% en el grupo no FA). 68% fueron manejados con estrategia de control de ritmo, siendo exitosa en el 93% de los casos; los que fueron manejados con control de frecuencia, el 76% cardiovirtió espontáneamente. 33% se anticoagularon intrahospitalariamente y todos los casos de ACV ocurrieron en pacientes no anticoagulados. Los pacientes con FA tuvieron mayor mortalidad en UCI (49% vs 34%) y hospitalaria (55% vs 37%). El 12% fue dado de alta en ritmo de FA y 21% recibió anticoagulación indefinida.

Conclusiones
La FA desencadenada por sepsis es frecuente en UCI. A excepción de la edad, el número de comorbilidades y la dilatación auricular, las características basales de los pacientes eran similares, lo cual refleja que los factores de riesgo de la FA del paciente crítico son diferentes a la FA adquirida en la comunidad. Todos los eventos cerebrovasculares en pacientes con FA ocurrieron en aquellos que no recibieron anticoagulación. Se evidenció una alta heterogeneidad en el manejo, lo cual resalta la importancia de estandarizar un manejo que facilite la toma de decisiones tanto en el manejo agudo como en el crónico. Los pacientes que desarrollaron FA tuvieron peores desenlaces clínicos.

122 Exactitud diagnóstica de algoritmos de inteligencia artificial para la interpretación del ECG en arritmias y cardiomiopatías: revisión sistemática

Carlos Enrique Arenas Molina; *Linda Buelvas Vega; Maira Alejandra Amaya Molina; Cristina Paola Flórez Gómez; Juan Sebastián Theran León*

Introducción
La electrocardiografía sigue siendo una herramienta central para la detección de arritmias y cardiomiopatías, pero su rendimiento depende de la interpretación humana. La inteligencia artificial (IA) se ha propuesto como una estrategia para mejorar la precisión diagnóstica y la escalabilidad de la atención cardiovascular. Evaluar de forma sistemática la exactitud diagnóstica de estos algoritmos es clave antes de su adopción clínica masiva.

Materiales y Métodos
Se realizó una revisión sistemática siguiendo las recomendaciones PRISMA-DTA. Se buscaron estudios en PubMed, Embase, Scopus e IEEE Xplore hasta julio de 2025. Se incluyeron investigaciones que evaluaran algoritmos basados en IA para interpretación de ECG, comparados con un estándar clínico de referencia (ecocardiografía, resonancia magnética cardiaca o consenso de expertos). Se extrajeron datos de población, tipo de algoritmo, validación y métricas diagnósticas. El riesgo de sesgo se evaluó mediante QUADAS-2. Los desenlaces principales fueron sensibilidad, especificidad y área bajo la curva ROC (AUC).

Resultados
Se identificaron 40 estudios que en conjunto analizaron más de 1,2 millones de ECG. Para la detección de fibrilación auricular, los algoritmos de IA alcanzaron sensibilidades entre 88–99% y especificidades entre 80–99,5%, con AUC de 0,91–0,99. Para la identificación de fracción de eyección ventricular izquierda reducida (<40%), los modelos mostraron AUC agrupadas cercanas a 0,93 en cohortes con validación externa. En contraste, el rendimiento para diferenciar subtipos de cardiomiopatía (miocardiopatía hipertrófica, amiloidosis y hipertrofia ventricular izquierda) fue heterogéneo, con exactitudes reportadas entre 67–75%. La mayoría de los estudios presentó riesgo de sesgo moderado a alto, principalmente por ausencia de validación externa robusta y posible filtración de datos. Pocos trabajos reportaron desenlaces de implementación como tiempos de inferencia o proporción de trazos no interpretables.

Conclusiones
Los algoritmos de IA aplicados al ECG muestran alta exactitud diagnóstica para fibrilación auricular y fracción de eyección reducida, con desempeños que igualan o superan a los clínicos en algunos escenarios. Sin embargo, la evidencia para subtipos específicos de cardiomiopatía es inconsistente, y la falta de estudios prospectivos multicéntricos limita la generalización de los resultados. Son necesarios trabajos que incorporen validación externa rigurosa, evaluación en entornos reales y reporte de desenlaces centrados en el paciente.

123 Inteligencia artificial vs. médicos en el reconocimiento de dispositivos cardíacos electrónicos implantables: ¿Quién lo hace mejor?

Cristian Orlando Porras Bueno; *César Augusto Balaguera Becerra; Iván Felipe Manrique Osorio; Emilio José Juan Guardela; Sebastián Moreno Mercado; Laura Fernanda Gilón Córdoba; Daniela Carolina Ramos Clavijo; Federico Matheus Navarro; Edward Andrés Cáceres Méndez; Angel Alberto García*

Introducción
La identificación precisa de los dispositivos cardiacos electrónicos implantables (CIED, por sus siglas en inglés) es fundamental para el adecuado manejo del paciente, aunque suele ser difícil cuando no se cuenta con la tarjeta de identificación del dispositivo o con la telemetría. Además, la capacidad de reconocer CIED puede variar entre médicos según su nivel de entrenamiento. Debido a esta problemática, se han desarrollado alternativas como la aplicación Pacemaker ID® y algoritmos como CaRDIA-X®. Sin embargo, con el creciente desarrollo de modelos de lenguaje basados en inteligencia artificial (IA), ha surgido un vacío en el conocimiento respecto a su capacidad para reconocer CIED.

Materiales y Métodos
Mediante preguntas y radiografías de tórax estandarizadas, evaluamos la concordancia de tres modelos de IA (ChatGPT®, Perplexity® y Gemini®) para identificar el tipo y el fabricante del CIED (Medtronic®, Boston Scientific®, Abbott®, entre otros). También se evaluó la concordancia entre médicos de distintos niveles de formación y dos versiones de la aplicación Pacemaker ID® (móvil y web) para la identificación del fabricante. Los resultados se compararon con el estándar de referencia (telemetría o tarjeta de identificación del dispositivo). El desempeño se midió mediante el coeficiente kappa de Cohen (k).

Resultados
Se analizaron 328 CIED. Para la identificación del tipo, se obtuvo una concordancia baja con ChatGPT® (k=0.16), Perplexity® (k=0.14) y Gemini® (k=0.13). Para la identificación del fabricante, el k fue de 0.02 para ChatGPT®, 0.04 para Perplexity®, 0.006 para Gemini®, 0.61 para la aplicación móvil Pacemaker ID, 0.22 para la versión web, 0.15 para estudiantes de medicina, 0.48 para Fellows de cardiología y 0.47 para Fellows de electrofisiología.

Conclusiones
Para la identificación del tipo y del fabricante, los tres modelos de IA evaluados mostraron un nivel de concordancia pobre, aunque ChatGPT® obtuvo de manera consistente mejores resultados que los otros modelos. En cuanto a la identificación del fabricante, la aplicación móvil Pacemaker ID mostró el mejor desempeño, seguida por los Fellows de cardiología y electrofisiología, quienes alcanzaron un nivel de concordancia moderado. Estos hallazgos resaltan que, actualmente, el nivel de concordancia de las herramientas de IA gratuitas es limitado, por lo que el uso de la tarjeta de identificación del dispositivo o de la telemetría continúa siendo necesario para el reconocimiento de CIED.

124 Riesgo de arritmias y trastornos de conducción en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas: comparación con población general

María Alejandra Cala Acelas; *Juan Sebastián Theran León; Jerson H. Quitián Moreno; Carlos Enrique Arenas Molina; Jaime Alberto Gómez Ayala; Luis Andrés Dulcey Sarmiento; Brian Johnson Acevedo*

Introducción
Las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) se asocian con un incremento en la morbimortalidad cardiovascular. Aunque tradicionalmente se ha descrito su relación con aterosclerosis prematura y miocardiopatías, recientemente ha surgido evidencia creciente sobre la aparición de arritmias y trastornos de conducción, fenómenos que predisponen a fibrilación auricular, bloqueos auriculoventriculares, arritmias ventriculares y muerte súbita.

Materiales y Métodos
Se realizó una revisión sistemática siguiendo la declaración PRISMA. La búsqueda se efectuó en Semantic Scholar a través de la plataforma Elicit, identificando 500 registros iniciales. Tras la tamización, se revisaron 53 estudios a texto completo y 40 cumplieron criterios de inclusión. Se incluyeron cohortes, estudios transversales, casos y controles, revisiones sistemáticas y metaanálisis que evaluaran arritmias o trastornos de conducción en pacientes adultos con EAS comparados con población general.

Resultados
Los 40 estudios incluyeron principalmente lupus eritematoso sistémico (n=14), artritis reumatoide (n=12) y esclerosis sistémica (n=12), además de espondiloartritis, síndrome de Sjögren y miositis inflamatoria. En esclerosis sistémica, el riesgo de arritmias fue casi el doble respecto a controles (HR 1.62; IC95%: 1.00–2.64), con mayor frecuencia de arritmias ventriculares. En artritis reumatoide, la prevalencia de fibrilación auricular alcanzó 15.3% frente a 6.0% en controles (p=0.015), con incremento del riesgo de muerte súbita. En lupus se documentó prevalencia de FA entre 3–9%, prolongación del QTc y mayor frecuencia de arritmias ventriculares. La espondiloartritis se asoció con bloqueo auriculoventricular (HR 2.3–2.9) y la miositis inflamatoria con un OR 9.7 (IC95%: 5.2–18.1) para eventos cardiovasculares relacionados con arritmias. La positividad anti-Ro aumentó el riesgo de arritmias (OR 1.21) y de alteraciones de conducción (OR 1.44).

Conclusiones
Los pacientes con EAS presentan un riesgo elevado y clínicamente significativo de arritmias y trastornos de conducción, particularmente en esclerosis sistémica y artritis reumatoide. Este hallazgo refleja la interacción de mecanismos inflamatorios, autoinmunes y estructurales que predisponen a la inestabilidad eléctrica cardíaca, justificando la implementación de protocolos de tamizaje cardiovascular temprano y monitorización electrocardiográfica sistemática.

CARDIOLOGÍA DE LA MUJER

125 Complicaciones del embarazo como ventana de riesgo cardiovascular: metaanálisis de eventos mayores cardiovasculares (Mace) y fenotipos de disfunción cardíaca en la mujer

Marisol Carreño Jaimes; *Luis Alberto Arciniegas Torrado*

Introducción
Las complicaciones del embarazo, hipertensión gestacional, preeclampsia (PE), parto pretérmino y diabetes gestacional (GDM), se reconocen como marcadores tempranos de disfunción endotelial, inflamación y remodelado cardíaco persistente. El presente metaanálisis integra la evidencia disponible sobre la relación entre complicaciones del embarazo y riesgo cardiovascular a largo plazo, con el fin de orientar estrategias de seguimiento y prevención posparto.

Materiales y Métodos
Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis conforme a la guía PRISMA 2020. Se buscaron estudios en MEDLINE, Embase, Cochrane, Scopus y Web of Science publicados entre enero de 1990 y marzo de 2025, que evaluaran la asociación entre APO (PE, parto pretérmino, GDM o hipertensión gestacional) y riesgo posterior de HFpEF, FA o MACE. Se incluyeron estudios de cohortes con >=12 meses de seguimiento que reportaran estimadores ajustados (RR, OR o HR) con intervalos de confianza al 95 %. Dos revisores realizaron la selección independiente de títulos, resúmenes y texto completo, y extrajeron los datos utilizando una plantilla estandarizada. La calidad metodológica se evaluó mediante Newcastle–Ottawa Scale, y la heterogeneidad estadística mediante I^2.
Los estimados se agruparon mediante un modelo de efectos aleatorios DerSimonian–Laird.

Resultados
Se identificaron 6 842 registros en las bases de datos principales. 26 estudios fueron evaluados en texto completo y 7 cumplieron criterios de inclusión cuantitativa, con un total combinado de más de 2,3 millones de mujeres y un seguimiento promedio de 10,4 años (rango 5–25 años). Los estudios provenían de cohortes poblacionales de Norteamérica, Europa y Asia-Pacífico, con definición homogénea de las complicaciones del embarazo según criterios del NIH y la OMS. El 78 % de las participantes presentó al menos una complicación del embarazo (mayoritariamente preeclampsia o parto pretérmino). La edad media al final del seguimiento fue de 45 a 58 años. La mayoría de los estudios ajustaron por hipertensión, diabetes y tabaquismo preexistentes. HFpEF tras preeclampsia o hipertensión del embarazo (HDP): Pooled RR = 2.09 (IC95% 1.81–2.41; I^2 = 0.0 %), sin evidencia de heterogeneidad. Los análisis individuales mostraron consistencia entre cohortes noruegas y canadienses. MACE tras parto pretérmino: Pooled RR = 1.69 (IC95% 1.54–1.85; I^2 = 0.0 %), sin diferencias por región o duración del seguimiento (<10 vs >=10 años). Enfermedad cardiovascular tras diabetes gestacional: Un único estudio con HR 1.80 (1.62–2.00), consistente con las tendencias observadas. La heterogeneidad global fue baja (I^2 < 25 %) en todos los modelos. Prueba de Egger (p = 0.41).

Conclusiones
Las complicaciones del embarazo se consolidan como predictores tempranos de enfermedad cardiovascular en la mujer. Estos hallazgos respaldan la inclusión del historial obstétrico en la estratificación del riesgo cardiovascular, la detección activa de disfunción diastólica y arritmias en el seguimiento posparto, y el desarrollo de programas de prevención cardiovascular integrados desde la atención materna.

126 Desenlaces mayores maternos y factores asociados a pronóstico en las gestantes con cardiomiopatías y otras cardiopatías secundarias. Un estudio a partir del registro REMEC.

David Aristizábal Colorado; *Alejandro Narváez Orozco; Santiago Sierra Castillo; Miguel Bernardo Giraldo Serna; Jairo Alfonso Gándara Ricardo; Edison Muñoz Ortiz*

Introducción
Las cardiomiopatías durante el embarazo son una causa relevante de morbilidad materna severa y complicaciones perinatales. La presencia de insuficiencia cardíaca agrava el pronóstico y aumenta el riesgo de muerte materna y fetal hasta en un 11% [1]. Sin embargo, en Latinoamérica existe poca información que permita caracterizar estos desenlaces, así como el comportamiento de los factores que empeoran el pronóstico en esta población, que de por si es de alto riesgo. Este estudio busca aportar evidencia del contexto nacional para mejorar la estratificación y el manejo cardio-obstétrico.

Materiales y Métodos
Estudio observacional, analítico a partir de la cohorte prospectiva consignada en el registro REMEC (Registro de EMbarazo y Enfermedad Cardiaca). Se incluyeron todas las gestantes con cardiomiopatías incluidas desde la creación del registro hasta diciembre de 2024. Se efectuó análisis descriptivo de la cohorte y adicionalmente un análisis bivariado y multivariado para identificar factores asociados al desenlace materno compuesto por muerte cardiaca, edema agudo de pulmón, deterioro de clase funcional, arritmia con requerimiento de manejo médico

Resultados
Se incluyeron 54 gestantes con edad promedio de 28,6 años. Las cardiopatías más frecuentes fueron la cardiomiopatía dilatada (31,5%), periparto (20,4%) e hipertensiva (13%). Las comorbilidades predominantes fueron hipertensión arterial crónica (14,8%) y preeclampsia (11,1%).
La mortalidad materna total fue del 3,7%. El edema agudo de pulmón ocurrió en el 19.6% y el deterioro de clase NYHA en el 13%. Los desenlaces fetales mostraron una alta frecuencia para parto pretérmino (47,7%) y mortalidad perinatal/neonatal del 7,4% en estas pacientes. El desenlace materno compuesto se presentó en 12 pacientes 22.2%. La asociación con las variables de mayor importancia tras el análisis multivariado se demuestra en la tabla 1.

Conclusiones
Aproximadamente una de cada 4 maternas con cardiomiopatías y otras cardiopatías secundarias presentó un evento cardíaco mayor definidos como muerte de causa cardiaca, edema agudo de pulmón, deterioro de clase funcional, arritmia con requerimiento de manejo médico. Las pacientes que iniciaron su gestación con clases funcionales III-IV presentaron una asociación aún mayor con dichos eventos.
Los hallazgos refuerzan la necesidad de equipos cardio-obstétricos especializados, identificación temprana del riesgo y seguimiento estrecho.

127 Diferencias por sexo en la respuesta a la rehabilitación cardíaca en Colombia: resultados en actividad física y fuerza prensil

Nelson Fernelly González Cetina; *Andrea Del Pilar Rivas Plazas; Carlos Andrés Monroy; Giovana Patricia Reyes; Atilio Júnior Ferrebuz Cardozo; Claudia Víctoria Anchique Santos*

Introducción
La rehabilitación cardíaca (RC) es una estrategia de prevención secundaria eficaz para reducir la mortalidad y mejorar la salud en pacientes con enfermedad coronaria (EC).
Sin embargo, se han documentado brechas de género en los resultados de la RC, particularmente en países de bajos y medianos ingresos, lo que hace necesario estudiar estas diferencias. Por lo tanto, el objetivo fue examinar las diferencias por sexo en los niveles de actividad física y fuerza prensil al inicio y finalización de un programa ambulatorio de RC de 36 sesiones en Colombia.

Materiales y Métodos
Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes con diagnóstico de EC que completaron un programa de RC fase II entre enero y diciembre de 2023.
La actividad física se evaluó mediante el conteo diario de pasos con podómetro y la fuerza prensil mediante dinamometría de agarre. Los valores se compararon según sexo al inicio y al finalizar las 36 sesiones.

Resultados
Se incluyeron 185 pacientes con EC, con una participación femenina del 30% de la población. Al comenzar la RC las mujeres presentaron menos lesiones angiográficamente significativas y, en consecuencia, menos intervenciones de revascularización.
Al concluir las 36 sesiones, las mujeres aumentaron un promedio de 448 pasos/día y los hombres aumentaron 787 pasos/día. En cuanto a la fuerza de agarre las mujeres cambiaron de 20,1 a 22,8 kg y los hombres de 32,4 a 35,3 kg. Se destaca que las mujeres iniciaron y finalizaron la RC con valores significativamente más bajos en ambas mediciones, demostrando diferencias de sexo en los resultados de la RC.

Conclusiones
Los resultados de este estudio concuerdan con reportes internacionales que demuestran una menor participación y respuesta funcional de las mujeres en programas de rehabilitación cardíaca. Estudios multicéntricos han documentado menores incrementos en capacidad física y fuerza muscular en mujeres, incluso tras programas estructurados de RC.
Los hallazgos de este estudio confirman que la RC ambulatoria produce mejorías significativas en la actividad física y la fuerza prensil en ambos sexos; sin embargo, las mujeres mantienen niveles inferiores en ambos desenlaces. Estas diferencias podrían estar asociadas con factores biológicos, como menor masa muscular y capacidad cardiorrespiratoria, además de determinantes socioculturales que limitan la adherencia y participación. Reforzando la necesidad de incorporar un enfoque diferencial por sexo en la evaluación, prescripción y seguimiento del ejercicio para optimizar los resultados en la rehabilitación cardíaca.

128 Enfermedad renal crónica y factores de riesgo cardiometabólico en mujeres de una población rural en Ecuador.

Carlos Andrés Avellán Wong; *Julio Andrés Franco Vivas; Nilmar del Valle Toro Arvelaiz; Laura Elena Mayo Peña; Marlon Toro Solórzano; Moraima Ibarra Serrano*

Introducción
INTRODUCCIÓN: Existe relación entre la enfermedad renal crónica (ERC) y el síndrome metabólico(SM). Igualmente, esta descrito la incidencia de la hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) en la prevalencia de ERC en la población general. Escasos análisis sobre ERC y SM han sido conducidos en la población rural femenina del Ecuador.
OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de la enfermedad renal crónica y su asociación con el síndrome metabólico en mujeres de una población rural del cantón Milagro, Guayas, Ecuador.

Materiales y Métodos
MÉTODOS: Estudio transversal, incluyó a 165 mujeres, evaluadas en la consulta cardio metabólica del Hospital Cristiano de Espacialidades, entre junio-agosto de 2025. Se calcularon estadísticas descriptivas para edad, índice de masa corporal (IMC), circunferencia abdominal (CA), presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), niveles de glucosa, colesterol total y creatinina. La tasa de filtración glomerular (TFGe) se estimó con la ecuación de la CKD-EPI 2021. Se clasificaron en cinco categorías la ERC según guías KDIGO. Se calcularon las probabilidades (OR) para ERC mediante un modelo de regresión logística, utilizando como variables los componentes clínicos del SM.

Resultados
RESULTADOS: Evaluación de 165 mujeres, edad 45,10(±13.85) años, PAS 125.81 (±20.02) mmHg, PAD 77,27 (±12.95) mmHg, creatinina 0.86 (±0.15) mg/dL, glucosa 106,78 (±52,47) mg/dL y colesterol 202,44 (±20.22) mg/dL. La prevalencia de SM fue de 67 pacientes (40,6%) y la de ERC 86 pacientes (52.1%). La TFGe promedio fue 87.67 (±20.22) mL/min. La distribución de ERC según KDIGO fue en G1 47.9%, G2 41.8% y G3a 10.3%. El análisis de regresión logística mostró que la glucosa fue el predictor más potente, aumentando la probabilidad de enfermedad renal crónica en un 6.0% (OR = 1,060; p= 0,002), seguido de la circunferencia abdominal con 0.9% (OR = 1,009; p= 0,506) y colesterol con 0.4% (OR = 1,004; p= 0,764). Igualmente, cuando dos de estos predictores metabólicos se unían aumenta la probabilidad de ERC KDIGO1(OR = 1,155; p= < 0,001). Los modelos demostraron un alto rendimiento predictivo AUC: 0,728 para enfermedad renal crónica.

Conclusiones
CONCLUSIONES: La prevalencia de ERC en la población femenina y rural del Ecuador es alta. Se identificaron factores de riesgo que inciden en la progresión de la ERC. Se requiere de una intervención temprana de estos factores de riesgo y establecer políticas de salud pública efectivas para la prevención y el tratamiento de la ERC y SM en la población femenina y rural del Ecuador.

129 Prevalencia del síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular y endocrina en mujeres de una población rural en Ecuador.

Laura Elena Mayo Peña; *Nilmar del Valle Toro Arvelaiz; Julio Andrés Franco Vivas; Carlos Andrés Avellán Wong; Marlon Toro Solórzano; Moraima Ibarra Serrano*

Introducción
Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbimortalidad en mujeres. Estudios epidemiológicos evaluaron el síndrome metabólico (SM) y los factores de riesgo con la enfermedad cardiovascular y metabólica en la población general, pocos han revisado la población femenina y rural del Ecuador. Esta población puede presentar factores de riesgo que conducen al incremento de enfermedad cardiovascular y metabólica.
OBJETIVOS: Determinar la prevalencia del síndrome metabólico (SM) y su asociación con enfermedad cardiovascular y endocrina en mujeres de una población rural del cantón Milagro, Guayas, Ecuador.

Materiales y Métodos
Estudio transversal y descriptivo, incluyó a 165 mujeres evaluadas en la consulta cardio metabólica del Hospital Cristiano de Especialidades, entre junio-agosto de 2025. Se calcularon estadísticas descriptivas para edad, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus(DM), índice de masa corporal (IMC), circunferencia abdominal (CA), presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), niveles de glucosa y colesterol total. Mediante regresión logística se estimaron las probabilidades (OR) para enfermedades cardiovasculares (HTA, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular) y endocrinas (DM) en relación con los biomarcadores del síndrome metabólico.

Resultados
Estudio de 165 mujeres, edad promedio 45,10 (±13.85) años, HTA 42.4%, DM 38.8%, IMC 30,12 (±6.17) kg/m^2, CA 88.52 (±14,52) cm, PAS 125.81(±20,02) mmHg, PAD 77,27 (±12,95) mmHg, niveles de glucosa en 106,78 (±52,47) mg/dL y colesterol 202,44 (±20.22) mg/dL que superan los umbrales estándar. La prevalencia de SM en 67 pacientes (40,6%), al relacionar la variable más prevalente, la CA representa el 53,3%, glucosa con 44,8%, HTA con 41,8% y colesterol con 44,2%. El análisis de regresión logística mostró que la PAD fue el predictor más potente aumentando la probabilidad de enfermedad cardiovascular en un 38.5% (OR = 1,385; p= < 0,001) y la probabilidad de enfermedad endocrina está influenciada por el IMC en un 11% (OR = 1,110; p= < 0,001). La PAS, colesterol y circunferencia abdominal también contribuyen significativamente al riesgo de ambas enfermedades Los modelos demostraron un alto rendimiento predictivo AUC 0,713 para enfermedad cardiovascular y 0,883 para enfermedades endocrinas.

Conclusiones
El síndrome metabólico y los marcadores biológicos evaluados se asociaron con el riesgo de enfermedad cardiovascular y metabólica en la población femenina y rural del cantón Milagro, Guayas, Ecuador. La atención médica y nutricional especializada junto con las intervenciones farmacológicas son vitales para mejorar la detección temprana y el tratamiento del síndrome metabólico, la enfermedad cardiovascular y metabólica en esta población.

CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

130 Anomalía de Ebstein: Resultados quirúrgicos de un centro cardiovascular referente en Colombia.

Juan Miguel Mantilla Zambrano; *Expedito Badillo Ayala; José Leónidas Olaya Forero; Veronique Lárez; Alvaro Gallego Ojeda; Steven Vergara Ángulo; Catalina Rojas Reyes; Tatiana Castañeda; Cristian Camilo Páez Cancelado*

Introducción
La anomalía de Ebstein representa menos del 1% de las cardiopatías congénitas, con un amplio espectro anatómico, fisiológico y etario que condiciona la estrategia quirúrgica. En latinoamérica existe poca literatura que describa los resultados quirúrgicos.

Materiales y Métodos
Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes con anomalía de Ebstein operados consecutivos entre 2012-2025 en un hospital cardiovascular referente en Colombia. Se recopilaron características demográficas, clasificación anatómica, parámetros ecocardiográficos, tipo de cirugía (corrección univentricular , biventricular o 1.5 ventricular) y complicaciones tempranas.

Resultados
Se analizaron 14 pacientes, edad mediana de 22 años (rango 1–51). Los subtipos anatómicos fueron: tipo B 57.1% (), seguidos por los tipos C 28.6% (4) y D 14.3% (2). Todos presentaron insuficiencia tricuspídea severa (grado IV) al ingreso, además de dilatación significativa del ventrículo derecho.
El 14.3% (2) requirió estrategias univentriculares tipo Starnes, combinadas con Glenn (1 caso) o con fístula sistémico-pulmonar (1 caso). El 35.7% (5), recibió una corrección tipo uno y medio ventricular, mediante Cono + Glenn (4 casos) y reemplazo valvular tras falla de plastia asociado a Glenn (1 casos). El 50% (7) fue manejado mediante reparación biventricular, incluyó reparación tipo Cono aislado como primer tiempo (4 casos), reemplazo valvular tras falla de plastia (1 casos) y dos de ellos fueron llevados de corrección tipo 1.5 ventricular a biventricular mediante reemplazo valvular tricuspídeo con desmontaje de Glenn y plastia pulmonar (2 casos; uno como primera intervención en la institución y otro como segunda intervención con un intervalo de tres años). 4 pacientes fueron llevados de corrección tipo 1.5 ventricular a biventricular sin presentar mortalidad temprana asociada.
Procedimientos complementarios fueron: atrioseptostomía (5), plicatura del ventrículo derecho (3), cierre de comunicación interauricular (2) y un Cox-Maze. Dos pacientes (14.3%) requirieron tórax abierto con cierre diferido. Los tiempos de circulación extracorpórea promedio fueron 136.7 ± 37.6 minutos para y 71.9 ± 22.3 minutos para el tiempo de clampeo. Un ECMO durante la conversión de 1.5 ventricular a biventricular.
Complicaciones mediatas incluyeron falla ventricular derecha, taponamiento cardíaco, neumotórax masivo y cierre diferido del tórax, una incidencia global del 21.4%. Tres requirieron marcapasos permanente (21.4%) y uno un cardiodesfibrilador implantable (7.1%). La mortalidad temprana fue del 14.3% (2/14).
En la evaluación ecocardiográfica posoperatoria, la insuficiencia tricuspídea se clasificó como grado IV en 1 paciente (7.1%), grado II–III en 2 (14.3%), grado II en 4 (28.6%), grado I en 5 (35.7%) y sin insuficiencia en 1 paciente (7.1%). Se registró una prótesis tricuspídea disfuncionante (7.1%), correspondiente al paciente fallecido.

Conclusiones
La corrección quirúrgica de la anomalía de Ebstein puede realizarse con morbimortalidad comparable internacionalmente, incluso en anatomías complejas. La conversión de la fisiología 1.5 ventricular a Biventricular es posible y exitosa a corto y mediano plazo. La selección del procedimiento (biventricular, 1.5 ventricular o Starnes) debe individualizarse según la morfología valvular y la función del ventrículo derecho. Estos datos contribuyen al conocimiento regional y respaldan la importancia de equipos especializados en cirugía congénita.

131 Cardiomiopatía primaria en pediatría: experiencia en Colombia

Andrés David Aranzazu Ceballos; *Margarita María Zapata Sánchez; Carolina Baquero; Rafael Correa Velásquez; Eliana Mabel Cañas*

Introducción
Las cardiomiopatías de inicio en la niñez son raras y pobremente caracterizadas. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas de una cohorte de cardiomiopatías primarias pediátricas con un énfasis en etiología y desenlaces a corto y largo término

Materiales y Métodos
Estudio descriptivo retrospectivo, que incluyó pacientes con cardiomiopatías primarias menores de 18 años al momento del diagnóstico, para evaluación clínica, etiológica y desenlaces de cada subtipo morfológico de cardiomiopatía.

Resultados
Un total de 76 individuos cumplieron los criterios de inclusión. La cardiomiopatía dilatada fue el subtipo más frecuente (48,6%), seguido por hipertrófica (31,5%), trabeculaciones excesivas (10,5%), restrictiva (5,2%) y arritmogénica (3,9%). La media de edad al diagnóstico de la población fue de 6,3 ±5,6 años, con una predominancia en el sexo femenino (56.6%). La mayoría de pacientes fueron sintomáticos al momento del diagnóstico. La tasa de diagnóstico genético fue de 26,3%, las variables patogénicas o probablemente patogénicas más frecuentes fueron MYH7, FLNC, TTN y MYBPC3 entre los subtipos morfológicos de cardiomiopatías. El 94,7% de los pacientes recibieron por lo menos un medicamento cardiovascular y 9,2% dispositivos intracardiacos. La tasa de mortalidad y trasplante cardíaco fueron 22,3% y 15,7% respectivamente.

Conclusiones
Las cardiomiopatías primarias son raras en lactantes y niños y están asociadas a significativa morbilidad y mortalidad. La base genética de las cardiomiopatías y la correlación fenotipo-genotipo, tienen importante impacto en el diagnóstico oportuno, seguimiento clínico, tamizaje en cascada, prevención primaria, secundaria de muerte súbita y desenlaces. El conocimiento de las cardiomiopatías pediátricas en nuestro país y en el mundo, es una necesidad creciente y una motivación para nuevos estudios.

132 Experiencia en el manejo de la patología obstructiva del arco aórtico en el servicio de cirugía cardiovascular en un hospital de referencia de Cundinamarca.

Veronique Lárez; *Juan Miguel Mantilla Zambrano; José Leónidas Olaya Forero; Expedito Badillo Ayala; Alvaro Gallego Ojeda; Cristian Camilo Páez Cancelado; Steven Vergara Angulo; Catalina Rojas Reyes; Tatiana Castañeda*

Introducción
Las patología congénita obstructiva del arco aórtico, incluyendo la Coartación (CoA), arco hipoplásico (AH) y la Interrupción (IAA), representa una emergencia quirúrgica neonatal. El manejo incluye la reparación quirúrgica abierta o estrategias híbridas paliativas, cada una con perfiles de riesgo distintos, especialmente en pacientes neonatales o con lesiones asociadas complejas. El objetivo de este estudio es describir los resultados de morbimortalidad en una cohorte de pacientes intervenidos por estas patologías.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio retrospectivo y observacional de una cohorte de 72 pacientes con diagnóstico de patología obstructiva del arco aórtico sometidos a intervención quirúrgica o híbrida entre el año 2015 y 2025. Se analizaron variables demográficas, tipo de procedimiento (reparación abierta vs. procedimiento híbrido) y los desenlaces primarios (mortalidad hospitalaria) y secundarios (tiempos de hospitalización, uso de oxigenación por membrana extracorpórea postoperatoria y reintervenciones).

Resultados
En los resultados se evidenció una población predominantemente de neonatos e infantes (87.5% menores de 1 año). Los diagnósticos incluyeron 9 casos (12.5%) de IAA y 63 (87.5%) de CoA de los cuales 13 (20.6%) corresponden a coartación aislada y 50 (79,4%) a coartación asociada a arco aórtico hipoplásico. Del total, 10 (13.9%) procedimientos fueron abordajes híbridos (stent ductal y/o cerclaje de ramas pulmonares) y 62 (86.1%) fueron reparaciones quirúrgicas abiertas. La mortalidad operatoria de la cohorte fue del 36.1% (26/72). Las morbilidades mayores incluyeron la necesidad de ECMO postoperatorio en el 12.5% (9/72) de los casos y reintervención quirúrgica en el 27.8% (20/72).

Conclusiones
En nuestros resultados los hallazgos más significativo es la supervivencia temprana hospitalaria global total fue del 63.9% (46/72 pacientes). Este resultado se obtuvo en una población de alta complejidad, compuesta en un 87.5% por neonatos e infantes, e incluyendo patologías críticas como la Interrupción del Arco Aórtico. Destaca el éxito de los pacientes llevados a reparación quirúrgica abierta, que logró una tasa de supervivencia del 67.7% (42/62 pacientes). En cuanto a los pacientes que recibieron abordaje híbrido presentaron una supervivencia del 40% lo que se encuentra relacionado a la alta complejidad de este tipo de pacientes principalmente relacionado con la edad neonatal y el bajo peso factores que se asocian significativamente con un mayor riesgo de mortalidad. Estos hallazgos demuestran la capacidad del centro para abordar quirúrgicamente todo el espectro de la patología obstructiva del arco aórtico, al tiempo que subrayan la importancia de continuar impulsando la necesidad de optimización continua del manejo perioperatorio multidisciplinario.

133 Más allá del peso: experiencia en cierre percutáneo de comunicación interauricular en pacientes pediátricos de bajo peso

Yazmin Karina Arroyo Nisperuza; *Ana María Aristizábal Bolaños; Luz Elena Arbeláez Correa*

Introducción
La comunicación interauricular (CIA) tipo ostium secundum constituye una de las cardiopatías congénitas más prevalentes y el cierre endovascular se ha establecido como la estrategia terapéutica de elección, considerada el estándar de oro, para la mayoría de los casos con anatomía favorable y peso mayor de 15 kg.
Esta técnica ha demostrado una eficacia equivalente y una seguridad excelente en comparación con el cierre quirúrgico. Además, el procedimiento endovascular ofrece beneficios clínicos superiores, incluyendo menor morbilidad y estancia hospitalaria.
La experiencia acumulada ha impulsado el tratamiento endovascular de pacientes más jóvenes y con menor peso. Múltiples series han confirmado la factibilidad del cierre percutáneo en pacientes con peso inferior a 10 kg. Por ejemplo, un estudio multicéntrico en pacientes con peso menor a 8 kg reportó una tasa de éxito del 97.1% y una mejoría clínica significativa. No obstante, los análisis de cohortes extensas sugieren que la población pediátrica con peso menor de 15 kg presenta un riesgo significativamente mayor de complicaciones periprocedurales y tardías, lo que subraya la necesidad de una evaluación rigurosa del equilibrio entre riesgo y beneficio en estos pacientes.

Materiales y Métodos
Serie de casos retrospectiva de pacientes menores de 15 kg con diagnóstico de CIA con repercusión hemodinámica, seleccionados para cierre percutáneo. Se registraron datos demográficos, características del defecto, dispositivo implantado, eventos periprocedimiento y en seguimiento, y parámetros antropométricos antes y a los 6 meses. La evaluación incluyó ecocardiograma transtorácico/transesofágico pre y post procedimiento y control clínico y ecocardiográfico a 1, 3 y 6 meses.

Resultados
Se incluyeron 3 pacientes (2 de 4 años y 1 de 3 años) con pesos de 12.8, 12.0 y 11.6 kg. Los diámetros ecocardiográficos del defecto fueron 12 mm, 8 mm y 11 mm; se implantaron dispositivos Amplatzer occluder de 15 mm, 11 mm y 17 mm, respectivamente. Todos los procedimientos se completaron con éxito y sin complicaciones intraprocedimiento ni necesidad de cirugía. En el seguimiento a 6 meses todos los pacientes presentaron mejoría clínica con ganancia ponderoestatural y ausencia de síntomas; los ecocardiogramas de control no mostraron cortocircuito residual ni signos ecocardiográficos de erosión o compromiso valvular. No se documentaron eventos adversos en zonas de punción, eventos tromboembólicos ni arritmias durante el periodo de seguimiento.

Conclusiones
Estos hallazgos, concordantes con informes previos, respaldan el cierre percutáneo como una estrategia terapéutica viable y segura en niños de bajo peso, siempre que se cuente con una adecuada selección del caso y experticia.

134 Primeros resultados de la implantación percutánea de restrictores de flujo pulmonar en neonatos y lactantes con cardiopatía congénita compleja en un Hospital cardiovascular Soacha, Cundinamarca, Colombia. (Enero 2024 - Octubre 2025)

Yazmin Karina Arroyo Nisperuza; *Luz Elena Arbeláez Correa; Ana María Aristizábal Bolaños*

Introducción
El manejo paliativo del hiperflujo pulmonar en Cardiopatías Congénitas Complejas tradicionalmente requiere banding quirúrgico de arterias pulmonares, un procedimiento invasivo con morbilidad significativa y potencial para distorsión del crecimiento arterial pulmonar. El desarrollo de dispositivos restrictores de flujo pulmonar (PRF) por cateterismo ofrece una alternativa mínimamente invasiva que podría optimizar el control hemodinámico y reducir las complicaciones.

Materiales y Métodos
Estudio descriptivo de serie de casos pacientes con cardiopatías congénitas que requirieron restricción controlada del flujo pulmonar como paliación etapa 1, en el periodo enero de 2024 y octubre de 2025, en el Hospital Cardiovascular de Cundinamarca (Soacha, Colombia). Los dispositivos MVP se implantaron bajo guía fluoroscópica y ecocardiográfica, dirigiéndose a las arterias pulmonares según el flujo observado. El éxito técnico se definió como la implantación adecuada del dispositivo con restricción hemodinámica inmediata.
Se recopilaron datos demográficos, anatómicos y procedimentales a partir de registros clínicos electrónicos, documentando características basales, parámetros procedimentales, eventos adversos y éxito en llegar a la segunda etapa.

Resultados
La edad mediana al momento del procedimiento fue de 22 días (rango 7–120) y el peso mediano de 2,9 kg (rango 2,0–4,3).
Los diagnósticos más frecuentes fueron complejo de corazón izquierdo hipoplásico (30%), canal auriculoventricular completo tipo A (20%) y síndrome de corazón izquierdo hipoplásico (20%).
Tres pacientes (30%) presentaron prematurez, y tres (30%) bajo peso al nacer.
Se identificaron síndromes genéticos en tres pacientes (30%): dos con trisomía 21 y uno con síndrome de DiGeorge.
El implante del RFP fue técnicamente exitoso en el 100% de los 10 pacientes. En la arteria pulmonar derecha se utilizaron principalmente los dispositivos 7Q y 9Q (50% cada uno), mientras que en la arteria pulmonar izquierda predominaron el 7Q (50%) y el 9Q (30%). La tasa de complicaciones fue 30%, la más relevante la migración distal temprana del RFP en la API en un caso (10%). Otras complicaciones elevación transitoria del segmento ST (10%) y flutter auricular (10%). Se registró una muerte de un paciente durante el procedimiento.
Respecto a la etapa quirúrgica, el 60% de los pacientes progresó satisfactoriamente a un staging to repair y el 30% a una reparación biventricular completa.

Conclusiones
La implantación de restrictores de flujo endovascular permiten de manera segura la realización de paliación de etapa 1 en pacientes cardiopatías congenitas. Evitando riesgos asociados al cerclaje quirúrgico. Este estudio es el primer reporte de casos en Colombia, representando una vía prometedora para mejorar resultados en cardiopatias complejas.

135 Resultados a corto y largo plazo tras valvuloplastia pulmonar percutánea con balón en estenosis valvular pulmonar crítica o grave pediátrica: 20 años de experiencia en un centro de referencia cardiovascular en Medellín, Colombia

Andrea Dávila Ruales; *Sergio Andrés González Butrón; Guillermo José Aristizábal Villa; Rafael Lince Varela*

Introducción
La estenosis valvular pulmonar (EVP) representa entre el 8 y 10% de las cardiopatías congénitas. Su forma crítica, frecuente en neonatos, depende del ductus arterioso y puede cursar con cianosis y desaturación; y la forma grave se define por gradientes máximos >= 64 mmHg o medios >= 35–40 mmHg por Doppler. En ambos casos, la presión del ventrículo derecho puede igualar o superar la presión sistémica, con compromiso hemodinámico significativo. La valvuloplastia pulmonar con balón (VPB) es el tratamiento de elección para la EVP moderada a grave y ha demostrado eficacia con baja tasa de complicaciones. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados a corto y largo plazo de la VPB en una cohorte pediátrica en un centro de referencia en Medellín, Colombia.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva, en pacientes de 0 a 24 meses intervenidos entre 2004 y 2024. Se excluyeron pacientes con cirugía previa, cardiopatías complejas o historia clínica incompleta.

Resultados
De 148 pacientes, 129 fueron analizados. La mediana de edad al procedimiento fue 1.5 meses (RIC 0.2–6.3); 48.7% fueron varones y 38.8% presentaron EVP crítica. El 34.8% requirió prostaglandina E1 y 4.6% tuvo comorbilidades, principalmente síndrome de Noonan. El Z-score del anillo pulmonar fue <=−2 en 41.8%. La relación balón/anillo fue 1.28 (RIC 1.25–1.33) y el tiempo medio de cateterismo 38 min (RIC 25–50). El seguimiento mediano fue de 5 años (RIC 2–10). Tras la VPB, el gradiente pico VD/AP se redujo de 44 mmHg (RIC 41–58.5) a 7 mmHg (RIC 3.5–12) y la presión sistólica del VD de 70 mmHg (RIC 62–85) a 36 mmHg (RIC 28–46) (p<0.01). Ecocardiográficamente, el gradiente máximo transvalvular disminuyó de 75 mmHg (RIC 65–100) a 22 mmHg a los 6 meses y a 16 mmHg después de los 6 meses, evidenciando una reducción sostenida sin necesidad de reintervención en la mayoría. La insuficiencia tricuspídea, descendió de 56.9% a 33.3%. En el grupo con IT moderada a grave, pre cateterismo, el 75% tenía presiones del VD >=70 mmHg, mientras que en el grupo con IT trivial o leve fue en el 30%. La insuficiencia pulmonar (IP) aumentó de 77.5% a 94.6% durante el seguimiento, siendo leve o trivial en 79.5% de los casos. Un 17.8% de los pacientes requirió reintervención, principalmente una segunda VPB (58.3%); un grupo menor requirió cirugía con bioprótesis o homoinjerto pulmonar. Tres pacientes recibieron válvula Melody entre los 12 y 15 años post-VPB.

Conclusiones
La valvuloplastia pulmonar con balón en pacientes pediátricos mostró una mejoría hemodinámica significativa y reducción sostenida del gradiente transvalvular, con una baja tasa de complicaciones agudas. A largo plazo, la insuficiencia pulmonar leve es frecuente pero clínicamente bien tolerada. Cerca de una quinta parte de los pacientes requirió reintervención, mayoritariamente percutánea. Estos hallazgos respaldan la VPB como el tratamiento de primera línea para la estenosis valvular pulmonar congénita, enfatizando la importancia del seguimiento ecocardiográfico estructurado para identificar de forma temprana la disfunción valvular residual o progresiva. Futuros estudios multicéntricos permitirán validar estos hallazgos y definir predictores de evolución a largo plazo en nuestra población.

136 Resultados clínicos y desenlaces ajustados por riesgo en cirugía cardiovascular congénita: experiencia del Hospital San Vicente Fundación

Luisa María Parra Rodas; *Sonia Emilsen Morales Echavarría; Ana María Cadavid Betancur*

Introducción
La cirugía cardiovascular de cardiopatías congénitas representa un reto asistencial complejo que exige la evaluación sistemática de los desenlaces clínicos y la comparación con estándares internacionales de calidad. El International Quality Improvement Collaborative for Congenital Heart Disease (IQIC) establece metas globales para indicadores clave de morbilidad y mortalidad.

Materiales y Métodos
Objetivo:
Describir los desenlaces clínicos globales y ajustados por riesgo RACHS-1 en cirugía cardiovascular congénita entre 2017 y 2024, comparando el desempeño institucional con las metas IQIC 2024.
Métodos:
Se realizó un análisis retrospectivo de 539 cirugías consecutivas en pacientes con cardiopatías congénitas. Se evaluaron la mortalidad ajustada según RASH-1 (Risk Adjustment for Congenital Heart Surgery), las complicaciones mayores y los índices estandarizados de mortalidad (SMR, Standardized Mortality Ratio) e infección (SIR, Standardized Infection Ratio) reportados por IQIC. La complejidad quirúrgica se clasificó mediante el modelo RACHS-1, y los resultados se compararon con los promedios y metas internacionales del IQIC.

Resultados
Entre 2017 y 2024 se realizaron 539 cirugías cardiovasculares pediátricas en el Hospital San Vicente Fundación (HSVF). El 54% fueron hombres y el 55% menores de un año al momento de la cirugía. La prevalencia de síndromes genéticos o anomalías cromosómicas fue del 22% (IQIC global 8%) y la de enfermedad médica mayor del 14.5% (IQIC 5%), evidenciando una población de mayor complejidad clínica.
En la distribución por categorías RACHS-1, el 38.4% de los casos correspondió a categoría 2 y el 21.3% a categoría 3, frente a 47.0% y 21.5%, respectivamente, en el promedio IQIC.
El HUSVF presentó una mayor proporción de procedimientos de alta complejidad (RACHS-4 a 6: 9.0% vs 7.3% IQIC), reflejando una expansión hacia cirugías más complejas.
La mortalidad hospitalaria combinada fue 8.2%, con una mortalidad ajustada por riesgo (SMR) de 1.76, superior al promedio IQIC (SMR 1.00, mortalidad 4.7%), que puede ser explicada por ser pacientes más comórbidos. La tasa de infección mayor fue 11.4%, con un índice ajustado (SIR) de 1.22, comparable al valor global IQIC (6.8%; SIR 1.25).

Conclusiones
El programa de cirugía cardiovascular congénita del HSVF fue creado en el 2017 y mantiene resultados clínicos comparables con la media internacional IQIC, pese a un alto porcentaje de casos complejos y comorbilidades asociadas. Esta experiencia demuestra que es posible alcanzar estándares globales de calidad dentro de un sistema de salud de ingresos medios, consolidando al HSVF como un referente nacional en cirugía cardíaca pediátrica y mejora continua de la calidad asistencial.

137 Resultados del manejo quirúrgico de pacientes con tetralogía de fallot y atresia pulmonar con comunicación interventricular en el Hospital Infantil San Vicente Fundación de Medellín entre 2017 y 2025

Sonia Morales; *Luisa Parra; Ana María Cadavid Betancur*

Introducción
La tetralogía de Fallot (TOF) es la cardiopatía congénita cianosante más común. En el hospital infantil de San Vicente Fundación de Medellín se inició un programa quirúrgico para el manejo de cardiopatías congénitas en el 2017 con auditoría internacional, hasta el momento se han realizado 600 cirugías cardiacas congénitas de las cuales 54 cirugías se realizaron para corrección completa de TOF y atresia pulmonar con comunicación interventricular (AP CIV).

Materiales y Métodos
Se realizó un análisis retrospectivo de todos los pacientes que recibieron reparo quirúrgico primario o secundario para TOF y AP CIV. Se excluyeron los pacientes con arterias colaterales aortopulmonares mayores (MAPCAS) y con otras cardiopatías asociadas. Se evaluó la mortalidad hospitalaria y las complicaciones mayores. Se realizó un análisis según la edad al momento de la cirugía y el tipo de cirugía realizada dividiendo los pacientes en dos grupos, cirugía con preservación o sin preservación de la válvula pulmonar. En este último grupo se analizaron las diferentes técnicas utilizadas.

Resultados
Un total de 54 pacientes fueron llevados a corrección quirúrgica. Del total de pacientes 24.1% tenían síndrome genético, 27,8% enfermedad médica mayor, 16,7% prematurez y 45,6% desnutrición global moderada o severa. Todos los pacientes fueron mayores de 3 meses, 24 pacientes (44%) tenían entre 3 meses y 1 año de vida, 25 pacientes (46.3%) entre 1 y 17 años y 5 pacientes (9,3%) fueron mayores de 18 años. El 11.1% de los pacientes tenían una fístula sistémico pulmonar previa. El 50 % de los pacientes fueron llevados a cirugía preservadora de válvula pulmonar, 13% fueron manejados con parche transanular, 14,8% con parche transanular + neovalva pulmonar, 16% recibieron conducto entre el ventrículo derecho y la arteria pulmonar y al 5,6% se les implantó una válvula biológica en posición pulmonar. La mortalidad global no ajustada fue del 7,4%, todos los pacientes que fallecieron tenían síndrome genético asociado.

Conclusiones
En el HSVF todos los pacientes que se llevaron a corrección de TOF y AP CIV fueron mayores de 3 meses. Esta población de pacientes tienen mayores comorbilidades que los observados en la población de referencia para nuestra institución lo cual puede explicar una tasa de mortalidad no ajustada ligeramente elevada.

138 Supervivencia a 30 años después de la reparación de Tetralogía de Fallot: abrir la discusión para cerrar la brecha entre Latinoamérica y países de alto ingreso. Metaanálisis global 1980–2025

Martha Cecilia Reyes Casas; *Isabella Perna Reyes; Marisol Carreño Jaimes; Luis Alberto Arciniegas Torrado*

Introducción
La reparación quirúrgica de la Tetralogía de Fallot (TOF) ha transformado el pronóstico de esta cardiopatía congénita. No obstante, persisten diferencias en los desenlaces a largo plazo entre regiones. En Latinoamérica, los datos de supervivencia tras corrección completa siguen siendo limitados, fragmentados y de menor seguimiento. Este metaanálisis busca cuantificar la supervivencia a 10, 20 y 30 años, y comparar los resultados de Latinoamérica frente a centros de alto ingreso, para estimar la magnitud y persistencia de la brecha regional.

Materiales y Métodos
Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis conforme a PRISMA 2020. Se buscaron estudios en PubMed, Embase, Scopus, Web of Science y Cochrane (1980–2025) que reportaran supervivencia >=10 años después de reparación completa de TOF. Se incluyeron cohortes con >=50 pacientes, seguimiento >=10 años y datos de Kaplan-Meier o tasas de supervivencia. Los resultados se agruparon mediante modelo de efectos aleatorios (DerSimonian-Laird). Se compararon los desenlaces por región (Latinoamérica vs alto ingreso) y era quirúrgica (<2000 vs >=2000). Los efectos se expresaron como hazard ratio (HR) de mortalidad y tasas de libertad de reintervención.

Resultados
Se incluyeron 20 cohortes (n=14 730 pacientes; Latinoamérica = 2 172; alto ingreso = 12 558) con seguimiento promedio de 22 años (rango 10–30). Supervivencia global: 10 años = 96.8% (IC95% 95–98); 20 años = 91.7% (IC95% 89–94); 30 años = 87.5% (IC95% 83–91). Países de alto ingreso: 10 años = 97.9%; 20 años = 93.6%; 30 años = 89.2%.
Latinoamérica: 10 años = 93.8%; 20 años = 85.6%; 30 años = 78.2%. La diferencia regional fue significativa (HR 1.58; IC95% 1.12–2.22; p = 0.006), reflejando mayor mortalidad tardía en Latinoamérica. La libertad de reintervención a 20 años fue 84.7% vs 70.9% (p < 0.01) respectivamente. En la era >=2000, la supervivencia mejoró en ambas regiones (+6% respecto a <2000), aunque la brecha relativa se mantuvo (? = 7.5%).

Conclusiones
A pesar de las mejoras sostenidas en las últimas cuatro décadas, los pacientes latinoamericanos reparados de TOF presentan menor supervivencia y mayor tasa de reintervención tardía que los operados en países de alto ingreso. Esta brecha persiste incluso en la era contemporánea, evidenciando limitaciones en el seguimiento especializado, la transición a la cardiología congénita del adulto y el acceso a reintervenciones. Se requieren redes latinoamericanas de seguimiento y políticas que garanticen equidad en los resultados quirúrgicos de cardiopatías congénitas.

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

139 Tendencias quirúrgicas en el tratamiento de las anomalías del origen de las arterias coronarias de la aorta (AAOCA): ¿De regreso al reimplante modificado?

Laura Sánchez; *Sara Cifuentes Navarrete; Ivonne Pineda; Nicolás Núñez; Carlos Obando; Julián Senociaín; Carlos Andrés Villa Hincapié; Jaime Camacho; Tomás Chalela; Néstor Sandoval*

Introducción
El origen anómalo de coronaria desde la aorta (AAOCA) es una condición potencialmente letal y la segunda causa de muerte súbita en atletas jóvenes. Se han descrito diversas técnicas quirúrgicas como destechamiento, bypass coronario o reimplante, el abordaje óptimo es incierto. Presentamos nuestra experiencia haciendo énfasis en la tendencia en el tiempo hacia el reimplante aorto-coronario modificado.

Materiales y Métodos
Estudio observacional retrospectivo en pacientes sometidos a cirugía entre 2010 y 2025. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, imagenológicos y quirúrgicos a partir de registros electrónicos. El seguimiento postoperatorio se efectuó mediante revisión sistemática de las historias clínicas y entrevistas telefónicas.
Las variables continuas se expresaron como medianas con rangos intercuartílicos, y las categóricas como frecuencias absolutas y porcentajes. Las comparaciones entre grupos (<18 años vs. >=18 años) se realizaron con la prueba U de Mann–Whitney para variables continuas y las pruebas de chi-cuadrado o exacta de Fisher para las categóricas. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p<0.05.

Resultados
38 pacientes (58% hombres) fueron sometidos a cirugía y se dividieron en grupos pediátrico y adulto. El dolor torácico fue el síntoma predominante (63%), seguido de intolerancia al ejercicio y síncope (ambos 37%), este último más frecuente en los pacientes jóvenes (58% vs. 27%, p=0.063). Tres pacientes (7.8%) presentaron arresto cardíaco.
El diagnóstico principal fue anomalía de la coronaria derecha (76%), con predominio en adultos (92% vs. 42%, p=0.004). La angiotomografía coronaria se utilizó en el 76% de los casos para el diagnóstico y la caracterización anatómica. El 82% de los pacientes se sometió a prueba de esfuerzo.
El destechamiento (53%) fue la técnica más empleada. En los últimos años se ha observado una transición hacia el reimplante, reproduciendo la anastomosis proximal aorto-coronaria ampliada dirigida según el trayecto de la coronaria con relación a la aorta ascendente. No se registró mortalidad intrahospitalaria. El seguimiento fue completo con una mediana de 33.3 meses; se documentó una muerte por leucemia mieloide aguda. Dolor torácico y disnea postoperatorios se presentaron en el 32% y 16% de los casos. Se registraron dos reintervenciones en pacientes menores de 18 años operados durante los primeros años de experiencia.

Conclusiones
La reparación quirúrgica del AAOCA es un procedimiento seguro en todas las edades. Aunque el destechamiento fue la técnica más utilizada, el uso de reimplante se ha incrementado progresivamente. Se requieren seguimiento a mediano y largo plazo de manera multimodal y funcional para determinar la efectividad del tratamiento; sin embargo, la estandarización de la técnica de reimplante modificada podría ofrecer resultados favorables.

140 Bentall y De Bono en patología de la aorta ascendente: análisis de mortalidad en una cohorte de alto riesgo

Rafael Figueroa Casanova; *Juan David Saavedra Henao; Juan Pablo Romero Daza*

Introducción
El procedimiento de Bentall y De Bono, consiste en el reemplazo simultáneo de la raíz y la válvula aórtica, consolidándose como la opción de manejo preferente para el aneurisma de la aorta torácica y la disección aórtica tipo A. Su elección se sustenta en su reconocida durabilidad y en las elevadas tasas de supervivencia a largo plazo reportadas. No obstante pese a sus beneficios sigue siendo una intervención compleja y de alto riesgo, especialmente cuando debe realizarse en situaciones de emergencia. En este contexto, nuestro objetivo fue evaluar la mortalidad en pacientes sometidos a cirugía de Bentall y De Bono debido a compromiso de la aorta ascendente

Materiales y Métodos
Se llevó a cabo un estudio descriptivo con una cohorte retrospectiva entre los años 2020-2025, que incluyó a todos los pacientes sometidos al procedimiento de Bentall y De Bono. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado de acuerdo con la etiología del compromiso de la aorta ascendente (aneurisma vs. disección), utilizando el software R-Studio.

Resultados
Se intervinieron 33 pacientes, los cuales el 93,93% eran hombres, con una edad promedio de 60,12 años (DE 11,29). El 54,54% presentaba hipertensión arterial, seguido de tabaquismo (27,27%) y dislipidemia (12,12%). En el 78,78% de los casos la etiología fue un aneurisma de aorta ascendente, con un diámetro promedio de 64,15 mm (DE 10,34), mientras que la disección aórtica representó el 21,21%.
La FEVI promedio fue del 55% (DE 45–59). Se documentó insuficiencia aórtica severa en el 84,84% de los pacientes. La etiología valvular predominante fue la degenerativa (90,90%). El procedimiento fue aislado en el 78,78% y combinado en el 21,21%. Los tiempos quirúrgicos promedios fueron 162 minutos para circulación extracorpórea y 131,5 minutos para tiempo de pinza. Se utilizó bioprótesis en el 21,21% y prótesis mecánica en el 78,78%. La mortalidad global fue del 15,15%, siendo cardiovascular el 12,12%.
El análisis bivariado mostró diferencias significativas en los pacientes con disección aórtica, quienes presentaron mayor carga de comorbilidades, necesidad de cirugía urgente y puntajes más altos en Euroscore y STS score mortalidad

Conclusiones
La cirugía de Bentall y De Bono continúa siendo una intervención fundamental para el manejo del compromiso de la aorta ascendente. A pesar de su complejidad y del riesgo inherente de mortalidad, ofrece resultados favorables y se mantiene como una estrategia quirúrgica de referencia en esta población de alto riesgo.

141 Caracterización clínica, genética y terapéutica de pacientes con síndrome de Marfan: experiencia institucional temprana en un centro de referencia en Colombia

Juliana Hernández Durán; *Isabella Casallas Gutiérrez; Deisy Tatiana Pineda Betancur; Julián Senociaín; Carolina Rivera; Carlos Eduardo Guerrero Chalela*

Introducción
En Colombia, los datos sobre el síndrome de Marfan son escasos y carecemos de información sobre su prevalencia, la variabilidad fenotípica, los desenlaces cardiovasculares o la frecuencia de intervenciones aórticas. Este estudio describe la experiencia institucional temprana en la caracterización clínica, la evaluación genética y el abordaje terapéutico de pacientes con síndrome de Marfan.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio observacional y descriptivo de un solo centro, que incluyó pacientes con diagnóstico clínico o genético de síndrome de Marfan. Se recolectaron variables demográficas, genéticas, clínicas, imagenológicas y quirúrgicas a partir de registros institucionales. El análisis fue descriptivo, empleando frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. Se evaluaron las asociaciones entre variables genéticas y hallazgos clínicos mediante pruebas de significancia.

Resultados
Se analizaron 46 pacientes (60,9 % hombres). La edad media al diagnóstico fue de 26.3 años. Los principales servicios captadores fueron cardiopediatría (32,6 %), genética (21,8 %) y cardiología (19,6 %).
Solo el 26% contaba con evaluación genética, en el 15% se identificó una variante patogénica en el gen FBN1, y en el 11% una variante no especificada. La mitad de los pacientes cumplió los criterios de Ghent, con un puntaje sistémico promedio de 2.96 ± 2.84 (rango 0–8).En 14 pacientes no se encontró información suficiente para valorar los criterios. El criterio de Ghent más frecuente fue la dilatación aórtica (60.9%), seguido por aracnodactilia (56.5%), dolicoestenomelia (50%), deformidad torácica (43.5%) y rasgos faciales característicos (43.5%). Se observó una asociación significativa entre la presencia de la variante genética y la dilatación aórtica (p = 0.003), así como entre esta y el antecedente de cirugía cardiovascular (p = 0.02). El 35% de los pacientes fueron llevados a cirugía cardiovascular, siendo el procedimiento de Bentall (50% de los casos quirúrgicos) el más frecuente. En la evaluación imagenológica, el 87% tenía ecocardiograma y solo el 48% tomografía o resonancia cardíaca.

Conclusiones
Este estudio resalta el avance institucional en la identificación y seguimiento de pacientes con síndrome de Marfan, con una aceptable evaluación imagenológica multimodal y hallazgos genéticos que pueden impactar en la decisión de intervenciones aórticas guiando decisiones terapéuticas. La relación entre variantes genéticas y la dilatación aórtica destaca el valor del enfoque genético en la estratificación del riesgo. Aunque aún hay margen para optimizar la documentación clínica y ampliar el acceso a los estudios genéticos, estos resultados constituyen una base para fortalecer el diagnóstico y mejorar el cuidado de esta población.

142 Cirugía de Tirone David, preservación valvular aórtica en población pediátrica y adulta. Experiencia inicial de un centro referente cardiovascular de Colombia.

Juan Miguel Mantilla Zambrano; *Veronique Lárez; José Leónidas Olaya Forero; Expedito Badillo Ayala; Alvaro Gallego Ojeda; Steven Vergara Ángulo; Eva Tatiana Reina Torres; Catalina Rojas Reyes; Tatiana Castañeda; Cristian Camilo Páez Cancelado*

Introducción
La cirugía preservadora de válvula aórtica, conocida como procedimiento de Tirone David, se ha consolidado como una alternativa quirúrgica segura y efectiva para pacientes con ectasia anuloaórtica , aneurisma de raíz aórtica, enfermedad aórtica asociada con trastornos del tejido conectivo o disección aórtica aguda. Este estudio describe las características perioperatorias, así como los resultados a corto y largo plazo, en pacientes sometidos a esta técnica en un centro referencia de alta complejidad para cirugía cardíaca en Colombia

Materiales y Métodos
Estudio observacional tipo cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes pediátricos y adultos sometidos a Tirone David con técnica de remodelación y reimplantación por el mismo grupo quirúrgico expertos en cirugía congénita y del adulto. Se excluyeron pacientes con daño estructural y alteración funcional que no cumplian criterios ecocardiograficos. Se realizó análisis descriptivo de los datos de variables demográficas, ecocardiográficas, quirúrgicas y perioperatorias. El seguimiento se realizó mediante revisión de registros clínicos electrónicos y la recolección de un cuestionario telefónico.

Resultados
Durante 14 años de experiencia (2010-2024) se intervinieron 26 pacientes, de los cuales 23%(6) eran menores de 18 años y 69% de sexo masculino, con una edad media de 40.3 años. Se documentaron 4 casos con síndrome de Marfan y 1 caso de síndrome de Loeys-Dietz. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial, y la manifestación clínica predominante fue el deterioro de clase funcional NYHA II (61.5%). La insuficiencia aórtica preoperatoria fue severa en 23%(6),34% (9) presentaron disección aórtica. El tiempo medio de circulación extracorpórea fue de 210 minutos y el de pinzamiento aórtico de 159 minutos; el método de preservación más usado fue la reimplantación 96% (25).
En el postoperatorio temprano, 13 pacientes (50%) requirieron reoperación por sangrado, 5 (19%) presentaron fibrilación auricular transitoria y 3 (11%) desarrollaron infección del sitio operatorio. La mortalidad a los 30 días fue del 11% (3 pacientes). 80 % (21) presentaron insuficiencia leve, moderada 15% (4), severa 3.8%(1) en el posoperatorio inmediato. La supervivencia promedio estimada a los 36 meses fue del 88%.

Conclusiones
La experiencia institucional en la cirugía de Tirone David es una estrategia viable y segura, siendo su principal impacto la conservación de la válvula nativa y el no requerimiento de anticoagulación. Nuestro trabajo demuestra que los pacientes con enfermedad del colágeno no deben ser excluidos de este tratamiento. Nuestra cohorte contribuye a la estadística nacional e internacional tanto en cirugía de adulto como de población pediátrica.

143 Eventos Cerebrovasculares Postoperatorios tras Reemplazo Valvular Mitral Aislado o Combinado con Cirugía de Revascularización Miocárdica: Un Análisis Transversal de un Centro Latinoamericano

Javier Darío Maldonado Escalante; *Isabel Montero Gómez; Juan José Perdomo Lugo; Sergio Felipe Gómez Olarte; Kevin Maldonado; Natalia Johnson Arciniegas; Juan Andrés Sarmiento; Germán Ricardo Molina Marroquín*

Introducción
Los eventos cerebrovasculares postoperatorios (ECV) constituyen una de las complicaciones más graves tras la cirugía cardíaca, asociándose con mayor morbilidad, mortalidad y estancia hospitalaria. Su frecuencia y factores asociados en pacientes llevados a reemplazo valvular mitral (RVM), con o sin cirugía de revascularización miocárdica, son aún poco descritos en Latinoamérica. El objetivo de este estudio es describir la incidencia, características clínicas y factores asociados a ECV postoperatorios tempranos en pacientes llevados a RVM aislado o combinado con revascularización miocárdica en un centro cardiovascular latinoamericano.

Materiales y Métodos
Estudio transversal que incluyó todos los adultos consecutivos (>=18 años) intervenidos entre 2008 y 2024. Se excluyeron pacientes con mortalidad intraoperatoria. El desenlace principal fue la presencia de ECV postoperatorio temprano que se definió como durante la hospitalización, clasificado como permanente o transitorio.
Las variables continuas se expresaron como mediana [rango intercuartílico, RIQ] y se compararon con la prueba U de Mann–Whitney; las categóricas se expresaron como n (%) y se compararon con la prueba exacta de Fisher. Se consideró significancia estadística con p<0,05.

Resultados
De un total de 649 pacientes, 637 (98,2%) no presentaron eventos neurológicos postoperatorios, mientras que 12 (1,8%) desarrollaron alguna complicación neurológica temprana: 9 transitorias y 3 permanentes.
Al comparar los grupos, los pacientes con eventos permanentes mostraron una tendencia a mayor riesgo basal (EUROSCORE mediana 20,0 [RIQ 11,2–25,5] vs. 4,0 [2,3–7,0]; p=0,14), fracción de eyección preoperatoria menor (50,0 [40,0–55,0] vs. 58,0 [50,0–62,0]; p=0,24) y tiempos de perfusión más prolongados (179 [139–193] vs. 106 [83–131] min; p=0,08) respecto a quienes no presentaron eventos.
Los casos con eventos transitorios mostraron valores intermedios de riesgo y tiempos operatorios, sin diferencias estadísticamente significativas frente al grupo sin eventos. Al comparar eventos transitorios vs permanentes, no se evidenciaron diferencias significativas en EUROSCORE, fracción de eyección o tiempos quirúrgicos (p>0,05).
En conjunto, los eventos neurológicos tempranos fueron poco frecuentes, con una tendencia no significativa a asociarse con mayor riesgo quirúrgico y tiempos operatorios prolongados.

Conclusiones
La incidencia de ECV postoperatorio temprano tras RVM aislado o combinado fue baja (1,8%). Los casos con ECV permanentes mostraron tendencia a mayor riesgo quirúrgico, menor función ventricular y tiempos de perfusión más prolongados. Aunque sin significancia estadística, estos hallazgos sugieren una relación clínicamente relevante entre la complejidad quirúrgica y el riesgo neurológico, resaltando la necesidad de optimizar los tiempos operatorios y la protección cerebral en pacientes de alto riesgo.

144 Experiencia del procedimiento de Ross como alternativa quirúrgica en pacientes con valvulopatía aórtica en el servicio de cirugía cardiovascular en un hospital de referencia de Cundinamarca.

Juan Miguel Mantilla Zambrano; *José Leónidas Olaya Forero; Veronique Lárez; Expedito Badillo Ayala; Alvaro Gallego Ojeda; Cristian Camilo Páez Cancelado; Steven Vergara Angulo; Catalina Rojas; Tatiana Castañeda*

Introducción
El procedimiento de Ross es una alternativa quirúrgica para el reemplazo valvular aórtico, especialmente en pacientes jóvenes o en aquellos con indicación de una válvula protésica de alto rendimiento. Este estudio busca evaluar la morbimortalidad y los resultados funcionales inmediatos en una cohorte de pacientes, incluyendo casos complejos pediátricos y reoperaciones.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio retrospectivo observacional en 17 pacientes (N=17) sometidos a la cirugía de Ross (incluyendo las variantes Supported Ross y Ross-Konno) durante los años 2018 al 2025. Se analizaron variables preoperatorias de riesgo (FEVI, complejidad de la lesión), variables intraoperatorias (tiempos de circulación extracorpórea, pinzamiento aórtico y grado de insuficiencia aórtica); variables postoperatorias de mayor morbilidad (bajo gasto cardíaco, uso de membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO), reintervenciones) y la mortalidad hospitalaria. Los resultados funcionales se evaluaron mediante ecocardiografía postoperatoria (FEVI, gradientes, función de la neoaorta y tractos de salida ventriculares).

Resultados
Los resultados obtenidos demostraron una FEVI promedio al alta de 61.9%. La neoaorta en el 70.5% (n=12) no presentaron insuficiencia, el 23.5% (n=4) insuficiencia trivial y el 5.8% (n=1) presentó insuficiencia severa que requirió reintervención quirúrgica. El gradiente medio fue menor de 10mmHg en todos los casos. En cuanto al injerto en el tracto de salida del Ventrículo Derecho (TSVD) también mostró ser funcional y no obstructivo en el postoperatorio inmediato; El 82.4% (n=14) no presentaron insuficiencia, el 17.6% (n=3) presentaron insuficiencia trivial. La principal complicación fue el bajo gasto cardíaco en el 58.8% (10/17), de los cuales el 40% (4/10) requirió soporte ECMO; la segunda complicación fue el sangrado postoperatorio que representó el 52.9% (9/17) ameritando reintervención. El 47.1% requirió cierre esternal diferido. En cuanto a la mortalidad hospitalaria operatoria, fue del 11.7% (2/17) de pacientes pediátricos secundario al shock vasopléjico/hipovolémico.

Conclusiones
Los pacientes que fueron llevados a procedimiento de Ross en nuestra primera cohorte muestran unos resultados funcionales satisfactorios en el corto plazo: autoinjertos sin insuficiencia en la mayoría de los pacientes, gradientes en los tractos de salida del ventrículo izquierdo menor a 10mmHg y en el tracto de salida derecho funcional y no obstructivo. La mortalidad hospitalaria en el paciente pediátrico fue del 11.7% (n=2) y no se presentó mortalidad en adultos

145 Experiencia en cirugía de arco aórtico con trompa de elefante congelada en un centro de referencia en Bogotá, Colombia, entre 2017 y 2025: una serie de casos

Germán Molina; *Juan Pablo Cantor Peralta; Kevin Maldonado Cañón; Javier Darío Maldonado Escalante*

Introducción
Las patologías del arco aórtico, como la disección aguda o crónica, los aneurismas, las úlceras penetrantes y la aterosclerosis severa, presentan una alta morbimortalidad. La técnica con uso de trompa de elefante congelada permite tratar el arco y la aorta descendente en una sola etapa, con resultados alentadores; sin embargo, la evidencia en nuestro país es limitada.

Materiales y Métodos
Se presenta una serie de casos de pacientes llevados a cirugía de arco aórtico con trompa de elefante congelada en un centro de referencia en Bogotá, Colombia, entre 2017 y 2025. Se recolectaron variables demográficas, clínicas, peri y postoperatorias a partir de historias clínicas. El desenlace primario fue la mortalidad. Se presentan los datos totales y comparativos según el tipo de prótesis (E-vita® vs. Thoraflex®) utilizando las pruebas de chi-cuadrado y de t de Student para muestras independientes según la naturaleza de cada variable.

Resultados
Se incluyeron 39 pacientes (edad promedio 54,4 años; 69,2% hombres), la mayoría llevados a cirugía en contexto de urgencia (66,7%), seguido de emergencia (12,8%) y de forma electiva (20,5%). Las prótesis E-vita® fueron utilizadas en 30 pacientes, mientras que Thoraflex® en 9. Los tiempos de perfusión, de circulación selectiva y de pinza fueron mayores cuando se usó Thoraflex®. La temperatura fue similar para ambos tipos de prótesis (26,2 en E-vita® vs. 25,6 en Thoraflex®). La mortalidad intraoperatoria y a 30 días de los sobrevivientes se presentó en 4 y 7 pacientes, respectivamente. Las complicaciones más frecuentes fueron el empaquetamiento (n=19), el choque cardiogénico (n=13), la reintervención por sangrado (n=11), la fibrilación auricular (n=11), la infección del sitio operatorio (n=5) y el ACV (n=3). La estancia en UCI y en piso promedio fue de 6,8 y 9,1 días, respectivamente. Los pacientes que murieron en los primeros 30 días fueron de mayor edad (61,4 vs 51,7 años) y llevados a cirugía de manera urgente o emergente. No hubo muertes en los pacientes operados de manera electiva.

Conclusiones
La técnica quirúrgica con uso de trompa de elefante congelada se presenta como una alternativa terapéutica prometedora para el tratamiento de patologías complejas del arco aórtico en nuestro país. Cuando se hace de manera electiva la supervivencia fue ideal, lo que resalta el valor de la planeación pre y perioperatoria y de los protocolos de manejo multidisciplinarios bajo el modelo de Heart Team.

146 Historia de la de primera cirugía de Maze para fibrilación auricular en Latinoamérica : Una perspectiva histórica

Pablo Sandoval Trujillo

Introducción
A finales del año 1987 el Dr. Cox desarrolló la primera cirugía de Maze en el mundo en Missouri EEUU, posterior a una década de múltiples estudios e investigaciones.
En 1989, desde la Clínica Shaio se realizó un convenio con la Universidad de Alabama en Birmingham, EEUU para realizar un entrenamiento en doctores enfocados en cardiología y cirugía cardiovascular. Durante este intercambio, el Dr. Sandoval logro realizar una rotación electiva junto con el Dr. Cox, gracias a la insistencia de su jefe el Dr. Víctor Caicedo de incursionar y estar a la vanguardia de las cirugías de arritmia.

Materiales y Métodos
Para ese momento, el Dr. Cox llevaba menos de 2 años de la realización de la cirugía de Maze, y continuaba perfeccionando la técnica sin poder publicar los primeros resultados. El Dr. Sandoval realizo unas ilustraciones de la cirugía de maze I (corte y sutura), que le mostro al Dr. Cox. Este, fascinado con los resultados, le pidió usar las ilustraciones para la publicación original finalmente publicado en el Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.
Para el año 1992, el Dr. Sandoval vuelve a Missouri para realizar las ilustraciones de la nueva técnica quirúrgica Maze III. Al volver a Colombia en el año 1993, se realiza las primeras cirugías de arritmias en el país en la Clínica Shaio. Este tipo de cirugía también se desarrolló en niños y concomitante con cirugía de válvula mitral. La primera publicación del mismo se hizo en Diciembre 1994 en la revista "Scientia Cardiológica"

Resultados
Posterior al entendimiento y perfeccionamiento de la cirugía y los avances, en el año 1996, publico la técnica modificada de resección de la auriculilla izquierda.
En el año 2003, se creó una "pinza" de crio ablación con CO2 reutilizable que permitió ser el primer país en Latinoamérica en hacer la cirugía . Se demostró resultados equiparables con el maze IV clásico. Esta herramienta permitió operar varios pacientes disminuyendo costos y adaptándose a la realidad económica y social del país.

Conclusiones
La cirugía de maze tuvo un gran impacto en la población mundial al disminuir significativamente el riesgo de fibrilación auricular y sus complicaciones asociadas.
Gracias a la oportunidad de compartir con uno de los pioneros de las cirugías de arritmias a nivel mundial, el avance vivido en este tipo de cirugías permitió a Colombia ser un referente a nivel de Latinoamérica y el mundo en estas cirugías.

147 Impacto clínico de un programa de preservación valvular aórtica en un país de ingreso medio; comparación a mediano plazo frente al procedimiento de Bentall.

Rossanna Alejandra Hernández Morales; *Antonio Manuel Sierra Molina; Daniel Alejandro Sabogal Ardila; Rafael Esteban González Vesga; Alexandra Hurtado Ortiz; Jaime Alberto Arroyo Sepúlveda; Eric E. Vinck; Lorena Montes Villalobos; Gustavo Andrés Prieto González*

Introducción
El procedimiento de Bentall es considerado el estándar para tratar la patología de raíz aórtica, mientras que el procedimiento de David surgió como opción de preservación valvular. Analizamos los resultados de nuestro programa de preservación valvular comparando los desenlaces clínicos perioperatorios y supervivencia a mediano plazo frente a nuestra serie histórica de Bentall.

Materiales y Métodos
Estudio observacional de cohorte retrospectiva comparando los pacientes sometidos a David desde el inicio de nuestro programa de preservación valvular (noviembre 2021–septiembre 2025) con una serie histórica de Bentall (2014–2024). Se incluyeron pacientes con aneurisma de raíz aórtica e insuficiencia aórtica asociada. Se excluyeron estenosis aórtica, endocarditis o cirugía de emergencia. Se recopilaron variables demográficas, antecedentes clínicos, características quirúrgicas, complicaciones postoperatorias y mortalidad a 30 días. La supervivencia se evaluó mediante curvas de Kaplan–Meier a 12, 24 y 36 meses. El desenlace principal fue supervivencia comparativa entre David y Bentall (biológico - mecánico).

Resultados
Se incluyeron 332 pacientes, (139 David y 183 Bentall), Ambas cohortes fueron similares en edad (63 (54-70) - 63 (53-68) p=0,449), sexo (masculino 90,2% - 89,2%, p=0,780) y la mayoría de comorbilidades. El grupo Bentall presentó mayor proporción de cirugía cardíaca previa (12,0% - 2,9%; p=0,003) y angioplastia (5,8% - 1,1%; p=0,017), mientras que David incluyó más pacientes en estado crítico prequirúrgico (9,6% - 5,6%; p=0,017). En el intraoperatorio, David se asoció con menores tiempos de bomba (135 (117-168) vs 168 (131-219) min; p<0,001) y clampeo (111 (94-135) - 128 (99-164) min; p=0,002).
En el postoperatorio, David presentó menor frecuencia de complicaciones neurológicas (8,7% - 12,0%; p=0,001),menor incidencia de bloqueo auriculoventricular completo (0,7% - 9,3%; p=0,001) y menor requerimiento de diálisis (0% - 5,5%; p=0,005). La mortalidad a 30 días también fue más favorable en los procedimientos de preservación valvular (0,7 % - 0,7%; p=0,001). La supervivencia en el seguimiento del grupo David a 1, 2 y 3 fue de 99,3%, 97% y 95%, resultando superior a la observada para el grupo Bentall biológico (86,6%, 83,2% y 80,4%) y Bentall mecánico (89,8%, 81,3% y 79,1%) p<0,0001.

Conclusiones
El procedimiento de David mostró mejores resultados perioperatorios y de supervivencia a mediano plazo. Los resultados sugieren un potencial beneficio clínico de la preservación valvular en pacientes seleccionados con patología de raíz aórtica.

148 Impacto de un Centro de Excelencia de Revascularización miocárdica en los resultados clínicos a corto plazo

Lorena Montes Villalobos; *Beatriz Adriána Mantilla Pérez; Zaida Piraquive Cuadrado; Rafael Esteban González Vesga; Jaime Alberto Arroyo Sepúlveda; Eric E. Vinck; Gustavo Andrés Prieto González*

Introducción
Los Centros de Excelencia son programas certificados especializados en un área o patología específica de la salud, integrados por equipos multidisciplinarios y altamente especializados, orientados a alcanzar altos niveles de seguridad del paciente, mejorar las rutas de acceso, la calidad de los tratamientos y promover terapias innovadoras. Su finalidad es obtener mejores desenlaces clínicos, una mejor experiencia para el paciente y ser costo-efectivos. La cirugía de revascularización coronaria (CABG) es el procedimiento más frecuente en cirugía cardiovascular, y sus indicadores de calidad y resultados se miden de manera específica. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de un Centro de Excelencia en Revascularización Miocárdica Quirúrgica.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo para evaluar el impacto del Centro de Excelencia en Revascularización Miocárdica. El estudio incluyó pacientes sometidos a revascularización miocárdica entre 2018 y 2023. Se empleó estadística descriptiva para resumir las características de la población, y se efectuó un análisis bivariado para comparar los desenlaces antes y después de la creación del Centro, en julio de 2022. Se consideró significancia estadística un valor de p<0.05.

Resultados
El análisis incluyó un total de 1310 pacientes. Tras la creación del Centro de Excelencia en julio de 2022, el número de pacientes atendidos aumentó en un 20%. El estudio evaluó desenlaces relacionados con la CABG, incluidos complicaciones, complejidad de los pacientes, mortalidad y cirugía de revascularización coronaria sin bomba (OPCAB). Aunque se observaron disminuciones en las complicaciones quirúrgicas, infecciosas y los eventos cerebrovasculares, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En contraste, se identificaron reducciones significativas en las complicaciones neurológicas (p=0.018), las complicaciones renales (p=0.012) y la necesidad de diálisis (p=0.008). Asimismo, la proporción de pacientes sometidos a OPCAB aumentó de manera significativa, pasando de 15.8% (128 pacientes) a 56.9% (283 pacientes), lo que representa un incremento del 121%. Las tasas de mortalidad también disminuyeron significativamente tras la implementación del Centro (1.7% vs. 0.4%, p=0.035)

Conclusiones
En nuestra experiencia, el Centro de Excelencia en Revascularización Miocárdica Quirúrgica tuvo un impacto positivo en la calidad, los resultados clínicos y la experiencia del paciente

149 Implementación de un nuevo algoritmo de control hemostático durante la cirugía cardíaca.

Isabel Rodríguez Martín

Introducción
La cirugía cardiovascular (CCV) asociada a circulación extracorpórea (CEC) ocasiona importantes trastornos en el sistema hemostático.
Hasta el momento, la práctica transfusional empleada estaba basada en test clásicos de laboratorio, unido a la experiencia y toma de decisiones individuales del personal clínico.
El objetivo es demostrar que la implantación de test viscoelásticos point of care, como es el caso de ROTEM®, permite una terapia transfusional más selectiva y eficiente, consiguiendo una mejora en los resultados en salud.

Materiales y Métodos
Estudio observacional retrospectivo de 675 pacientes sometidos a cirugía cardiovascular bajo circulación extracorpórea, durante un periodo de tiempo de 3 años. Este estudio incluye el análisis del consumo de productos hemoderivados y las posibles complicaciones desarrolladas durante el postoperatorio de cirugía cardiaca, antes y tras la implementación de un sistema ROTEM®.

Resultados
Tras la implementación de un sistema viscoelástico, junto a un algoritmo transfusional específico, se observó una disminución de la incidencia de cualquier tipo de transfusión (41.4% vs 31.9%, p=0.026) durante el perioperatorio de cirugía cardiovascular. Esta disminución fue especialmente significativa en el caso de concentrados de hematíes (31.3% vs 19.8%, p=0.002) y de plasma fresco congelado (9.8% vs 3.8%, p=0.008). Del mismo modo, el uso de ROTEM® se asoció a una disminución estadísticamente significativa de la incidencia de transfusión de unidades de plasma fresco congelado durante la estancia en UCI (15.8% vs 7.7, p=0.004). Por otro lado, se observó un aumento en el consumo de plaquetas, fibrinógeno, protamina y ácido tranexámico, aunque este no fue significativo.
Además, se registró una disminución estadísticamente significativa de la incidencia de hemorragia postoperatoria (9.5% vs 5.3%, p=0.037), de la necesidad de reintervención (6.0% vs 2.9%, p=0.035) y del tiempo de estancia en UCI (6.0 días vs 5.1 días, p=0.026).

Conclusiones
El empleo de ROTEM® en cirugías cardiovasculares permite un mejor manejo de la coagulopatía perioperatoria, lo cual se ha traducido en un uso más racional de los productos hemostáticos, en una menor incidencia de complicaciones postoperatorias y en una menor estancia en UCI.

150 Perfil clínico y mortalidad en la cirugía de revascularización coronaria con fracción de eyección deprimida (<35%)

Rafael Figueroa Casanova; *Juan David Saavedra Henao; Juan Pablo Romero Daza*

Introducción
La enfermedad coronaria con fracción de eyección (FEVI) reducida continúa siendo un desafío clínico considerable, especialmente cuando la FEVI desciende por debajo del 35%. En este punto, los pacientes ingresan a una zona de alto riesgo, con un aumento significativo y a menudo impredecible de la mortalidad. Aunque existen múltiples terapias basadas en la evidencia, el pronóstico sigue siendo desfavorable debido a la presencia de enfermedad multivaso extensa, limitada respuesta al tratamiento, daño estructural avanzado y amplias áreas de isquemia, entre otros factores. En este contexto, nuestro objetivo fue evaluar la mortalidad en pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria con FEVI deprimida.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio descriptivo con una cohorte retrospectiva entre 2020-2025, incluyendo todos los pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria con FEVI <35%. Se efectuó un análisis descriptivo y bivariado según el grado de compromiso de la FEVI, utilizando el software Rstudio

Resultados
Se intervinieron 82 pacientes, de los cuales el 86,58% eran hombres y el resto mujeres, con una edad media de 66,5 años (DE 8,84). El 64,63% presentaba hipertensión, seguido de diabetes (42,68%) y tabaquismo (36,58%). El 10,97% tenía antecedente de revascularización percutánea. En el ecocardiograma preoperatorio se evidenció una FEVI promedio del 31% (28–34), clasificada como deprimida en el 82,92% y muy deprimida en el 17,07%.
Las escalas de riesgo quirúrgico mostraron un EuroSCORE de 3,35 (RIQ 2,30–5,03) y un STS de mortalidad de 1,46 (RIQ 1,05–2,26). Además, el 41,46% recibió levosimendán en el periodo prequirúrgico. El 75,60% de los procedimientos se realizó con circulación extracorpórea, con un tiempo promedio de bomba de 58 minutos (RIQ 47,00–68,25) y un tiempo de pinza de 47,5 minutos (RIQ 36,00–57,75). En el 17,07% la cirugía se efectuó asistida con bomba sin paro cardiaco y en el 7,31% sin uso de bomba. La mortalidad fue del 9,75%, de la cual el 6,09% correspondió a causas cardiacas.
En el análisis bivariado solo se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el EuroSCORE, el cual fue mayor en los pacientes con FEVI muy deprimida (4,81%) en comparación con aquellos con FEVI deprimida (3,02%)

Conclusiones
Los pacientes con enfermedad coronaria y FEVI <35% continúan siendo una población de alto riesgo, lo cual se reflejó en los puntajes elevados del EuroSCORE prequirúrgico. A pesar de las múltiples estrategias terapéuticas disponibles, la mortalidad sigue siendo significativa, probablemente en relación con la alta carga de comorbilidades que caracteriza a este grupo

151 Perfil epidemiologico y clinico de tumores cardiacos: experiencia de un centro de cuarto nivel

Edgar Giovanny Ríos Dueñas; *Andrés Felipe Camargo; Isabella Alarcón Niño*

Introducción
Los tumores cardíacos son poco frecuentes (0,02–0,05%) pero pueden originarse en cualquier zona del corazón y causar síntomas inespecíficos por obstrucción, alteración hemodinámica, arritmias o fenómenos tromboembólicos. Se clasifican en primarios (benignos o malignos) y secundarios (metastásicos), siendo estos últimos más comunes.
Entre los tumores primarios benignos predominan los mixomas en adultos y los rabdomiomas en niños; entre los malignos, los angiosarcomas y rabdomiosarcomas, aunque son raros y de mal pronóstico. Las metástasis cardíacas suelen originarse de cánceres como mesotelioma, melanoma, pulmón y mama.
El diagnóstico se basa principalmente en ecocardiografía, complementada con resonancia magnética y tomografía. El tratamiento depende del tipo tumoral: los tumores benignos se manejan usualmente con resección quirúrgica, mientras que los malignos requieren terapias combinadas con resultados limitados.
En Colombia la información es escasa y proviene de reportes institucionales donde predominan los mixomas. El estudio referido busca describir las características clínicas, demográficas y anatomopatológicas de los casos operados en el Hospital Universitario San Ignacio entre 2006 y 2023 para mejorar el diagnóstico y manejo en el contexto local.

Materiales y Métodos
Estudio observacional retrospectivo de pacientes adultos con tumores cardíacos operados entre 2007 y 2023. Incluyó casos según disponibilidad de datos y excluyó historias con >50% de información faltante. Se recolectaron variables clínicas, demográficas, quirúrgicas y de desenlaces. El análisis descriptivo se realizó en R utilizando medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados
La mayoría de los tumores cardíacos fueron benignos, con predominio de mixomas localizados en la aurícula izquierda. El síntoma más frecuente fue el deterioro de la clase funcional. Más de la mitad de los pacientes requirió solo resección tumoral, mientras que el resto necesitó procedimientos combinados. La canulación fue principalmente aórtica y bicava, con uso frecuente de hipotermia leve. La mayoría no presentó complicaciones; la más común fue la reintervención por sangrado. No hubo mortalidad a 24 horas y la mortalidad a 30 días fue del 12%, sin fallecimientos durante el seguimiento al año.

Conclusiones
La cohorte evidencia un perfil clínico similar al reportado internacionalmente: predominio de mixomas benignos en aurícula izquierda, mayor frecuencia en mujeres y diagnósticos incidentales. La mayoría recibió manejo quirúrgico, con 32% de complicaciones y 12% de mortalidad temprana. Aunque limitada por su tamaño muestral, aporta valiosa evidencia local sobre tumores cardíacos.

152 Perfusión guiada por metas tras cirugía congénita: umbrales combinados de ScvO2 >= 65 % y lactato <= 3.5 mmol/L reducen AKI y estancia en UCI. Metaanálisis 2000–2025

Martha Cecilia Reyes Casas; *Marisol Carreño Jaimes; Isabella Perna Reyes; Luis Alberto Arciniegas Torrado*

Introducción
La optimización de la perfusión tisular en la UCI pediátrica cardiovascular es determinante para reducir complicaciones postoperatorias. Las metas hemodinámicas centradas en la saturación venosa central de oxígeno (ScvO2) y el lactato plasmático se asocian con disfunción orgánica, pero su impacto conjunto sigue siendo incierto. Este metaanálisis evalúa la magnitud del beneficio clínico de alcanzar simultáneamente ScvO2 >= 65 % y lactato <= 3.5 mmol/L en las primeras horas tras la cirugía de cardiopatías congénitas.

Materiales y Métodos
Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis conforme a PRISMA 2020. Se buscaron estudios entre 2000 y 2025 en PubMed, Embase, Scopus y Cochrane que reportaran resultados clínicos de estrategias de perfusión guiadas por metas frente a manejo estándar. Se incluyeron ensayos clínicos, cohortes y estudios antes-después con grupo control, con seguimiento mínimo de 48 h postoperatorias. Las variables principales fueron: lesión renal aguda (AKI KDIGO 2–3), mortalidad intrahospitalaria, duración de ventilación mecánica y estancia en UCI/hospital.
Los efectos se agruparon mediante modelo de efectos aleatorios (DerSimonian-Laird) y se expresaron como odds ratio (OR) o diferencia media (DM) con IC 95 %. Se realizó metarregresión según puntos de corte hemodinámicos y edad (neonatos vs lactantes). Los puntos de corte adoptados fueron: ScvO2 >= 65 % (>= 70 % en neonatos complejos) dentro de las primeras 6 h postoperatorias. Lactato <= 3.5 mmol/L dentro de las 12 h. Relación ScvO2/lactato > 5 como índice compuesto exploratorio.

Resultados
Cinco estudios (n = 1 142 pacientes) cumplieron criterios. Los protocolos con metas explícitas de ScvO2/lactato mostraron: Reducción de AKI KDIGO 2–3: OR 0.72 [IC 95 % 0.56–0.91]; p = 0.01. Ventilación mecánica: DM −0.8 días [−1.3 a −0.2]; p = 0.02. Estancia UCI: DM −1.1 días [−1.8 a −0.4]; p = 0.01. Mortalidad intrahospitalaria: OR 0.94 [0.61–1.45]; p = 0.76. Heterogeneidad global: I^2 = 45 %. En el análisis por umbrales, alcanzar ScvO2 >= 65 % a 6 h y lactato <= 3.5 mmol/L a 12 h se asoció con menor incidencia de AKI KDIGO 2–3 (14 % vs 24 %; p < 0.05) y menor duración de soporte ventilatorio. El índice ScvO2/lactato > 5 mostró un AUC 0.84 para predicción de complicaciones mayores. No se observaron diferencias en mortalidad.

Conclusiones
Las estrategias de perfusión guiada por metas basadas en ScvO2 >= 65 % y lactato <= 3.5 mmol/L se asocian con menor lesión renal aguda y reducción significativa de la estancia en UCI, sin impacto adverso en mortalidad.

153 Prevalencia y factores de riesgo en aparición de arritmias durante el postoperatorio en pacientes con cardiopatías congénitas llevados a corrección durante 2011 al 2021 en el Hospital Universitario San Ignacio

Edgar Giovanny Ríos Dueñas; *Laura Daniela García Pérez; Daniela Carolina Ramos Clavijo*

Introducción
Las arritmias posoperatorias en cirugía cardiovascular pediátrica son frecuentes y se asocian con mayor morbilidad, mortalidad, estancias hospitalarias prolongadas y altos costos. Aunque suelen ser transitorias, a veces requieren manejo farmacológico o eléctrico. La evidencia existente proviene principalmente de adultos, por lo que los tipos de arritmias, factores de riesgo y desenlaces en niños siguen poco definidos. Este estudio busca establecer la prevalencia, los factores asociados y los desenlaces de las arritmias postoperatorias en pacientes pediátricos con cardiopatías congénitas sometidos a cirugía entre 2011 y 2021 en el Hospital Universitario San Ignacio, con el fin de mejorar su abordaje clínico.

Materiales y Métodos
El estudio es observacional, retrospectivo y de corte transversal, basado en historias clínicas de pacientes menores de 18 años sometidos a corrección quirúrgica de cardiopatías congénitas con circulación extracorpórea entre 2011 y 2021. Incluye alrededor de 200 pacientes registrados en la Unidad de Cirugía Cardiovascular. Se excluyen casos sin circulación extracorpórea o con información insuficiente. Se recolectan variables demográficas, clínicas y quirúrgicas, así como la presencia y tipo de arritmias y otros desenlaces posoperatorios. Los datos se registran en Excel y se analizan en STATA mediante estadística descriptiva y exploratoria. Según la normativa colombiana, el estudio es considerado sin riesgo.

Resultados
En una cohorte de 202 pacientes pediátricos, el 31,2% presentó arritmias posoperatorias, predominando el bloqueo AV. Estos pacientes requirieron más intervenciones como marcapasos, cardioversión y reintervenciones quirúrgicas, además de mayor uso de vasopresores e inotrópicos. Su evolución fue más compleja, con estancias prolongadas en UCI y hospitalización, mayor ventilación mecánica y complicaciones como hipertensión pulmonar, fiebre y síndrome vasopléjico. Se asociaron a las arritmias el uso de IECA/ARA II, hemocultivos positivos, soporte hemodinámico y reintervenciones. Más días de UCI, hospitalización y ventilación aumentaron el riesgo. La hemoglobina preoperatoria tuvo asociación inversa. La mortalidad no aumentó.

Conclusiones
El estudio busca generar evidencia local sobre arritmias posoperatorias en cirugía cardiovascular pediátrica, dada su frecuencia e impacto clínico. La literatura internacional reporta prevalencias del 15–22.8%, pero con poca aplicabilidad regional. El análisis retrospectivo identifica factores anatómicos, quirúrgicos y fisiológicos asociados, para mejorar prevención, detección y manejo en población pediátrica colombiana.

154 Procedimiento de Bentall: experiencia y desenlace en un hospital de referencia de Cundinamarca

Juan Miguel Mantilla Zambrano; *José Leónidas Olaya Forero; Veronique Lárez; Expedito Badillo Ayala; Steven Vergara Angulo; Alvaro Gallego Ojeda; Cristian Camilo Páez Cancelado; Catalina Rojas Reyes; Tatiana Castañeda*

Introducción
La cirugía de Bentall se erige como el estándar de oro para el tratamiento de la patología de la raíz aórtica. La reintervención de Bentall (REDO) es un procedimiento notoriamente desafiante, asociado a un riesgo quirúrgico significativamente elevado. El presente estudio tiene como objetivo evaluar la morbimortalidad operatoria de los procedimientos de Bentall con un enfoque particular en la población de reintervenciones dentro de la experiencia institucional.

Materiales y Métodos
Se realizó un análisis retrospectivo, observacional y de cohorte de 182 pacientes adultos sometidos a cirugía de Bentall entre enero de 2017 y octubre de 2025. Los pacientes fueron estratificados en dos grupos: cirugía primaria (N=164) y reintervención (N=18). Los desenlaces evaluados fueron la mortalidad operatoria (30 días) y la morbilidad postoperatoria. Se tomaron en cuenta además los tiempos de circulación extracorpórea y tiempo de clamp

Resultados
El 9.89% de los pacientes corresponden a reintervención (18/182). La mortalidad operatoria global fue del 7.14% (n=13). En el grupo de cirugía primaria, la mortalidad fue del 4.27% (n=7). En contraste, en el subgrupo REDO (N=18), la mortalidad se elevó al 33.33% (n=6). Los tiempos promedios de CEC fueron de 163.9 min de CEC y 115.8 min de TC observados en los casos primarios y en comparación con las reintervenciones donde se evidencia un aumento sustancial de los tiempos quirúrgicos siendo el promedio CEC de 268.5 min y TC de 178.6 min
La falla ventilatoria se presento en el 23.1%, en segundo lugar, sangrado postoperatorio (5.49%) fueron las complicaciones más frecuentes, concentrándose predominantemente en el subgrupo de reintervenciones y de procedimientos combinados.

Conclusiones
La cirugia de bentall como procedimiento primaria en nuestra institucion es altamente competitiva en la morbimortalidad temprana y se situa en el rango de excelencia reportado por los centros de alto volumen < a 8 % a nivel mundial tomando en cuenta que se realizan procedimientos combinados y reintervenciones siendo estas ultimas la que representan mayor desenlace fatal, nuestra cohorte demostro que CEC y TC prolongados son indicadores de complejidad ya que impactan en la morbimortalidad de los pacientes.

155 Validación institucional de escalas de riesgo preoperatorio en cirugía cardiovascular: desempeño comparativo de EuroSCORE II, Gupta, CARE y SCRJH en una cohorte colombiana

Germán Sánchez Collazos; *Luisa Mejía Roa; Sergio Felipe Gómez Olarte; María Ariza Umbacia; Paula Calderón; Iván González; Sara Másmela; Juan Andrés Sarmiento*

Introducción
La estimación precisa del riesgo quirúrgico es fundamental en la toma de decisiones y en la optimización del manejo perioperatorio en cirugía cardiovascular. Modelos como EuroSCORE II, Gupta, CARE y SCRJH se utilizan para predecir mortalidad y complicaciones mayores; sin embargo, su rendimiento puede variar según las características demográficas, clínicas y el nivel de complejidad de cada institución. En Colombia y en América Latina la evidencia sobre validación externa de estas escalas es limitada, lo que resalta la necesidad de analizar su comportamiento en contextos locales. Este estudio evalúa el desempeño discriminativo y la calibración de estas escalas en una cohorte institucional de cirugía cardiovascular en Colombia.

Materiales y Métodos
Se realizó un análisis retrospectivo en la Clínica Universitaria Colombia (Bogotá) entre 2018 y 2023, con pacientes adultos sometidos a cirugía cardiovascular electiva o urgente. Se calcularon los puntajes EuroSCORE II, Gupta, CARE y SCRJH, comparándolos con la mortalidad hospitalaria observada Se evaluó la discriminación mediante el área bajo la curva ROC (AUC) y la calibración mediante la prueba de Hosmer–Lemeshow y curvas de calibración.

Resultados
Se incluyeron 317 pacientes (edad media 66 ± 11 años; 62 % hombres), con mortalidad observada del 5,7 %.
El EuroSCORE II presentó la mejor capacidad discriminativa (AUC = 0.81), seguido de Gupta (0.63), CARE (0.59) y SCRJH (0.32), evidenciando bajo rendimiento predictivo de estas últimas.
El EuroSCORE II alcanzó una sensibilidad del 78 %, especificidad del 82 %, VPN del 98 % y LR+ de 4.32.
La escala CARE mostró alta especificidad (100 %) pero baja sensibilidad (28 %), mientras que SCRJH no identificó ningún caso de mortalidad en su punto de corte óptimo.
Ninguna escala presentó buena calibración: los valores del test de Hosmer–Lemeshow y las curvas de calibración mostraron discordancia entre riesgos predichos y observados, con sobreestimación en pacientes de alto riesgo.

Conclusiones
El EuroSCORE II demostró la mejor capacidad discriminativa en esta cohorte colombiana, aunque sin calibración adecuada. Las diferencias entre riesgos observados y predichos confirman la necesidad de ajuste o recalibración de los modelos existentes para su uso institucional. Los modelos Gupta, CARE y SCRJH no resultaron apropiados para cirugía cardíaca.
Estos resultados impulsan la creación de una base de datos multicéntrica nacional que permita diseñar y validar un modelo propio de riesgo quirúrgico cardiovascular ajustado al contexto latinoamericano.

ENFERMEDAD CORONARIA

156 Caracterización angiográfica del síndrome coronario agudo con equivalentes anginosos

Rafael Guillermo Betancurt Mendoza; *Jesús David Bello Simanca; José Alfredo Correa Guerrero; Loraine Quintana Pájaro; Leman Alcides Corpus Rodríguez; Samuel Andrés Barreto De La Hoz; Andrés Felipe Arias Mendoza; Santiago Rafael Quintana Insignares*

Introducción
El síndrome coronario agudo (SCA) es la forma de presentación más grave de la cardiopatía isquémica, la cual constituye la principal causa de mortalidad a nivel mundial. El síntoma cardinal del SCA es la angina de pecho (dolor, opresión o malestar torácico), sin embargo, aproximadamente un tercio de los pacientes se presentan con equivalentes anginosos (sin angina de pecho, pero con disnea, náuseas, diaforesis o dolor extratorácico), lo cual se asocia retrasos diagnósticos y peor pronóstico. A pesar de ello, el patrón angiográfico de los equivalentes anginosos ha sido poco definido. El objetivo general de este estudio es caracterizar los hallazgos de la angiografía coronaria invasiva en pacientes con SCA que consultan por equivalentes anginosos en comparación con aquellos que presentan angina de pecho.

Materiales y Métodos
Estudio de corte transversal en 364 adultos con SCA y enfermedad arterial coronaria (EAC) obstructiva significativa documentada por angiografía coronaria invasiva, ingresados por urgencias entre enero de 2023 y junio de 2024. Se compararon características sociodemográficas, antecedentes, parámetros clínicos, puntaje GRACE, hallazgos angiográficos y estrategias de reperfusión entre pacientes con equivalentes anginosos (n=42, 11,5%) y aquellos con angina de pecho (n=322, 88,5%). Se realizó un análisis bivariado y regresión logística para identificar asociaciones independientes con la presentación como equivalente anginoso.

Resultados
Los pacientes con equivalentes anginosos fueron de mayor edad (>=65 años: 76,2% vs 51,2%; p<0,01) y presentaron con más frecuencia un puntaje GRACE >=110 (88,1% vs 65,8%; p<0,01). La obstrucción de la arteria coronaria derecha (CD) fue más frecuente en este grupo (76,2% vs 56,8%; p=0,02), sin diferencias significativas en la proporción de enfermedad coronaria multivaso, compromiso del tronco coronario izquierdo, tipo de SCA ni tratamiento de reperfusión o mortalidad intrahospitalaria. En el análisis multivariable, la presentación con equivalentes anginosos se asoció de manera independiente con obstrucción de la CD (OR 2,78; IC95% 1,20–6,43) y con puntaje GRACE >=110 (OR 9,00; IC95% 2,10–38,58).

Conclusiones
En pacientes con SCA y EAC obstructiva, la presentación con equivalentes anginosos se asocia con un fenotipo clínico-angiográfico de alto riesgo, caracterizado por mayor frecuencia de compromiso de la CD y estratificación de riesgo elevada por escala GRACE, más que por una mayor extensión de enfermedad multivaso. El reconocimiento precoz de estos síntomas debería motivar una estratificación invasiva prioritaria e implementación de rutas asistenciales que minimicen los retrasos diagnósticos y terapéuticos asociados a estas presentaciones no clásicas.

157 Confirmar el Riesgo, Demostrar la Estabilidad: Desarrollo y Validación de un Modelo Inteligente Multicapa para Predecir Complicaciones y Priorizar Ingreso a UCI en Pacientes con IAMSEST

Juan Felipe Vásquez Rodríguez; *Juan Pablo Estrada Amaya; Karen Lorena Rangel Rivera; Ramón Iván Medina Mur; Carolina Paola Idrovo Turbay; Valeria Ramírez Lovera; Nicolás Ariza; Daniel Isaza*

Introducción
El infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) sigue siendo una causa importante de hospitalización cardiovascular. Con la expansión de las troponinas ultrasensibles, su diagnóstico se ha vuelto más frecuente. Aunque las guías recomiendan vigilancia en unidades de cuidado intensivo (UCI) durante las primeras 24–48 horas, la mortalidad intrahospitalaria (?3–4 %) y la baja tasa de complicaciones mayores sugieren que no todos los pacientes requieren monitoreo crítico. Redefinir el paradigma “IAMSEST = UCI” mediante herramientas que permitan una selección más precisa podría optimizar el uso de camas críticas sin comprometer la seguridad asistencial. Este estudio presenta un modelo de inteligencia artificial multicapa diseñado para predecir complicaciones mayores y priorizar el ingreso a UCI en pacientes con IAMSEST.

Materiales y Métodos
Se desarrolló un modelo predictivo multicapa basado en inteligencia artificial utilizando una cohorte retrospectiva de pacientes con diagnóstico confirmado de IAMSEST. El desenlace primario fue la aparición de una complicación grave definida como necesidad de soporte vasoactivo o inotrópico en las primeras 24 horas, o la ocurrencia de eventos mayores (asistencia mecánica o ventilatoria, arritmia ventricular, bloqueo avanzado, paro cardiaco, accidente cerebrovascular o muerte intrahospitalaria).
La primera capa correspondió a un modelo Random Forest calibrado mediante isotonic regression con submuestreo 2:1 y ajuste de umbrales (OUT < 0.12 / IN > 0.69) para maximizar la sensibilidad. Se incorporó además un índice de fragilidad derivado de antecedentes clínicos como variable adicional.
Las capas 2 y 3 aplicaron reglas clínicas jerarquizadas: la segunda, basada en marcadores de severidad (hipotensión, disfunción ventricular, hipoxemia, troponina o creatinina elevadas); y la tercera, en criterios de estabilidad hemodinámica (presión arterial, troponina, ausencia de falla cardiaca o dolor recurrente). El rendimiento se evaluó mediante curvas ROC, matrices de confusión y métricas estándar.

Resultados
Se incluyeron 1.050 pacientes (70 % hombres; edad media 66 ± 11 años). En total, 202 (19,2 %) presentaron una complicación grave, principalmente uso de soporte vasoactivo o inotrópico (15,4 %), ventilatorio (4,0 %) o mecánico (2,6 %).
El modelo mostró en validación teórica (test set) sensibilidad 0.72, especificidad 0.65, exactitud 0.68 y AUC 0.77. En la aplicación sobre la cohorte completa mantuvo un AUC-OOF 0.75, sensibilidad 0.90, especificidad 0.64 y VPN 0.96, con falsos negativos <2 %. Aplicado globalmente, solo el 40 % habría sido asignado a UCI, con ahorro potencial de 6 de cada 10 camas críticas.

Conclusiones
El modelo multicapa combina machine learning y reglas clínicas jerárquicas para redefinir el paradigma “IAMSEST = UCI”. Su alta sensibilidad, adecuada especificidad y estabilidad entre fases de desarrollo y aplicación real demuestran su viabilidad clínica para optimizar recursos críticos sin comprometer la seguridad del paciente.

158 Determinantes clínicos y paraclínicos de la estancia hospitalaria prolongada en pacientes con síndrome coronario agudo

José María Oritiz Girón; *Miguel Pacheco Castro; Nohra Isabel Díaz Contrejo; Francisco Miguel Camargo Assis; Clara Inés Gómez Quintero; Ana Peñata Taborda; Karina Pastor Sierra; Lyda Marcela Espitia Pérez*

Introducción
La estancia hospitalaria prolongada en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) constituye un marcador indirecto de severidad clínica, riesgo metabólico y eficiencia asistencial. Factores como la función renal, la anemia y el tipo de antiagregante plaquetario podrían influir en la evolución intrahospitalaria, especialmente en contextos latinoamericanos donde el perfil clínico difiere de las grandes series internacionales. Este estudio buscó identificar los determinantes clínicos, paraclínicos y terapéuticos asociados con la duración de la hospitalización en pacientes con SCA atendidos en un centro del Caribe colombiano

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio observacional de 131 pacientes consecutivos con diagnóstico confirmado de SCA atendidos en la clínica Zayma en Montería. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas (incluido el puntaje GRACE), paraclínicas (hemoglobina, hematocrito, BUN, creatinina, troponina) y terapéuticas (clopidogrel, ticagrelor, prasugrel). Se aplicaron correlaciones de Spearman para evaluar asociaciones entre los días de estancia y variables continuas, y pruebas de Mann–Whitney para comparaciones de grupos, definiendo anemia como hemoglobina <12 g/dL. Se construyó un modelo multivariable lineal sobre la transformación logarítmica de la estancia, incluyendo edad, creatinina, hemoglobina, hematoma y GRACE. Se consideró significancia con p<0.05.

Resultados
La mediana de estancia hospitalaria fue de 6 días (RIQ 4–8). La anemia estuvo presente en 41.2% (54/131), asociada con mayor estancia (9.28 vs 6.17 días; p=0.0009). En el análisis bivariado, la creatinina (?=0.235; p=0.0069) y la hemoglobina (?=−0.245; p=0.0049) se relacionaron significativamente con la estancia; el hematocrito mostró patrón similar (?=−0.244; p=0.0051). La edad presentó asociación leve (?=0.197; p=0.024) y el puntaje GRACE una tendencia positiva (?=0.204; p=0.063). La troponina no se asoció con la estancia (?=−0.023; p=0.80). En el modelo ajustado (n=84), la hemoglobina emergió como predictor independiente (?=−0.099; p=0.0497), implicando una reducción aproximada de 9–10% en la duración por cada incremento de 1 g/dL. La creatinina no mantuvo significancia (p=0.116), al igual que edad y hematoma. El uso de antiagregantes potentes (ticagrelor/prasugrel; n=9) no se asoció con cambios en la estancia frente a clopidogrel (7.52 vs 6.56 días; p=0.891).

Conclusiones
La mediana de estancia hospitalaria fue de 6 días (RIQ 4–8). La anemia estuvo presente en 41.2% (54/131), asociada con mayor estancia (9.28 vs 6.17 días; p=0.0009). En el análisis bivariado, la creatinina (?=0.235; p=0.0069) y la hemoglobina (?=−0.245; p=0.0049) se relacionaron significativamente con la estancia; el hematocrito mostró patrón similar (?=−0.244; p=0.0051). La edad presentó asociación leve (?=0.197; p=0.024) y el puntaje GRACE una tendencia positiva (?=0.204; p=0.063). La troponina no se asoció con la estancia (?=−0.023; p=0.80). En el modelo ajustado (n=84), la hemoglobina emergió como predictor independiente (?=−0.099; p=0.0497), implicando una reducción aproximada de 9–10% en la duración por cada incremento de 1 g/dL. La creatinina no mantuvo significancia (p=0.116), al igual que edad y hematoma. El uso de antiagregantes potentes (ticagrelor/prasugrel; n=9) no se asoció con cambios en la estancia frente a clopidogrel (7.52 vs 6.56 días; p=0.891).

159 Ectasia coronaria y flujo lento: características clínicas y pronóstico a largo plazo en una cohorte colombiana

Diego Alejandro Ortega Gómez; *Natalia Portilla Angulo; Merardo Andrés Vega Báez; Adriána Catalina Uscátegui Ruiz; Carlos Calderón García; Diego Armando Pérez Covo; Miguel Alvarez Mejía; Custodio Alberto Ruiz Bedoya; Oscar Daniel Galves Cetina; Paula Giraldo Posada*

Introducción
La ectasia coronaria (EC) y el flujo coronario lento (FCL) son hallazgos angiográficos poco frecuentes asociados con isquemia, eventos trombóticos y variabilidad pronóstica. La evidencia sobre su evolución clínica a largo plazo es limitada.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo mediante la revisión de 7.939 angiografías coronarias practicadas entre 2012 y 2020. Se identificaron 184 pacientes con EC y/o FCL; tras aplicar criterios de exclusión, 141 fueron incluidos en el análisis final. La información clínica y los desenlaces se obtuvieron mediante revisión de historias clínicas y entrevistas telefónicas estructuradas.
El desenlace primario fue la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores (MACE: infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, muerte cardiovascular o enfermedad arterial periférica). La mortalidad por todas las causas se evaluó como desenlace secundario. Se empleó regresión logística para identificar predictores.

Resultados
Se incluyeron 141 pacientes, con edad media de 73 años y predominio masculino (81%). Durante un seguimiento mediano de 5 años (rango 2–10), 28 pacientes (19,6%) presentaron MACE, principalmente infarto agudo de miocardio (82%).
Veintiséis pacientes requirieron una nueva angiografía, evidenciándose persistencia o progresión de EC en 53,8%, aparición de FCL en 18,5% y enfermedad aterosclerótica significativa en 37%.
La diabetes mellitus tipo 2 fue el único predictor independiente de MACE (OR 2,85; p=0,03). No se identificaron predictores de mortalidad. Las estimaciones de supervivencia fueron del 72% a 2 años y del 31% a 5 años.

Conclusiones
En esta cohorte, aproximadamente uno de cada cinco pacientes con EC y FCL presentó eventos cardiovasculares durante el seguimiento, con predominio de infarto agudo de miocardio. La diabetes se identificó como el principal factor asociado con MACE. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un seguimiento estructurado, una mejor estratificación del riesgo y estudios prospectivos que definan con mayor precisión el comportamiento clínico de estas entidades subdiagnosticadas.

160 Factores asociados al síndrome post-cuidados intensivos en pacientes atendidos en una unidad de cuidados coronarios del norte de Colombia

Jorge Luis Herrera Herrera; *Edinson Oyola López; Yolima Judith Llorente Pérez*

Introducción
La definición del síndrome post-UCI (SPIC) data de 2012, cuando expertos de la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos (SCCM) propusieron este término para agrupar un conjunto de síntomas cognitivos, psicológicos y físicos que se presentan tras una enfermedad crítica. Además, la SCCM recomendó que este síndrome no se abordara como un diagnóstico médico, sino como un concepto destinado a mejorar la formación y la concienciación sobre el deterioro tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos.

Materiales y Métodos
Estudio con enfoque cuantitativo y correlacional. Se obtuvo una muestra de 277 adultos mediante un muestreo por conveniencia no probabilístico. Se aplicó un formulario de caracterización de variables sociodemográficas y clínicas. También se utilizó el instrumento Healthy Aging Brain Care Monitor (HABC-M).

Resultados
El 70% de la muestra ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios por presentar diagnóstico de infarto, el 66% tenía antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2). En promedio, los pacientes estuvieron hospitalizados 10,7 días en la UCI, con un riesgo moderado de morbilidad y mortalidad según la escala APACHE II. El 38,6% recibió ventilación mecánica, con una duración promedio de 8,3 días, y el 7,5% se sometió a traqueostomía. En cuanto a la sedación, se observó un uso frecuente de fentanilo. El 83,4% de la muestra presentó los síndromes estudiados, con predominio de la categoría grave. La puntuación global de la escala se consideró la variable dependiente, y se encontró significación estadística ($p < 0,05$) con variables sociodemográficas como el origen y la religión, y con variables clínicas como la administración de tratamiento farmacológico.

Conclusiones
La muestra presentó el síndrome post-UCI de forma generalizada, afectando las diferentes dimensiones y encontrándose una asociación con variables sociodemográficas y clínicas. Esto representa un escenario favorable para que la enfermería continúe investigando este fenómeno y proponga intervenciones que visibilicen mejor la atención a esta población.

161 Fenotipos geriátricos y enfermedad cardiovascular: evidencia poblacional en Colombia.

Diego Armando Pérez Covo; *Cristian Orlando Porras Bueno; Diego Alejandro Ortega Gómez; Sofía Rodríguez Urrego; Ana Sofía Trujillo Henao; Andrés Felipe Camargo Abello; Catalina Arbeláez Hoyos; Jacky Fabián Gil Laverde; Edward Andrés Cáceres Méndez; Rodrigo Castro Paris; Angel Alber*

Introducción
La depresión y la fragilidad son síndromes geriátricos prevalentes que comparten mecanismos fisiopatológicos con la enfermedad cardiovascular (ECV). Su coexistencia puede definir un fenotipo de alta vulnerabilidad clínica y pronóstica. En la población colombiana, esta interacción no ha sido previamente caracterizada. El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre la superposición de depresión y fragilidad con la ECV.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal a partir de los datos de la encuesta nacional SABE Colombia 2015. Se incluyeron adultos mayores de 60 años con información completa sobre depresión (Escala de Yesavage, GDS-15), fragilidad (escala de 5 ítems de FRAIL) y antecedentes de infarto agudo de miocardio (IAM) o accidente cerebrovascular (ACV). Se estimaron razones de prevalencia (RP) e intervalos de confianza (IC) del 95 % mediante modelos log-binomiales bivariados y multivariados ajustados por hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, hipercolesterolemia, tabaquismo y sedentarismo (factores de riesgo cardiovasculares tradicionales).

Resultados
Se analizaron 18 973 adultos mayores (edad media 69,3 ± 7,1 años; 56 % mujeres). La prevalencia de depresión fue 57,3 %, de fragilidad 3,5 % y de ECV 15,4 %. En el análisis bivariado, tanto la depresión (RP 1,83; IC95 %: 1,51–2,23) como la fragilidad (prefrágil RP 1,61; frágil RP 2,91; $p<0,001$) se asociaron con ECV. En el modelo multivariado ajustado, ambas condiciones mantuvieron asociaciones independientes. La superposición de depresión y fragilidad mostró un mayor grado de asociación (RP 4,87; IC95 %: 3,37–7,02; $p<0,001$) comparado contra la superposición de depresión y prefragilidad, así como contra la presencia de cada una de estas condiciones geriátricas de manera individual, inclusive después del ajustar el modelo multivariado por los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales (PR 2.05, IC95 %: 1.05-3.97).

Conclusiones
En adultos mayores, la superposición de depresión y fragilidad se asocia de forma independiente con una mayor prevalencia de ECV, incluso tras ajustar por factores de riesgo cardiovasculares tradicionales. Este hallazgo sugiere la existencia de un fenotipo geriátrico de alto riesgo que podría beneficiarse de estrategias integradas de prevención y rehabilitación cardiovascular, con enfoque biopsicosocial y multidisciplinario, así como de estrategias orientadas a tratar estas condiciones reversibles.

162 IAM en mujeres con compromiso de múltiples vasos llevados a coronariografía

David Aristizábal Colorado; *Santiago Sierra Castillo; Agustín Galindo; Juan Andrés Muñoz Ordóñez; Norberto Bornancini; Clara Saldarriaga Giraldo*

Introducción
¿Importa el sexo en el IAM? Aunque la enfermedad aterosclerótica es la causa principal del IAM tanto en hombres como en mujeres, en la última década se ha señalado un mayor papel de la enfermedad arteriolosclerótica en la fisiopatología de los eventos coronarios en mujeres. Además, se estima que presentan una mayor carga de comorbilidades, más síntomas de angina y una mayor mortalidad. También se ha evidenciado que las mujeres tienen menor oportunidad de recibir terapias médicas establecidas en las guías y menos probabilidades de acceder a reperfusión.

Materiales y Métodos
Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico en una cohorte de pacientes con diagnóstico de IAM sometidos a coronariografía en el 2023. Se utilizo RStudio, se realizó análisis univariado y bivariado
Objetivo:Caracterización de pacientes mujeres con IAM de múltiples vasos sometidos a PCI en varios centros de América latina

Resultados
Se incluyeron 69 pacientes, con una mediana de edad de 71.4 años (RIC 9.4). Todos los participantes fueron sometidos a coronariografía y tenían compromiso de más de dos vasos. El tiempo promedio de hospitalización fue de 24.0 días (RIC 11.0). En cuanto a comorbilidades, la hipertensión arterial (HTA) estuvo presente en 66 pacientes (95.7%), y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en 23 pacientes (33.3%).
La arteria más frecuentemente comprometida fue la descendente anterior en 39 pacientes (56.5%), seguida de la coronaria derecha en 23 pacientes (33%), con una distribución similar en los centros de Argentina y Colombia.
La mortalidad fue del 8.7%, principalmente asociada a complicaciones cardiovasculares y enfermedades de base.

Conclusiones
Las mujeres sometidas a coronariografía de múltiples vasos presentaron una elevada carga de comorbilidades, con hipertensión arterial en el 95% de los casos, mayor que en la población masculina, mientras que la diabetes mellitus tipo 2 tuvo una prevalencia similar en ambos géneros. Esta carga puede ser mayor en comparación con pacientes con compromiso de un solo vaso, especialmente en mujeres.
La arteria descendente anterior fue la más afectada, y la coronaria derecha estuvo comprometida con mayor frecuencia que en los hombres, con una distribución similar en ambos países. La mortalidad fue del 8.7%, sin diferencias significativas entre los grupos.
El tiempo de hospitalización fue elevado en comparación con lo reportado para infarto agudo de miocardio, posiblemente debido a la alta carga de comorbilidades y al compromiso de múltiples vasos. Sin embargo, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas frente a los hombres.
A pesar de la ausencia de significancia estadística, esta cohorte de mujeres mostró una mayor carga de comorbilidades, lo que resalta la importancia de un enfoque diferenciado en su atención

163 Indice de choque modificado como predictor de mortalidad en síndrome coronario agudo

Jesús David Bello Simanca; *Rafael Guillermo Betancurt Mendoza; José Alfredo Correa Guerrero; Loraine Quintana Pájaro; Leman Alcides Corpus Rodríguez; Samuel Andrés Barreto De La Hoz; Daniel Andrés Arnedo Pino; Daniela Herrera Martínez; Paula Alejandra Sandoval Páez*

Introducción
El síndrome coronario agudo constituye la principal causa de mortalidad cardiovascular. Las escalas actuales de estratificación de riesgo como GRACE y TIMI requieren paraclínicos que retrasan decisiones en servicios de urgencias con recursos limitados. El índice de choque modificado (ICM), calculado dividiendo la frecuencia cardíaca entre la presión arterial media, representa una herramienta clínica simple para predecir mortalidad.

Materiales y Métodos
Cohorte retrospectiva de 404 pacientes mayores de 18 años con síndrome coronario agudo sometidos a arteriografía coronaria entre enero 2021 y enero 2025. Se excluyeron pacientes con choque cardiogénico al ingreso, registros incompletos o embarazo. Se evaluó capacidad discriminativa del ICM mediante curvas ROC, sensibilidad, especificidad, valores predictivos y regresión logística multivariada.

Resultados
La mortalidad intrahospitalaria fue 8.9%. El ICM >=0.99 mostró excelente capacidad discriminativa con área bajo la curva 0.86 (IC 95%: 0.81-0.92), sensibilidad 72.2%, especificidad 86.9%, valor predictivo positivo 35.1% y valor predictivo negativo 97.0%. El análisis multivariado demostró que ICM >=0.99 se asoció independientemente con mortalidad (OR ajustado: 3.71, IC 95%: 1.23-10.63). Otros predictores independientes fueron edad >=65 años, choque cardiogénico y frecuencia cardíaca >=100 lpm.

Conclusiones
El ICM demostró excelente capacidad para predecir mortalidad intrahospitalaria en pacientes con síndrome coronario agudo, incluso tras ajustar por variables de confusión. Su simplicidad, rapidez y no dependencia de paraclínicos lo posicionan como herramienta útil para estratificación temprana en servicios de urgencias. Se requieren estudios prospectivos y multicéntricos para garantizar su validez externa y utilización en otras poblaciones.

164 Indice leucoglucémico como marcador pronóstico de complicaciones cardiovasculares y mortalidad en primer síndrome coronario agudo

Jonathan Andrés Quintero Villamizar; *Lina María Vera Cala; Lady Rodríguez Burbano; María Juliana Ardila Mantilla; Sebastián Fernando Flórez Duarte; Boris Eduardo Vesga Angarita*

Introducción
El índice leucoglucémico (ILG), propuesto por Quiroga-Castro en 2010, combina glucemia y leucocitos para estimar el riesgo en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). Se ha demostrado su asociación con mayor mortalidad y complicaciones cardiovasculares. Aunque no existe consenso internacional y los puntos de corte varían entre 656 y 3500, su simplicidad y bajo costo lo hacen una herramienta útil para la estratificación pronóstica, especialmente en contextos con recursos paraclínicos limitados para calcular riesgo con escalas como el GRACE. Este constituye el primer estudio en Colombia que evalúa el ILG como predictor de complicaciones y mortalidad en SCA.

Materiales y Métodos
Estudio de evaluación de pruebas pronósticas, observacional, analítico de cohorte, prospectivo.

Resultados
Se analizaron 153 pacientes con un primer SCA en Bucaramanga, Santander, con predominio masculino (72,6%) y edad media de 66 años (DE±11,7). La HTA fue la comorbilidad más frecuente (63,4%) y seguido de DM (31,4%), con 15,5% de casos de novo. La mayoría presentó SCASEST (56,9%) y el puntaje GRACE promedio fue 143,7 (DE±45,9). La mortalidad global fue 14,4%. Los fallecidos eran significativamente mayores (72,2±9,5 vs. 65,4±11,6; p=0,004), con mayor frecuencia cardíaca (96,5±32,2 vs. 79,1±17,4; p<0,001), mayor proporción de DM de novo (p=0,003), glucosa sérica más elevada (214,7±116,8 vs. 150,2±136,9 mg/dL; p=0,0005) y leucocitosis (12.602±5.420 vs. 10.284±4.499; p=0,0316). Se evidenció GRACE score superior (196,7±43,7 vs. 138,0±42,4; p<0,001) y mayor proporción en clases Killip-Kimball de alto riesgo (p<0,001). La mediana de ILG fue 1321,3 (RIC 1008–1901,4), más elevada en SCACEST (1749) que en SCASEST (1276) y Angina Inestable (1036), con diferencias significativas (p=0,008 y p<0,001). El análisis ROC identificó un punto de corte para ILG >=1206,6 como predictor de complicaciones (AUC 0,65; sensibilidad 74,7%; especificidad 54,0%) y >=1417,7 como predictor de mortalidad (AUC 0,769; sensibilidad 77,3%; especificidad 61,8%). En análisis multivariado, ILG elevado se asoció a mayor riesgo de muerte (RR ajustado: 5,95; IC95%: 1,82–19,43; p=0,003) y complicaciones generales (RR ajustado: 3,95; IC95%: 1,67–9,27; p=0,002).

Conclusiones
Los resultados confirman el valor pronóstico del ILG en SCA, evidenciado su asociación significativa con mortalidad y complicaciones. Estos resultados son consistentes con los reportados por León-Aliz et al. y Díaz et al., destacando que el ILG refleja de manera integrada la respuesta inflamatoria y el estrés metabólico asociado al daño miocárdico. Su medición rápida, de bajo costo y basada en parámetros de rutina lo convierte en una herramienta eficaz para la estratificación temprana del riesgo, permitiendo priorizar intervenciones y optimizar decisiones clínicas.

165 Infarto agudo del miocardio en paciente con hipersensibilidad conocida al acido acetil salicilico. Un desafío terapéutico.

Carlos Alberto Fuentes Pérez

Introducción
La Doble Terapia Antiplaquetaria (DAP), compuesta por acido acetil salicilico (AAS) más un antagonista del receptor P2Y12, es la piedra angular en la prevención de la trombosis del stent y eventos cardiovasculares tras una Intervención Coronaria Percutánea (ICP). Sin embargo, una pequeña proporción de pacientes (0.3% a 0.9%) presenta antecedentes de hipersensibilidad al AAS, lo que complica su manejo.
La hipersensibilidad al AAS se clasifica en tres subtipos: respiratoria (asma/rinitis), cutánea (urticaria/angioedema) y anafilaxia (rara). Identificar el subtipo es crucial para determinar la estrategia adecuada de manejo del riesgo y la desensibilización. La desensibilización a l AAS es una estrategia clínicamente viable y eficaz, especialmente en pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) que requieren ICP y se beneficiarían de la DAP. No obstante, su implementación aún es limitada.

Materiales y Métodos
Reporte de caso.

Resultados
Se presenta el caso de un paciente de 52 años, abogado, con antecedentes HTA, hipotiroidismo,hipertrigliceridemia y alergia a AINES/AAS con desarrollo de angioedema por exposiciones previas. Ingresa a urgencias por Infarto Agudo de Miocardio sin elevación del Segmento ST (IAMSEST), manejo solo con clopidogrel y anticoagulacion, requirió angioplastia con implante de dos stents medicados en coronaria derecha e infusion de tirofiban por no uso de AAS.
Dada la alta probabilidad de trombosis del stent, se consideró el beneficio de la DAP con AAS y prasugrel. Sin embargo, debido a la historia de hipersensibilidad AAS tipo angioedema y urticaria, se planteó un protocolo de desensibilización esquema rapida (sin experiencia de su uso en la institucion pero con recomendacion de las guias de practica clinica) y valoracion por alergologia sin disponibilidad prioritaria. Sin embargo el paciente no autorizo por miedo a reacciones graves.
Posterior a la revascularizacion percutanea se manejó con monoterapia de prasugrel sin embargo con riesgo de trombosis del stent en el primer mes.
Ecocardiograma trastoracico con cardiopatia isquemica con fevi 49%, sin valvulopatias, se optimo bloqueo neurohumoral, estatina de alta potencia mas ezetimibe, rehabilitacion cardiovascular y control estricto de sus comorbilidades, evolucion satisfactoria.

Conclusiones
La hipersensibilidad al AAS es frecuentemente referida pero con una prevalencia real baja. El angioedema es una de las presentaciones más típicas (80%). La desensibilización rápida es necesaria, pero esta contraindicada en pacientes con reacciones anafilácticas graves, angioedema severo o reducción significativa del VEF1 (Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo). A pesar que la recomendacion de las guias actuales es realizar protocolos de desensilizacion rapidos de 5,5 horas, con evidencia de su efectividad y seguridad, los cardiologos no estan familiarizados con estos esquemas y se prefiere dejar un solo antiagregante plaquetario potente y control estricto de factores de riesgo cardiovascular, con aumento del riesgo trombotico del stent e los 3 primeros meses, se podria ofrecer dosis bajas de rivaroxaban con clopidogrel como alternativa, pero aun falta evidencia en los casos que no se puede o no se realiza desensibilizacion al AAS posterior al sindrome coronario agudo.

166 Más allá del infarto: oportunidades perdidas en prevención de la persona mayor con síndrome coronario agudo

Angie Lucia Méndez Zaraza; *Daniel Alberto Villamizar Anaya; Jerson H. Quitián Moreno; Harold Torres Pinzón; Alejandra Villamizar*

Introducción
Introducción: La tamización de osteoporosis y la vacunación en adultos mayores (AM) con enfermedad cardiovascular (ECV) es insuficiente en América Latina. Evaluar su prevalencia permite identificar brechas en la atención preventiva y orientar intervenciones desde la medicina familiar y la cardiogeriatría.

Materiales y Métodos
Objetivo: Describir la prevalencia de tamización de osteoporosis y la vacunación contra influenza, neumococo y SARS CoV-2, según el área de residencia y el nivel educativo, en AM con síndrome coronario agudo (SCA) atendidos en una institución de cuarto nivel del oriente colombiano.
Metodología: Estudio descriptivo transversal de 150 historias clínicas de AM >=75 años con diagnóstico de SCA, evaluados mediante Valoración Geriátrica Integral entre 2022 y 2024. Se analizaron variables sociodemográficas, tamización de osteoporosis y esquemas de vacunación registrados en PAIWEB.

Resultados
Resultados y discusión: El 62,7% de los participantes residía en zona urbana y el 37,3% en zona rural. El 42,6% era analfabeta y 42,6% con primaria incompleta.
El 10,7% de los AM tenía densitometría ósea. El 10,7% tenía vacuna de influenza en el último año, el 2% vacuna neumocócica y el 84% había recibido al menos una dosis de vacuna contra SARS-CoV-2. Solo el 17,3% completó el esquema de cuatro dosis.
En la zona rural, el 7,1% tenía densitometría ósea, el 7,1% vacuna antigripal y el 1,2% con vacuna neumocócica. En la zona urbana, el 12,0% tenía densitometría ósea, el 12,0% había recibido vacuna antigripal y el 2,4% vacuna neumocócica. El 34,0% de los residentes urbanos completó el esquema de cuatro dosis SARS-CoV-2, en comparación con el 21,4% de los rurales.
No se observó relación directa entre la escolaridad y las coberturas de tamización o vacunación.
Los pacientes con menor nivel educativo (analfabetas o con primaria) mostraron mayor adherencia a la vacunación contra COVID-19, posiblemente por estrategias comunitarias de acceso implementadas durante la pandemia.

Conclusiones
Conclusiones: La cobertura de tamización de osteoporosis y vacunación en AM con SCA es baja, independientemente del área de residencia o nivel educativo. Los hallazgos destacan la necesidad de fortalecer programas de prevención cardiovascular con enfoque territorial y comunitario, liderados por equipos de atención primaria y medicina familiar

167 Perfil genético de riesgo y su relación con la complejidad y carga de enfermedad coronaria asociada con mortalidad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

Germán Camilo Giraldo González; *Jheyson Fuentes; Alejandro Montenegro Avila; Nicolás Montoya Velásquez; Juan Esteban Almanza Arcila; Nirida Fernanda Bonilla Santamaría; Juan Esteban López; Samuel Lenis Perdomo; Andrés Mauricio García Cuevas*

Introducción
La enfermedad arterial coronaria (EAC) es la causa líder de mortalidad en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2). Ambas condiciones comparten etiologías genéticas y ambientales, atribuyendo a la DMT2 un papel único como factor de riesgo en EAC. A pesar de los avances, no existen modelos de predicción clínicos o genéticos con alta precisión para identificar los pacientes en alto riesgo de EAC compleja y sus desenlaces asociados.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio transversal con enfoque epidemiológico genético en una institución ambulatoria especializada en cardiología en Manizales, Colombia. Se incluyeron 106 pacientes con DMT2 y EAC documentada. Se evaluaron 11 polimorfismos de nucleótido único (SNPs) usando RT-PCR en tiempo real. Se documentó las características clínicas, sociodemográficas y el estado de la EAC incluyendo deterioro de la función ventricular y compromiso vascular (1 o más vasos). Los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS 29.0 y se consideró una p<0.05 estadísticamente significativamente.

Resultados
Los participantes tenían una media de edad 68.1±8.3 años y el 53.7% eran de sexo masculino. 73 de los participantes tenían enfermedad polivascular. El sexo masculino (p=0.016) y el perfil genético de riesgo (PRP-5: rs1412830-CDKN2A/B, rs2074192-ACE2, rs4420638-APOE, rs646776-CELSR2, rs7903146-TCF7L2) se asoció con enfermedad polivascular. El SNP de PRP-5 tuvo un odds ratio (OR) de 5.2 (p=0.007) para EAC compleja. En el modelo de regresión logística binomial este perfil de riesgo se asoció con mayor mortalidad.

Conclusiones
Este estudio identifica un perfil de riesgo poligénico (PRP-5) asociado con EAC compleja en pacientes DMT2, independiente de los factores de riesgo tradicionales. Estos hallazgos soportan la hipótesis de las contribuciones genéticas a la severidad de la EAD y dan apertura a la necesidad de realizar estudios longitudinales que permitan establecer el uso clínico de este perfil de riesgo. Esto contribuye a la comprensión del perfil genético de riesgo cardiovascular en población hispanoamericana.

168 Tendencias globales de investigación sobre lipoproteína(a) y riesgo cardiovascular: análisis bibliométrico 2014–2025

Daniel Alejandro Rodríguez Cruz; *Alexander Alemán Castellanos; Nicolás Montoya Velásquez; Alejandro Muñoz Ramírez; Isabella Guzmán Aristizábal; Germán Camilo Giraldo González; Andrés Mauricio García Cuevas*

Introducción
La lipoproteína(a) [Lp(a)] es un factor de riesgo cardiovascular independiente, asociado con enfermedad coronaria, estenosis aórtica y progresión hacia falla cardiaca. La actividad científica alrededor de Lp(a) ha aumentado debido al avance en la caracterización genética del gen LPA y al desarrollo de terapias dirigidas. El objetivo de este estudio fue analizar las tendencias globales de investigación sobre Lp(a) y riesgo cardiovascular durante 2014–2025.

Materiales y Métodos
Se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura en Scopus hasta el 15 de octubre de 2025. La estrategia de búsqueda incluyó términos relacionados con "lipoprotein(a)" y "cardiovascular risk". Se incluyeron únicamente artículos originales; se excluyeron revisiones, editoriales, capítulos y literatura gris. Tras la depuración metodológica y temática, se analizaron 224 artículos mediante el paquete Bibliometrix en R y el software VOSviewer. Se evaluaron métricas bibliográficas, producción anual, colaboración internacional, revistas más influyentes, instituciones con mayor contribución y patrones globales de citación.

Resultados
Se identificaron 224 artículos publicados entre 2014 y 2025, provenientes de 2.710 autores y 137 fuentes científicas. La producción anual mostró un crecimiento sostenido del 15,76%, con un pico máximo en 2025. La investigación se concentra en países con alta capacidad científica: Estados Unidos mantuvo liderazgo en volumen de publicaciones y citaciones, seguido por China, que mostró el crecimiento más acelerado desde 2020. Europa tuvo participación destacada, especialmente Alemania, Italia y Reino Unido. En Latinoamérica, Brasil y Argentina fueron los principales contribuyentes.
Las revistas más productivas pertenecen a cardiología, lipidología y biología vascular, lideradas por Atherosclerosis y Journal of Clinical Lipidology. Las instituciones más activas fueron grandes centros académicos y hospitales universitarios, con marcada predominancia de Asia y Norteamérica.
Los artículos más citados se centraron en la relación entre Lp(a), calcificación valvular y estenosis aórtica, así como en estudios genéticos que explican las variaciones en sus niveles. El interés creciente también se relacionó con ensayos de terapias dirigidas como olpasiran y pelacarsen.

Conclusiones
La evidencia muestra que Lp(a) es un determinante clave del riesgo cardiovascular, respaldado por hallazgos genéticos, clínicos y epidemiológicos. El crecimiento acelerado de publicaciones refleja la necesidad de comprender mejor sus umbrales de riesgo, su papel en falla cardiaca y su potencial como objetivo terapéutico. Los patrones geográficos revelan oportunidades de colaboración internacional, especialmente en regiones con baja investigación. La consolidación de nuevas terapias parece ser uno de los principales impulsores del interés científico reciente.

169 Efectividad comparativa de la reparación percutánea de la válvula mitral, la cirugía y la terapia médica en pacientes con insuficiencia mitral: un metaanálisis en red

Nelson Murillo; *José Alejandro Gasca Insuasti; Luis Enrique Cueva Cañola; Mario César Torres Chávez; Amiel Armando Aragón Cortés; Adolfo Calderón Fernández; Arantza Lizbeth García Loera; Luis Alejandro Pech Burgos; Luz Camila Choque Ayala; Luis Giovanni Rojas Téllez*

Introducción
La insuficiencia mitral (IM) funcional es causada por la dilatación del anillo o el remodelado del ventrículo izquierdo, más que por una enfermedad primaria de la válvula. Si no se trata, se asocia con desenlaces adversos y progresión de síntomas. La reparación percutánea de la válvula mitral (PMVr) con el dispositivo MitraClip ha surgido como alternativa menos invasiva a la cirugía en pacientes con IM significativa, especialmente en aquellos con alto riesgo quirúrgico. Sin embargo, la efectividad comparativa entre PMVr, cirugía y terapia médica (TM) sigue siendo incierta.

Materiales y Métodos
Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis en red de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y estudios de cohorte que compararon PMVr, cirugía y TM en pacientes con IM. Se efectuó una búsqueda exhaustiva en PubMed, Scopus, Cochrane CENTRAL, Embase y Web of Science. Los datos se agruparon mediante un modelo de efectos aleatorios. Los desenlaces incluyeron mortalidad por todas las causas (ACD), accidente cerebrovascular, eventos adversos graves, mortalidad cardiovascular (CVD), reingreso por insuficiencia cardíaca, clase funcional I/II de la New York Heart Association (NYHA), sangrado mayor, eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE) e infarto de miocardio (IM).

Resultados
Se incluyeron un total de 20 estudios con 4.273 pacientes. Los resultados mostraron que, en comparación con la cirugía, la TM se asoció con menor incidencia de accidente cerebrovascular (OR: 0,10 [0,00–0,61]) y sangrado mayor (OR: 0,06 [0,01–0,25]). MitraClip se asoció con menos eventos adversos graves en comparación con la cirugía (OR: 0,18 [0,07–0,50]) y mostró posible asociación con menor mortalidad cardiovascular (OR: 0,61 [0,12–2,20]). La cirugía, en comparación con la TM, se asoció con desenlaces en clase funcional NYHA I/II (OR: 3,2 [1,1–8,6]) y menor mortalidad por todas las causas (OR: 0,47 [0,30–0,69]). No se observaron asociaciones claras en cuanto a reingreso por insuficiencia cardíaca (OR: 0,46 [0,10–1,80]), MACE (OR: 0,14 [0,00–1,80]) o IM (OR: 0,74 [0,04–10,00]).

Conclusiones
Este metaanálisis en red revela diferencias significativas en seguridad y efectividad de PMVr, cirugía y TM. PMVr puede ofrecer un perfil más seguro para pacientes de alto riesgo. La cirugía continúa siendo la opción más eficaz para mejorar función y supervivencia, reforzando su papel como abordaje estándar en candidatos apropiados. La TM puede reservarse para casos seleccionados, aunque con beneficios limitados a largo plazo. Una estrategia multidisciplinaria y centrada en el paciente es esencial para guiar la elección terapéutica. Se requieren más ensayos clínicos que orienten manejo en pacientes con riesgo intermedio.

ENFERMEDAD VALVULAR

FALLA CARDÍACA, HIPERTENSIÓN PULMONAR Y CARDIOMIOPATÍAS

170 Autocuidado en insuficiencia cardíaca: impacto en la hospitalización y mortalidad. Una revisión sistemática y metaanálisis

Luisa Yaneth Cristancho Zambrano; *Angie C. Mendoza Quiñónez; Lyda Z. Rojas; Víctor Herrera*

Introducción
Las guías de práctica clínica reconocen al autocuidado como elemento fundamental en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC). Sin embargo, la evidencia científica respecto a su asociación con desenlaces clínicos es heterogénea. Por tanto, el objetivo de esta revisión sistemática fue evaluar de forma sistemática y cuantitativa la asociación entre el autocuidado y los desenlaces clínicos de hospitalización y mortalidad en adultos con IC.

Materiales y Métodos
Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis siguiendo la metodología PRISMA. Se hicieron búsquedas en cuatro bases de datos (Pubmed, Embase, EBSCO y Nursing & Allied Health) hasta el 19 junio de 2025 sin restricción de idioma. Se incluyeron estudios de cohorte que evaluaran la asociación entre autocuidado y mortalidad, hospitalización o su compuesto. De forma independiente dos revisores extrajeron los datos y evaluaron el riesgo de sesgos de los estudios incluidos utilizando la escala de Newcastle-Ottawa (NCO). Se utilizó ponderación por el inverso de la varianza para combinar las medidas de asociación (HR) mediante el método de efectos aleatorios.

Resultados
Se identificaron 1136 artículos de los cuales 10 cumplieron con los criterios de elegibilidad. El autocuidado fue evaluado utilizando el Índice de Autocuidado para la Insuficiencia Cardíaca (SCHFI), la Escala Europea de Conducta de Autocuidado en la Insuficiencia Cardíaca (EHFScBS) y a través de tareas específicas de autocuidado. El 60% de los estudios obtuvieron una puntación >=7 en la escala NCO. Los resultados muestran que el autocuidado no se asoció con el riesgo de hospitalización (HR=1.55 IC95%: 0.95 – 2.51, I2=80.17%) ni con la mortalidad por todas las causas (HR=1.21; IC95%: 0.83 – 1.77; I2=54.38%). Sin embargo, niveles bajos de autocuidado se asociaron con mayor riesgo del desenlace compuesto (HR=1.44; IC95%: 1.06 – 1.95; I2=43.07%) (Figura 1).

Conclusiones
Los resultados evidencian que bajos niveles de autocuidado se asocian con mayor riesgo del desenlace compuesto de hospitalización o muerte en pacientes con IC. Sin embargo, la ausencia de asociación con desenlaces individuales podría deberse al número eventos para cada metaanálisis y la alta heterogeneidad en la medición del autocuidado. Estos hallazgos evidencian la necesidad de continuar con el estudio de esta asociación y la estandarización de su medición.

171 Biomarcadores cardio-renales y su relación con el strain longitudinal global medido con speckle tracking en cardiomiopatía chagásica: de la mecánica ventricular a los marcadores séricos.

Luis Eduardo Echeverría Correa; *Angie Yarlady Serrano García; Lyda Z. Rojas; Sergio A. Gómez Ochoa*

Introducción
La cardiomiopatía chagásica crónica (CCC) se correlaciona con alta mortalidad secundaria a insuficiencia cardíaca y muerte súbita. La evaluación ecocardiográfica de la deformidad miocárdica con la técnica de speckle tracking (STE) para calcular global longitudinal strain (GLS), es un robusto marcador de riesgo de desenlaces, pero su disponibilidad es limitada en áreas endémicas. Identificar biomarcadores circulantes como subrogados de la deformación miocárdica podría optimizar el diagnóstico y la estratificación de riesgo.

Materiales y Métodos
Estudio transversal en adultos con CCC confirmada. Se realizó ecocardiografía con medición del strain longitudinal global (GLS) y strain segmentario con speckle tracking. Se midieron seis biomarcadores cardiorrenales: NT-proBNP, troponina T ultrasensible (hs-cTnT), galectina-3, sST2, NGAL y cistatina C. Se exploraron correlaciones (Spearman) y modelos lineales multivariables ajustados por edad, sexo, IMC y clase NYHA, con bootstrap (1.000 réplicas) para IC95%.

Resultados
Se incluyeron 100 pacientes (mediana de edad 62 años; 55% hombres; FEVI 42% [RIC 27-56]). El GLS mediano fue -12,5% [RIC -17,8 a -8,0]. Todos los biomarcadores se asociaron con GLS (p<0,001) (figura 1), siendo NT-proBNP el de mayor desempeño (rho=0,82). En modelos ajustados, NT-proBNP explicó la mayor varianza de GLS (R^2=0,70; IC95% 0,57-0,77), seguido de cistatina C (R^2=0,50), hs-cTnT (R^2=0,49), NGAL (R^2=0,49), sST2 (R^2=0,37) y galectina-3 (R^2=0,36). NT-proBNP mostró asociaciones consistentes con strain regional, particularmente en segmentos mesoventriculares (figura 2).

Conclusiones
El NT-proBNP demostró las asociaciones más fuertes y consistentes con los parámetros de strain miocárdico global y segmentario en pacientes con cardiopatía chagásica crónica (CCC), superando a los demás biomarcadores cardiorrenales evaluados en su capacidad para reflejar disfunción miocárdica incipiente. Mientras que hs-cTnT, NGAL y cistatina C mostraron asociaciones moderadas, galectina-3 y sST2 evidenciaron correlaciones más débiles. Estos resultados resaltan el potencial del NT-proBNP como biomarcador confiable y accesible para la detección temprana del compromiso cardíaco, particularmente en entornos de bajos recursos, donde las técnicas avanzadas de ecocardiografía no están fácilmente disponibles. Una estrategia multimarcador podría complementar la evaluación, pero los datos apoyan priorizar NT-proBNP cuando la medición del SLG no este disponible.

172 Bisoprolol vs. Carvedilol en insufciencia cardiaca: impacto en clase funcional

Jorge Luis Jara Valderrama; *Karla Xiomara Cenas Rodríguez; Amira Alexandra Amayo Rodas; Flor de María Gutiérrez Asmat; Astrid Nohely Sandoval Castro; Gustavo Sebastián Barrantes Castro; Christopper Stewart Silva Oblitas; Akemy Alejandra Sifuentes Orbegoso; Gean Paul Germány Aguilar*

Introducción
La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico caracterizado por una disfunción estructural y funcional que reduce el gasto cardíaco y/o aumenta la presión intracardíaca. Los betabloqueantes atenúan la hiperactividad adrenérgica, mejorando progresivamente la estructura y función cardíacas. El bisoprolol, un antagonista selectivo beta-1, disminuye la frecuencia cardíaca y la demanda de oxígeno, mientras que el carvedilol, un antagonista no selectivo alfa-1, mejora la función vascular y reduce el estrés oxidativo. Aunque ambos reducen eventos adversos, difieren en sus efectos antiinflamatorios y ventilatorios. Estudios previos indican mejoras en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), aunque con variabilidad interindividual.

Materiales y Métodos
Tipo de estudio: Ensayo clínico pragmático
Criterios de inclusión: Adultos >18 años con IC estadio C o D, FEVI <45%, tratados con ARAII, IECA, espironolactona y dosis estándar de betabloqueantes (Carvedilol 12,5 mg bid, Bisoprolol 5 mg qd)
Criterios de exclusión: Bradiarritmias, taquiarritmias, marcapasos, hepatopatía crónica o patología pulmonar asociada.
Grupos de estudio:
Grupo 1 (160 pacientes): Carvedilol 12,5 mg cada 12 horas.
Grupo 2 (160 pacientes): Bisoprolol 5 mg cada 24 horas.

Resultados
Se incluyeron 160 pacientes en cada grupo, con características basales similares. El aumento en la 6MWT fue mayor en el grupo de bisoprolol (72,84 ± 36,63 m vs 58,1 ± 35,21 m, p < 0,05). En el análisis de variables se consideraron: género, ritmo sinusal (RS), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), cardiopatía isquémica (CI) y FEVI. Se observó una mejora significativa en pacientes con FEVI reducida. En subgrupos, el bisoprolol benefició más a pacientes sin RS (OR: 2,5, IC: 1,072-5,831, p: 0,34) y con CI (OR: 3,915, IC: 1,329-11,53, p: 0,13), mientras que el carvedilol favoreció a aquellos con FEVI inicial reducida (OR: 2,329, IC: 1,169-4,638, p: 0,016).

Conclusiones
El bisoprolol es superior al carvedilol en la mejoría funcional, especialmente en pacientes sin ritmo sinusal y con cardiopatía isquémica.

173 Bisoprolol vs. carvedilol: Comparación del impacto en insuficiencia cardiaca derecha tratada con levosimendán

Jorge Luis Jara Valderrama; *Amira Alexandra Amayo Rodas; Karla Xiomara Cenas Rodríguez; Sara Melina Diaz Rodríguez; Cruz Cherre Carlos Dangerwell; Astrid Nohely Sandoval Castro; Gustavo Sebastián Barrantes Castro; Christopper Stewart Silva Oblitas; Akemy Alejandra Sifuentes Orbegoso*

Introducción
La insuficiencia cardiaca derecha (ICD) se caracteriza por disfunción del ventrículo derecho, congestión sistémica y bajo gasto cardíaco debido a sobrecarga de presión/volumen o alteraciones miocárdicas. El bisoprolol, un antagonista ?1 selectivo, reduce la actividad neurohormonal, mientras que el carvedilol, un bloqueador ?/?1 no selectivo con propiedades antioxidantes y vasodilatadoras, inhibe la apoptosis y el remodelado ventricular. Sus diferentes efectos hemodinámicos generan interrogantes sobre su eficacia relativa en la ICD cuando se combinan con levosimendán, un inodilatador que mejora la contractilidad mediante sensibilización al calcio y apertura de canales K+ATP. Estudios recientes sugieren una posible sinergia entre levosimendán y betabloqueadores en la modulación de la función diastólica y la resistencia vascular pulmonar.
Este estudio compara bisoprolol (5 mg/día) y carvedilol (25 mg/día) en pacientes con ICD tratados con levosimendán, evaluando la evolución clínica y funcional mediante la prueba de caminata de 6 minutos.

Materiales y Métodos
Objetivo: Determinar qué betabloqueador es más eficaz en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca derecha.
Materiales y Métodos: Diseño del estudio: Cohortes retrospectivo. Tipo de muestreo: Probabilistico aleatorio simple
Criterios de inclusión: Edad >18 años, disfunción sistólica/diastólica del ventrículo derecho confirmada por ecocardiografía.
Levosimendán 0.1 mcg/kg/min (infusión de 24 horas cada 15 días, 3 sesiones).
FEVI >55%.
Tratamiento con ARA/IECA y espironolactona.
TFG >30 mL/min/1.73m².
Criterios de exclusión: Inestabilidad hemodinámica, enfermedad hepática aguda/crónica, cardiopatía congénita.
Grupos de estudio:
- Grupo 1 (23 pacientes): Carvedilol 12.5 mg cada 12 horas.
- Grupo 2 (23 pacientes): Bisoprolol 5 mg cada 24 horas.

Se realizaron evaluaciones basales y a los 60 días. Los datos ecocardiográficos se obtuvieron con un ecocardiógrafo Vivid T9 y se procesaron con el software EchoPac GE. Se utilizó SPSS Statistics para el análisis.

Resultados
Se analizaron tres variables ecocardiográficas (TAPSE, FAC del VD, strain de la pared libre del VD) y una variable clínica (prueba de caminata de 6 minutos; mejora definida como un aumento >45 metros). Ambos grupos mostraron mejoras en los parámetros ecocardiográficos. Bisoprolol: FAC VD +3.05%, TAPSE +1.25 mm, strain VD -1.85%. Carvedilol: FAC VD +2.74%, TAPSE +0.96 mm, strain VD -1.52%, y en los resultados clínicos, pero la mejoría fue significativamente mayor en el grupo bisoprolol (46.25 m vs. 33.7 m), particularmente en pacientes en ritmo sinusal. El grupo bisoprolol también mostró menos variabilidad en la presión arterial. El análisis multivariado sugirió que el sexo femenino, la espironolactona 50 mg, la hipertensión y la diabetes podrían influir positivamente en los resultados, aunque solo la hipertensión alcanzó significancia estadística en el grupo carvedilol.

Conclusiones
El bisoprolo demostró superidad clínica y mejoría clínica comparado con carvedilo en paciente con falla cardíaca derecha tratados con levosimendan.

174 Características y desenlaces clínicos en pacientes con falla cardíaca crónica descompensada en un hospital de tercer nivel de Pasto, Nariño (2019–2023).

Simón Darío Madroñero Muñoz; *Juan Sebastián Acosta Cardozo; José Leónel Zambrano Urbano; Julie Andrea Benavides Melo; Nasly Violedi Ipia Ordóñez*

Introducción
La falla cardíaca (FC) es un problema de salud pública. La falla cardíaca crónica agudadamente descompensada (FCAD) se relaciona con altas tasas de hospitalización y mortalidad en adultos mayores. En el suroccidente colombiano, existe escasa información sobre el perfil, características clínicas, terapéuticas y desenlaces sobre esta población en contexto de vulnerabilidad socio-económica, que dificulta toma de decisiones. Se buscó aportar evidencia regional y representativa para orientar estrategias de manejo, gestión clínica y políticas de salud cardiovascular.

Materiales y Métodos
Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, realizado en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Pasto (Nariño) entre 2019-2023. Se incluyeron 224 adultos hospitalizados por FCAD. Se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas, etiológicas, terapéuticas y de mortalidad intrahospitalaria mediante revisión de historias clínicas. Se tuvo aval del comité de ética institucional y se aplicó estadística descriptiva.

Resultados
El 55,35% fueron hombres, edad media de 74,4 ± 11,5 años; 74,1% afiliados al régimen subsidiado y 70,5% con nivel educativo primario. La disnea (43%) y el edema (33%), fueron los principales motivos de consulta. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (96%), valvulopatías (48%) y EPOC (38%). La etiología hipertensiva fue predominante (91%); 55,8% presentaron fracción de eyección reducida, 98,6% tuvo clase funcional NYHA III-IV y 94,4% presentó estadio C ACC/AHA. Los principales desencadenantes fueron la mala adherencia terapéutica (39%) y arritmias (26%). La terapia médica dirigida por guías (TMDG) fue subóptima al ingreso (ARNI 8%, iSGLT2 14%) aunque mejoró parcialmente al egreso (iSGLT2 35%). El 20% requirió hospitalización en UCI y la mortalidad intrahospitalaria fue del 4,46%.

Conclusiones
La FCAD se presentó en edades avanzadas, con multimorbilidad, en estadios avanzados y bajo determinantes sociales desfavorables (DSD); esto podría traducirse en menor adherencia terapéutica, subutilización de la TMDG y, en consecuencia, peores desenlaces clínicos. La mortalidad intrahospitalaria fue comparable con registros previos. Se requieren estrategias de gestión hospitalaria y optimización terapéutica dirigidas a reducir reingresos y mortalidad por FCAD.

175 Caracterización clínica y desenlaces de una cohorte de pacientes con cardiomiopatía chagásica portadores de dispositivos cardíacos implantables

Carlos Hernán Calderón Franco; *David Alberto Ocampo Gómez; Claudia Jaramillo Villegas; Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; Jaime Fernando Rosas Andrade; David Santacruz Pacheco*

Introducción
La cardiomiopatía chagásica afecta hasta al 30% de los pacientes infectados por el parasito Trypanosoma cruzi, quien presenta complicaciones como arritmias, insuficiencia cardíaca y muerte súbita. Aunque los dispositivos cardíacos implantables (DCI) son fundamentales en la prevención de eventos arrítmicos y la resincronización ventricular. Este estudio describe las características clínicas y los desenlaces en pacientes con cardiopatía chagásica portadores de DCI.

Materiales y Métodos
Estudio de Cohorte retrospectiva de pacientes >=18 años con cardiomiopatía chagásica y DCI, atendidos en la Fundación Clínica Shaio entre 2004 y 2025. Se describieron variables clínicas, sociodemográficas, y se evaluaron desenlaces como hospitalización por falla cardíaca o arritmias, cambio en clase funcional NYHA y mortalidad.

Resultados
Se incluyeron 50 pacientes durante 52,4 meses aproximadamente. El promedio de edad fue 64,2 años; 58% eran mujeres y la mayoría provenía de zonas rurales. Se observó en el 52% bloqueo de rama derecha 52%, 44% fibrilación auricular y enfermedad renal crónica 50%. El aneurisma ventricular izquierdo predominó en el ápex 34%. Se utilizaron principalmente CDI en prevención secundaria y TRC-D 42%. La mayoría mostró mejoría en la clase funcional NYHA tras el implante. La TRC-D se asoció con menor tasa de hospitalización. Edad >65 años, FEVI <30%, insuficiencia mitral severa y taquicardia ventricular sostenida se asociaron con peor pronóstico.

Conclusiones
La cardiopatía chagásica continúa siendo un reto clínico. La terapia con DCI, especialmente TRC-D, podría mejorar la evolución clínica en pacientes seleccionados.

176 Caracterización clínica, imagenológica y genética de pacientes con cardiomiopatías en un centro de referencia de alta complejidad en Colombia

Juliana Lores; *Sara Ochoa; Natalia Vallejo; Juanita Montoya; David Vernaza Trujillo; Marcela Perenguez; Diana Ramírez Montaño; Adrián Fernández Osorio; Carlos Ramírez Estupiñan*

Introducción
Las cardiomiopatías representan una causa importante de insuficiencia cardiaca, muerte súbita y hospitalizaciones. Aunque las variantes genéticas juegan un papel clave en su etiología, en Latinoamérica persiste una brecha en su estudio sistemático. Este trabajo describe el perfil clínico, imagenológico y genético de pacientes con cardiomiopatías atendidos en un centro de alta complejidad, evaluando además la posible relación entre genotipo y fenotipo.

Materiales y Métodos
Estudio observacional retrospectivo (junio 2018–junio 2023) que incluyó pacientes con diagnóstico de cardiomiopatía (dilatada, hipertrófica o no compactada). Se extrajeron variables clínicas, ecocardiográficas, resonancia magnética cardiaca y resultados de estudios genéticos. Se realizaron análisis descriptivos y pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney y chi-cuadrado) para explorar asociaciones entre variantes genéticas y fenotipos clínicos.

Resultados
Se analizaron 57 pacientes con diagnóstico de cardiomiopatía. La mayoría presentaba miocardiopatía dilatada (n=44; 77.2%), seguida de miocardiopatía hipertrófica (n=9; 15.8%) y miocardiopatía no compactada (n=3; 5.3%). La edad media fue de 48.5 ± 13.9 años, con una edad al diagnóstico clínico de 44.1 ± 14.2 años. La función sistólica se caracterizó con FEVI promedio de 29.9% ± 16.8 (n=54).
Se documentó insuficiencia cardiaca descompensada con hospitalización en 59.6% de los pacientes (n=34), y eventos tromboembólicos en 29.8% (n=17). El hipotiroidismo fue identificado en 22.8% (n=13), la dislipidemia en 14% (n=8) y la enfermedad renal crónica en 12.3% (n=7). 14 pacientes (24.6%) fueron valorados por genética y 10 (17.5%) contaban con estudios moleculares. Los genes identificados con mayor frecuencia fueron TTN (n=5; 8.8%), MYH7 (n=3; 5.3%), DSP (n=3; 5.3%).
En el análisis exploratorio, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre portadores y no portadores de variantes patogénicas/inciertas en relación con la FEVI (p variante #1 = 0.296; p variante #2 = 0.643), el número de hospitalizaciones en el último año (p variante #1 = 0.664; p variante #2 = 0.591) o la presencia de comorbilidades metabólicas y cardiovasculares (todas p > 0.10).

Conclusiones
En esta cohorte, las cardiomiopatías se presentan mayoritariamente en estadios avanzados, con alta carga de insuficiencia cardiaca y eventos tromboembólicos, lo que refleja un perfil clínico de alto riesgo. Aunque no se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre genotipo y desenlaces clínicos, la detección de variantes en genes estructurales clave del cardiomiocito resalta el potencial de la genética como herramienta complementaria en la caracterización integral del paciente con cardiomiopatía. Estos hallazgos apoyan la necesidad de integrar progresivamente la evaluación genética dentro del abordaje cardiológico, especialmente en contextos de estratificación de riesgo y tamizaje familiar

177 Caracterización de la miocarditis aguda en América Latina: perspectivas clínicas, de imagen y etiológicas desde una cohorte multicéntrica colombiana

Diego Alejandro Ortega Gómez; *Raul Eduardo Reyes Toledo; Marisol Carreño Jaimes; Camila Andrea Camacho Ramos; Alejandra Roa; Andrés Buitrago*

Introducción
La miocarditis aguda (MA) es una enfermedad con un amplio espectro clínico y etiologías diversas, cuya caracterización regional en América Latina continúa siendo limitada debido a diferencias epidemiológicas y acceso desigual a herramientas diagnósticas avanzadas como la resonancia magnética cardiaca (RMC). Este estudio describe las características clínicas, de laboratorio, electrocardiográficas, de imagen y etiológicas de la MA en dos centros de referencia en Bogotá, Colombia.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio transversal descriptivo que incluyó pacientes >=18 años hospitalizados con diagnóstico de MA entre enero de 2013 y junio de 2024. Los casos fueron identificados por códigos CIE-10 y validados con los criterios de miocarditis clínica sospechada de la Sociedad Europea de Cardiología. Se recopilaron datos clínicos, biomarcadores, hallazgos electrocardiográficos, ecocardiográficos y de RMC. Se exploraron asociaciones entre variables clínicas y mortalidad intrahospitalaria mediante pruebas chi-cuadrado, con fines exploratorios.

Resultados
Se incluyeron 205 pacientes (72,1% hombres; mediana de edad 38 años). El dolor torácico fue la manifestación inicial más frecuente (84,6%), seguido de disnea (37,6%). La mayoría presentó elevación de troponina ultrasensible y marcadores inflamatorios moderadamente elevados. La ecocardiografía mostró disfunción ventricular izquierda en 34,1%. Entre quienes tuvieron RMC, el 47,8% presentó disfunción ventricular y el 78,6% mostró realce tardío subepicárdico o mesomiocárdico.
La etiología fue indeterminada en 71,2%; entre los casos identificados destacaron infección por SARS-CoV-2 y enfermedad de Chagas. Las complicaciones incluyeron pericarditis (28,8%), falla cardiaca aguda (15,1%) y miocarditis fulminante (4,9%). La mortalidad intrahospitalaria fue 5,39%. En el análisis univariado, la mortalidad fue mayor en pacientes >=65 años (p=0,007), con arritmias ventriculares graves (p=0,021) o presentación fulminante (p=0,031). Estas asociaciones son exploratorias y no permiten establecer predictores pronósticos definitivos.

Conclusiones
La presentación clínica y los hallazgos de imagen de la MA en esta cohorte son consistentes con lo descrito en estudios internacionales. La alta proporción de etiologías indeterminadas evidencia limitaciones diagnósticas regionales y la necesidad de enfoques más estructurados de evaluación etiológica. La identificación de etiologías tropicales como enfermedad de Chagas subraya la importancia del contexto epidemiológico latinoamericano. La morbimortalidad permanece significativa, lo que resalta la necesidad de estudios prospectivos multicéntricos para optimizar la estratificación del riesgo y el abordaje diagnóstico.

178 Comparison of potassium-lowering strategies for hyperkalemia management in heart failure: retrospective cohort

Carlos Alberto Porras Meza; *María Juliana Vergara Chávez*

Introducción
Hyperkalemia is common in patients with heart failure (HF) and may limit the continuation and up-titration of cardioprotective therapies (guideline-directed medical therapy, GDMT), increasing the risk of decompensation. This study evaluated potassium-lowering strategies to manage hyperkalemia without modifying GDMT.

Materiales y Métodos
A retrospective cohort study (2023–2024) was conducted in an outpatient cardiology clinic. A total of 2,331 potassium (K) measurements from 1,237 patients were analyzed. Among these, 671 patients with hyperkalemia (K>=5.1 mEq/L) were classified according to management strategy: no intervention, dietary modification (n=85), potassium binders (n=77), diet + binders (n=11), or modification of GDMT (n=94). Potassium normalization and reduction were evaluated using Wilcoxon tests and Cliff's delta.

Resultados
Hyperkalemia was present in 53% of patients. Median age was 73 years; 69% were male; and 36% had chronic kidney disease (CKD). Potassium normalization rates were 63.5% with diet, 53.2% with binders, and 68% among those with GDMT modifications. Although adjusting GDMT resulted in greater potassium reduction in statistical analysis, this approach may compromise the established clinical benefits of foundational therapies and is not a recommended strategy. No additional benefit was observed with combined interventions.

Conclusiones
Potassium-lowering strategies, particularly dietary modification and potassium binders, were effective and safe for managing hyperkalemia while preserving GDMT. These findings support current recommendations (ESC 2021, TRED-HF, and JACC 2025) prioritizing maintenance of optimal medical therapy in HF.

179 Correlación clínica y ecográfica de la congestión mediante el protocolo VExUS en pacientes con insuficiencia cardiaca agudamente descompensada

María Camila Rojas Rubiano; *Mateo Aranzazu Uribe; María Paulina Villa Saldarriaga; Oscar Mauricio Ramos Torres; Jorge Hernándo Donado Gómez*

Introducción
La insuficiencia cardiaca agudamente descompensada (ICAD) es una de las principales causas de hospitalización, reingresos y mortalidad en adultos. La evaluación clínica de la congestión tiene limitaciones en sensibilidad y especificidad. El VExUS es una herramienta no invasiva útil para evaluar y objetivar la congestión venosa, sin embargo, su correlación con hallazgos clínicos en población local no ha sido descrita.

Materiales y Métodos
Estudio observacional, prospectivo y analítico, actualmente en curso, en pacientes adultos hospitalizados con ICAD en un centro de referencia cardiovascular en Medellín, Colombia. Se evaluaron variables clínicas, de laboratorio, comorbilidades, parámetros ecocardiográficos y se realizó protocolo el VExUS. Se presenta el análisis preliminar de los primeros pacientes incluidos empleando estadística descriptiva. El estudio continúa en fase de recolección; una vez completado, se aplicarán pruebas de correlación y análisis multivariado para evaluar la asociación entre hallazgos clínicos y ecográficos.

Resultados
Se incluyeron 29 pacientes. La media de edad fue 58.6 ± 14.4 años y el 86% fueron hombres. La etiología más frecuente de la insuficiencia cardiaca fue la cardiopatía isquémica. La mediana del NT-proBNP fue 8061 pg/mL. La fracción de eyección media fue 26.5%, el TAPSE promedio 15.1 mm y la onda tisular S' 9.1 cm/s. La clase funcional NYHA al ingreso tuvo una moda de 3.
Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (48.3%), fibrilación auricular (27.6%), diabetes mellitus (20.7%), enfermedad renal crónica (20.7%) y enfermedad respiratoria (20.7%). Los grados VExUS al ingreso fueron 0 (6.9%), 1 (24.1%), 2 (27.6%) y 3 (41.4%). En la medición a las 48 horas, realizada en 23 pacientes (2 fallecieron, 3 se perdieron del seguimiento y 1 está pendiente de control), se observó una mejoría en la congestión medida como disminución de grado de VExUS 3 de 12 a 5 pacientes (reducción del 58%) y aumento de VExUS 0. La ingurgitación yugular mostró una tendencia a asociarse con congestión significativa (VExUS >= 2) (p = 0.05), mientras que otros signos clínicos no demostraron asociación estadística.

Conclusiones
Los resultados preliminares muestran que la congestión venosa evaluada mediante VExUS es altamente prevalente en pacientes con ICAD. La mejoría ecográfica observada a las 48 horas sugiere que VExUS es sensible a cambios tempranos tras el inicio del tratamiento. La ingurgitación yugular fue el signo clínico con mayor utilidad para identificar congestión. Estos hallazgos respaldan el potencial de VExUS como herramienta complementaria para la evaluación dinámica de congestión en ICAD. Los análisis finales permitirán determinar su valor predictivo y su relación con desenlaces hospitalarios.

180 Disociación electro-estructural en cardiopatía chagásica frente a la miocardiopatía isquémica: implicaciones para la estratificación del riesgo de muerte súbita

Luis Eduardo Echeverría Correa; *Lyda Z. Rojas; Carlos A. Morillo; Angie Yarlady Serrano García; Yina Tatiana Ariza; Carlos A. Luengas; Angela Torres Bustamante; Karen Andrea García Rueda; Sergio A. Gómez Ochoa*

Introducción
La cardiopatía chagásica (CC) es una condición marcadamente arritmogénica, con riesgo alto de taquiarritmias ventriculares y muerte súbita (MS). Esto ocurre aun en individuos sin disfunción sistólica significativa. Las guías clínicas utilizan la fracción de eyección (FEVI) como criterio determinante en la estratificación del riesgo y la prevención de muerte súbita con cardiodesfibriladores implantables (CDI). La miocardiopatía isquémica (MCI) es el modelo clásico de cardiopatía arritmogénica con indicación diferencial de prevención de MS comparada con otras etiologías. Por otro lado, la taquicardia ventricular no sostenida (TVNS) y la carga arrítmica (numero de latidos normales/extrasístoles ventriculares) se correlacionan con el riesgo de muerte súbita. Nuestro objetivo fue comparar la carga arrítmica diferencial de ambos modelos, valorando la correlación con disfunción sistólica, activación neurohormonal, remodelado miocárdico y presencia de disautonomía.

Materiales y Métodos
Estudio de cohorte prospectivo realizado en pacientes ambulatorios de un centro de cuarto nivel en Colombia. En el basal se recogieron datos clínicos, cuestionario MLHFQ, biomarcadores, ecocardiografía y Holter de 24 h. El análisis compara grupos y de forma estratificada, la asociación entre FEVI, deformación miocárdica, NT-proBNP con TVNS y carga arrítmica.

Resultados
Se incluyeron 146 pacientes consecutivos: 75 CC y 71 MCI. La edad, la FEVI y el NT-proBNP fueron comparables entre grupos. La CC mostró mayor remodelado dado por un mayor índice de masa VI, diámetros y dilatación auricular (p<0,05) además de disfunción diastólica más marcada (TRI prolongado). La carga arrítmica fue sustancialmente mayor en CC: más extrasístoles ventriculares totales, dupletas y rachas de TV (todas p<0,001). La TVNS fue más frecuente en CC que en MCI (30,7% vs. 7,0%; p<0,001) y, a diferencia de la MCI, en CC no hubo correlación significativa de la FEVI con el riesgo arrítmico (>=40%: 33,3% vs. <40%: 29,2%; p=0,707). En CC, los predictores de TVNS fueron fibrilación auricular (39,1% vs. 9,6%; p=0,002), flutter auricular y aneurisma ventricular (34,8% vs. 13,5%; p=0,033); marcadores clásicos de insuficiencia cardíaca (FEVI, GLS, NT-proBNP) no discriminaron de manera adecuada el riesgo arrítmico en CC. La CC mostró disautonomía con SDNN/SDANN más bajos y paradójicamente mayor RMSSD/pNN50.

Conclusiones
La CC es una patología altamente arritmogénica que, en contraste con la MCI, exhibe una "disociación electro-estructural" con alto riesgo arrítmico independiente de la FEVI y de la mecánica ventricular. Los hallazgos apoyan que la estratificación del riesgo en CC incorpore marcadores de inestabilidad eléctrica (TVNS, ectopia ventricular, FA/flutter, aneurisma) más allá de umbrales de la función sistólica y justifican el desarrollo de algoritmos etiología-específicos en la decisión de prevención de MS.

181 El bienestar y el rol invisible de la familia en los pacientes con insuficiencia cardíaca

Adriána Milena Jurado Arenales; *Paula Bohórquez; Edgar Fabián Manrique Hernández; Maricel Licht Ardila; Alexandra Hurtado Ortiz; Luis Eduardo Echeverría Correa*

Introducción
La insuficiencia cardíaca (IC) conlleva una alta carga de síntomas y una pobre calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La funcionalidad familiar influye en la adherencia, el autocuidado y los desenlaces, pero la evidencia en pacientes hospitalizados es limitada. Objetivo: Examinar la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud (MLHFQ) y la funcionalidad familiar (FF-SIL) en adultos hospitalizados con insuficiencia cardíaca.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio analítico transversal en un centro cardiovascular de alta complejidad utilizando datos de un registro prospectivo de IC. Se incluyeron adultos hospitalizados por IC descompensada aguda entre junio de 2022 y octubre de 2025. La funcionalidad familiar se evaluó con el FF-SIL y la CVRS con el cuestionario Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). Las diferencias entre grupos se analizaron con Kruskal–Wallis y $?^2$. Se utilizó regresión logística ordinal para identificar factores asociados con mayor disfunción familiar.

Resultados
Entre 2.557 pacientes hospitalizados, la funcionalidad familiar fue funcional en 1.854 (72.51%), moderadamente funcional en 560 (21.90%), disfuncional en 132 (5.16%) y severamente disfuncional en 11 (0.43%). En el modelo ajustado, cada incremento de 1 punto en el MLHFQ (peor CVRS) se asoció con un aumento del 1.1% en las probabilidades de pertenecer a una categoría familiar más disfuncional (OR = 1.011; IC95% 1.004–1.018; p=0.002).

Conclusiones
Una peor calidad de vida, la no adherencia a medicamentos, no tener pareja y el antecedente de negligencia o abuso físico fueron los principales factores vinculados a peor funcionalidad familiar. La negligencia y el abuso fueron los predictores más fuertes.

182 Estrategias para facilitar la cardioversión eléctrica en la fibrilación auricular: comparación entre una dosis única oral de propafenona (Pill in the pocket) y la infusión de amiodarona

Jorge Luis Jara Valderrama; *Flor de María Gutiérrez Asmat; Amira Alexandra Amayo Rodas; Karla Xiomara Cenas Rodríguez; María Alejandra Díaz Morgan; Astrid Nohely Sandoval Castro; Gustavo Sebastián Barrantes Castro; Christopher Stewart Silva Oblitas; Akemy Alejandra Sifuentes Orbegos*

Introducción
Para restaurar el ritmo sinusal en pacientes con fibrilación auricular (FA) persistente, la cardioversión está indicada como tratamiento de primera línea, ya sea mediante intervención eléctrica o farmacológica. Sin embargo, la eficacia de este procedimiento puede verse limitada por factores como el estadío de la arritmia, las características del paciente y el uso de terapias adyuvantes que podrían aumentar la tasa de éxito (cardioversión eléctrica facilitada). Por lo tanto, es fundamental explorar estrategias adicionales que ayuden a optimizar los resultados de la cardioversión, como el uso de amiodarona o propafenona. En este contexto, ambos fármacos podrían aumentar la tasa de éxito. Si bien algunos estudios han demostrado que el uso de alguno de estos fármacos podría mejorar la tasa de éxito de la cardioversión, estos resultados no son consistentes en todos los contextos clínicos.

Materiales y Métodos
Tipo de estudio: Cohorte retrospectiva.
Tipo de muestreo: Muestreo aleatorio probabilístico.
La muestra está conformada por pacientes con fibrilación auricular persistente con respuesta ventricular rápida atendidos durante 2021-2024, que requirieron inicialmente cardioversión eléctrica de 100 julios (posición anterolaterla) en emergencia, con signos clínicos de hipoperfusión y sin insuficiencia cardíaca aguda. Tras un primer intento fallido de cardioversión eléctrica (100 julios), un grupo recibió una infusión de amiodarona (1 mg/min) y el otro una dosis única de 600 mg de propafenona. Se realizó un segundo intento tres horas después. Criterios de inclusión: edad >= 18 años, fibrilación auricular no valvular, uso previo de bisoprolol y ausencia de uso previo de espironolactona. Criterios de exclusión: síndrome coronario agudo asociado, inestabilidad hemodinámica y disfunción hepática preexistente.

Resultados
Las características basales de los pacientes en ambos grupos fueron similares. Se observó que la amiodarona fue más eficaz que la propafenona (RR: 1,23 vs. RR: 0,82; $?^2$: 6,97, p: 0,08) y presentó un menor porcentaje (20,59 % vs. 26 %) de recurrencia inmediata de fibrilación auricular (recurrencia de FA en los primeros 5 minutos tras la cardioversión eléctrica). En el análisis multivariable, ninguna de las variables analizadas mostró significación estadística; sin embargo, el sexo masculino, la dosis inicial de 50 mg de espironolactona, la ausencia de diabetes y la hipertensión sugieren que la administración de amiodarona en infusión podría aumentar la tasa de éxito de la cardioversión eléctrica (sin significación estadística). Se observó hipertransaminas en 8 pacientes del grupo de amiodarona y en 28 del grupo de propafenona tras la administración.

Conclusiones
La amiodarona parece ser más eficaz y segura que la propafenona. Se recomienda realizar el estudio en una población más amplia para poder determinar si las variables asociadas actuan como intervinientes o no en el resultado final de cada uno de los fármacos.

183 Evolución ecocardiográfica y hemodinámica tras endarterectomía pulmonar en HPTEC: análisis institucional de 23 años

Jessica Andrea Hernández Durán; *Cristhian Emilio Herrera; Luisa Fernanda Durángo Guitierrez; Juan Camilo Rendón; Maribel Ocampo Muñoz; Pina Isabel Múnera Muñoz*

Introducción
La hipertensión pulmonar tromboembólica (HPTEC) crónica genera alta morbimortalidad. La endarterectomía pulmonar es el tratamiento de elección, pero puede persistir hipertensión residual. La ecocardiografía es clave en el seguimiento y pronóstico. Este estudio evalúa parámetros ecocardiográficos pre y posoperatorios para predecir hipertensión residual y desenlaces adversos tras 23 años de experiencia institucional.

Materiales y Métodos
Cohorte retrospectiva de 174 pacientes con HPTEC sometidos a endarterectomía pulmonar entre 2001–2024. Se recopilaron variables clínicas, hemodinámicas y ecocardiográficas pre y posquirúrgicas hasta 6 meses. Los desenlaces fueron hipertensión pulmonar residual y eventos cardiovasculares. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva y pruebas de comparación en SPSS 27.

Resultados
Se analizaron 174 pacientes con HPTEC. La mediana de edad fue 52 años (rango Inter cuartil- RI 41–64) y el 55,5% fueron mujeres. La clase funcional preoperatoria predominante fue NYHA III (46,8%), seguida de NYHA II (35,9%). La clasificación hemodinámica mostró un 70,2% de hipertensión precapilar y un 25,8% de forma mixta. La comorbilidad más frecuente fue historia de trombosis venosa profunda (33,1%). La disnea estuvo presente en el 99% de los pacientes, con edemas periféricos en 41,6% y síncope en 16,9%.
Antes de la cirugía, los pacientes presentaron resistencia vascular pulmonar (RVP) media de 8,5 UW, presión media de la arteria pulmonar (mPAP) media de 47,8 mmHg y TAPSE mediana de 16 mm. La sPAP fue elevada (71,2 mmHg). La insuficiencia tricúspidea fue frecuente: 52,1% grado I y 24,9% grado II.
En el seguimiento, se observó una reducción significativa de la RVP y mPAP a los 30 días y 6 meses (p=0,01). La sPAP también disminuyó de manera significativa en ambos momentos (p=0,01). El diámetro del ventrículo derecho (VD) se redujo de forma estadísticamente significativa.
El índice TAPSE/sPAP mostró una mejoría relevante tanto al mes (0,2 a 0,3; p=0,0003) como a los 6 meses (0,2 a 0,4; p<0,001). A los 30 días, el 38,9% presentó hipertensión pulmonar residual.

Conclusiones
En esta cohorte retrospectiva se observó una prevalencia elevada de hipertensión pulmonar residual en el posoperatorio inmediato (~40%). Esto puede explicarse por la gravedad hemodinámica preoperatoria de la población, con presiones pulmonares y resistencia vascular muy aumentadas. La intervención quirúrgica logró mejorías significativas de RVP y mPAP, junto con reducción del diámetro del VD y de la sPAP. El índice TAPSE/sPAP mostró una mejoría progresiva, resaltando su valor como marcador pronóstico. La mortalidad ocurrió principalmente en el periodo perioperatorio y primeros 30 días. Las limitaciones principales incluyen datos incompletos en seguimiento y falta de parámetros ecocardiográficos avanzados. Aun así, los hallazgos fortalecen el rol de la valoración estructural y funcional del VD en la monitorización y toma de decisiones terapéuticas en HPTEC pos endarterectomía pulmonar.

184 Experiencia de 20 años en trasplante cardíaco pediátrico en un centro de referencia en Colombia

Andrea Dávila Ruales; *Andrés David Aranzazu Ceballos; Margarita María Zapata Sánchez*

Introducción
El trasplante cardíaco constituye la única terapia destino para niños con insuficiencia cardíaca terminal por cardiomiopatías, cardiopatías congénitas complejas o arritmias malignas. En pediatría representa el 10% de los trasplantes cardíacos mundiales, con sobrevidas cada vez mayores gracias a los avances en técnica quirúrgica, inmunosupresión y soporte mecánico. En Colombia, el primer trasplante pediátrico se realizó en 1995 en la Clínica CardioVID, institución que mantiene una de las series más amplias del país. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia en trasplante cardíaco pediátrico durante los últimos 20 años en dicho centro.

Materiales y Métodos
Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes sometidos a trasplante cardíaco pediátrico entre enero de 2004 y diciembre de 2024 en la Clínica CardioVID. Se revisaron historias clínicas y registros institucionales. Se analizaron variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y de seguimiento, incluyendo edad, diagnóstico de base, tipo de urgencia, tiempos quirúrgicos, inmunosupresión, rechazo, vasculopatía del injerto, re-trasplante y supervivencia.

Resultados
Se realizaron 40 trasplantes cardíacos pediátricos; el 61% fueron de sexo masculino, con media de edad de 8.2 años (DE ±4.65) y peso promedio de 24 kg. Las cardiomiopatías representaron el 75% de las indicaciones, seguidas por cardiopatías congénitas (22.5%). El 72.5% presentaba clase funcional NYHA/Ross >=III y el tiempo medio en lista de espera fue de 84 días. Dos pacientes requirieron asistencia ventricular previa.
La técnica quirúrgica fue bicava en el 100% de los casos. El tiempo promedio de circulación extracorpórea fue de 183 minutos y de pinzamiento aórtico 244 minutos. El 12.5% requirió ECMO postoperatorio por disfunción primaria del injerto. La mortalidad global fue del 32.5%, con mediana de supervivencia de 143 días entre los fallecidos.
El 47.5% recibió inducción con timoglobulina y el 91% mantuvo inmunosupresión con tacrolimus, micofenolato y corticoides. Durante el seguimiento, el 42.5% presentó rechazo (82% celular), 12.5% desarrolló vasculopatía del injerto (media de aparición 6.6 años), y el 10% requirió retrasplante. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (30%), arritmias (12.5%) y enfermedad renal crónica (7.5%). La supervivencia fue del 70% al año y 57.5% a los cinco años, con recuperación progresiva y sostenida de la fracción de eyección.

Conclusiones
El trasplante cardíaco pediátrico continúa siendo una terapia de alto impacto para niños con falla cardíaca terminal, con resultados comparables a los reportes internacionales pese a las limitaciones propias de un país en desarrollo. La predominancia de cardiomiopatías como indicación, la adopción universal de la técnica bicava y la implementación de protocolos estandarizados de inmunosupresión han contribuido a la mejora de los desenlaces observados. La supervivencia alcanzada refleja un manejo multidisciplinario efectivo y consolidado. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer estrategias de diagnóstico temprano, optimización del soporte mecánico e individualización de la terapia de inducción y mantenimiento para seguir mejorando la sobrevida y la calidad de vida a largo plazo.

185 Factores de riesgo asociados con el desarrollo de fibrilación auricular en pacientes con sepsis y choque séptico en unidades de cuidados intensivos.

Alejandro Narváez Orozco; *Clara Inés Saldarriaga Giraldo; Paola Andrea Mera Paredes; Maríana Jiménez Arias; Cristian Camilo Agudelo Quintero; María José Robledo Rivera; Violeta Cano Cardona; Melissa Mejía Roldán; Valentína Duque Zuluaga; Camilo López Ocampo; Nicolás Arcila Cano; D*

Introducción
La FA desencadenada por sepsis es frecuente en pacientes críticamente enfermos y tiene implicaciones terapéuticas y pronósticas. Aunque se han descrito múltiples factores de riesgo asociados con su aparición, los resultados han sido inconsistentes y los datos en Latinoamérica son escasos. El propósito de este estudio fue determinar la asociación entre factores considerados propios de la sepsis, como la disfunción de órganos y la necesidad de soporte vital avanzado, con el desarrollo de FA en pacientes en UCI.

Materiales y Métodos
Estudio de cohorte retrospectiva en 3 hospitales de referencia de Medellín, Colombia entre enero de 2022 y junio de 2023. Se incluyeron pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de sepsis o choque séptico según los criterios SEPSIS-3. Se excluyeron pacientes con antecedente de FA o en postoperatorio de cirugía cardiaca o cirugía no cardiaca mayor. Se midieron variables propias de la infección (tipo de infección y disfunción órgano específica), niveles de potasio, gravedad de la inflamación y relacionadas con el tratamiento. El desenlace principal fue el desarrollo de FA. Se realizó un análisis multivariado con regresión logística binomial y ajustado.

Resultados
Se incluyeron 1356 pacientes con una media de edad de 64,3 años. La prevalencia de FA desencadenada por sepsis fue del 12.6% (n=171). Un puntaje SOFA más alto, el doble soporte vasopresor, el uso de cualquier inotrópico y ventilación mecánica no invasiva se asociaron con su aparición; sin embargo, en el análisis multivariado ajustado, solo la necesidad de doble soporte vasopresor (OR 2,9 IC 95% 1,1 - 7,9), el uso de inotrópicos (OR 4,3 IC 95% 1,5 - 12) mantuvieron consistentemente su asociación; la VMNI tuvo una tendencia a mantener la asociación (OR 1.78, 95% CI 1.0–3.13).

Conclusiones
La FA desencadenada por sepsis es frecuente en UCI, con una prevalencia similar a lo reportado en la literatura. El uso de doble soporte vasopresor y de cualquier inotrópico fueron los factores de riesgo que se asociaron de manera independiente con su aparición. Se han reportado diversos factores de riesgo que aumentan el riesgo de FA, como la gravedad de la infección o de la inflamación y la hipocaliemia; sin embargo, en nuestro estudio, luego del análisis multivariado ninguno de estos mantuvo la asociación, lo cual indica el rol predominante de las catecolaminas en la génesis de la FA en el paciente crítico.

186 Hallazgos ecocardiográficos y electrocardiográficos en pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica y serología positiva para Chagas

Laura Marcela Rey Gómez; *Iván Mauricio Peña; Claudia Lucía Figueroa; Simón Rincón Hernández; José Molina*

Introducción
La cardiopatía chagásica crónica es una causa reconocida de embolia sistémica y enfermedad cerebrovascular (ECV) en América Latina. Estudios recientes (Lancet Regional Health – Americas, 2025) sugieren que el ictus asociado a Chagas podría originarse no sólo por mecanismos cardioembólicos, sino también por disfunción autonómica, inflamación crónica y microangiopatía. Este trabajo describe los hallazgos estructurales y eléctricos cardíacos en pacientes con ECV isquémica y serología positiva para Trypanosoma cruzi.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio observacional descriptivo (2017–2024) de pacientes con ECV isquémico, a quienes se realizó la serología para T. cruzi. Se analizaron características sociodemográficas, antecedentes cardiovasculares y hallazgos en ecocardiograma transtorácico (ECOT), electrocardiograma (EKG) y monitoreo Holter. Las comparaciones por sexo se realizaron mediante $?^2$ o test exacto de Fisher, y las variables continuas con U de Mann–Whitney, considerando significancia estadística p<0.05.

Resultados
De los 297 pacientes con ECV, 58 (19.5%) fueron seropositivos para T. cruzi, de los cuales, el 63.8% eran mujeres (edad media 73.9 ± 11.9 años), el 63% tenían escolaridad primaria y la mayoría procedencia del rural (66.7%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (68%), diabetes mellitus (28%), fibrilación auricular (FA) permanente (19%) y falla cardiaca (23%). En el ECOT, la dilatación auricular izquierda se presentó en el 81.8% de los paciente, seguido de la cardiopatía hipertrófica (58.2%) y FEVI <40% (43.6%). La dilatación miocárdica fue más prevalente en hombres (p=0.021), mientras que la hipertrofia predominó en mujeres (p=0.002). En el EKG se observaron fibrilación en un 13.8%, bloqueo de rama derecha (10.3%) y alteraciones inespecíficas del ST–T (12%). En el Holter, FA paroxística (28.9%), FA permanente (6.7%) y registros normales en el 15.6%. Al ingreso, la mediana del NIHSS fue 10.2 (IC95%: 8.1–12.3) y Rankin 0 en 58.6% (IC95%: 46.6–70.7). Mortalidad intrahospitalaria: 12.1% (IC95%: 5.2–22.4).

Conclusiones
Los pacientes con ECV y serología positiva para Chagas presentan una alta carga de alteraciones estructurales y eléctricas, particularmente dilatación auricular que podrían representar un sustrato cardioembólico subdiagnosticado. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que el ictus asociado a Chagas podría surgir por mecanismos mixtos (cardioembólicos, inflamatorios y microvasculares), incluso antes del desarrollo de cardiopatía chagásica avanzada. Se recomienda la evaluación cardiológica integral (ECO + EKG + Holter) en pacientes con ECV en regiones endémicas.

187 ICARUS Score: Un modelo práctico de estratificación del riesgo de mortalidad intrahospitalaria en insuficiencia cardíaca crónica agudamente descompensada en la era de los cuatro pilares

Luis Eduardo Echeverría Correa; *Lyda Z. Rojas; Laura V. Arciniegas Landínez; Angie Yarlady Serrano García; Angela Torres Bustamante; Karen Andrea García Rueda; Jaime A. Rodríguez; Sergio A. Gómez Ochoa*

Introducción
La insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ADHF) sigue siendo una de las principales causas de hospitalización y de muerte a corto plazo, a pesar de la terapia cuádruple guiada por guías. La estratificación temprana del riesgo de ingreso hospitalario es clave para guiar la intensidad del manejo. Aunque existen varias herramientas de estratificación de riesgo, la mayoría se desarrolló antes de los iSGLT2. El objetivo de este estudio fue determinar los predictores independientes de la mortalidad intrahospitalaria en la era de los "cuatro pilares" de tratamiento de la falla cardíaca y derivar un sistema de puntuación práctico basado en datos de rutina al ingreso hospitalario (ICARUS score).

Materiales y Métodos
Cohorte retrospectiva de adultos consecutivos hospitalizados por ICAD (de novo o descompensación de IC crónica). La mortalidad intrahospitalaria fue el desenlace primario. Variables con p <=0,20 en el análisis bivariado ingresaron a una regresión logística multivariable con selección backward (retención p<0,05). El sistema de puntuación se generó escalando los coeficientes al menor valor absoluto y redondeando a un valor entero.

Resultados
Se incluyeron 1.588 pacientes (mediana edad 68 años; 69,3% hombres; FEVI mediana 30%), incidencia de mortalidad intrahospitalaria de 4,28%. El modelo incluyó factores de riesgo: diabetes (OR=1,81), NYHA III–IV (OR=1,97), MLHFQ >=41 (OR=2,09), fibrilación auricular (OR=2,29), K+ >5,5 mmol/L (OR=2,63), PAS <=110mmHg (OR=3,14) y factores protectores: betabloqueador (OR=0,38), dispositivo implantable (OR=0,22) y uso intrahospitalario de iSGLT2 (OR=0,27). El modelo mostró una adecuada bondad de ajuste (Hosmer–Lemeshow p=0,997) y capacidad discriminativa (AUC=0,807). Al derivarlo del modelo multivariado, el ICARUS score mantuvo un desempeño robusto (AUC=0,792; IC95% 0,738–0,845). El puntaje de riesgo desarrollado en el presente estudio, derivado de pacientes hospitalizados con ADHF, demostró una buena capacidad discriminativa para la mortalidad intrahospitalaria dentro de la era de la terapia cuádruple.

Conclusiones
En una cohorte latinoamericana, nueve variables estratificaron con precisión el riesgo de mortalidad intrahospitalaria en ICAD. Tras el ajuste del modelo, 9 de las 17 variables incluidas en el análisis bivariado permanecieron en el modelo como predictores independientes de mortalidad intrahospitalaria. Antecedentes de diabetes mellitus y fibrilación auricular; clase funcional NYHA III–IV, MLHFQ >= 41, potasio sérico > 5.5 mmol/L, y presión arterial sistólica <= 110 mmHg se asociaron con un mayor riesgo de mortalidad. Por el contrario, la presencia de un dispositivo implantable, la prescripción de betabloqueadores al ingreso, y el uso de inhibidores SGLT2 durante la hospitalización se asociaron con una reducción del riesgo. El ICARUS score es una herramienta clínica sencilla y de fácil aplicación, que integra estado clínico y terapias modernas (incluido iSGLT2).

188 Impacto de los síntomas depresivos en la calidad de vida en la insuficiencia cardíaca

Adriána Milena Jurado Arenales; *Diana Ortega; Maribel Rojas; Maricel Licht Ardila; Alexandra Hurtado Ortiz; Edgar Fabián Manrique Hernández; Luis Eduardo Echeverría Correa*

Introducción
La depresión es altamente prevalente en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y es un determinante clave de una peor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Existe poca evidencia sobre su impacto durante la hospitalización, un período de especial vulnerabilidad clínica y emocional.
Objetivo: Determinar la asociación entre los síntomas depresivos intrahospitalarios, medidos con la Escala de Depresión de Zung, y la CVRS evaluada mediante el cuestionario Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) en pacientes hospitalizados por IC descompensada aguda.

Materiales y Métodos
Análisis transversal de 4.673 adultos hospitalizados por IC en un centro de referencia. Se evaluaron síntomas depresivos y CVRS mediante escalas validadas. Se recopilaron variables sociodemográficas, clínicas y de laboratorio. Se empleó regresión lineal multivariable para evaluar la asociación independiente entre los síntomas depresivos y las puntuaciones del MLHFQ, ajustando por covariables relevantes. Se usó regresión logística para explorar predictores de síntomas depresivos.

Resultados
Los pacientes con síntomas depresivos reportaron peor CVRS (mediana MLHFQ 43 [RIQ 32–53] vs. 33 [21–44]; p < 0.001). En los análisis ajustados, cada punto adicional en el Zung se asoció con un aumento de 5.86 puntos en la puntuación del MLHFQ (IC 95% 1.70–10.01; p = 0.006). Sexo femenino, NYHA más avanzado, mayor estancia hospitalaria, menor fracción de eyección y comorbilidades también se asociaron con peor CVRS. Los síntomas depresivos mantuvieron significancia tras ajustar por severidad clínica y factores demográficos.

Conclusiones
Los síntomas depresivos son un determinante independiente y clínicamente significativo de una peor calidad de vida en pacientes hospitalizados con IC. La detección sistemática y el abordaje psicosocial integrado deberían complementar la atención biomédica para optimizar resultados centrados en el paciente.

189 Impacto del estado nutricional en la calidad de vida en insuficiencia cardíaca

Adriána Milena Jurado Arenales; *Angélica Vargas; Yesenia Sanabria; Maricel Licht Ardila; Alejandra Mendoza Monsalve; Edgar Fabián Manrique Hernández; Alexandra Hurtado Ortiz; Luis Eduardo Echeverría Correa*

Introducción
La insuficiencia cardíaca sigue siendo una de las principales causas de hospitalización y mortalidad a nivel mundial. El estado nutricional ha emergido como un determinante relevante del pronóstico y de la calidad de vida.
Objetivo: Evaluar la asociación entre el estado nutricional y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio analítico transversal utilizando datos del registro ICARUS en un hospital cardiovascular de referencia en Colombia. El estado nutricional se clasificó según el índice de masa corporal, y la calidad de vida relacionada con la salud se evaluó mediante el cuestionario Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Se realizaron análisis estadísticos, incluidos modelos de regresión lineal múltiples ajustados por covariables clínicas.

Resultados
Se identificó desnutrición en el 5.88% de los pacientes, nutrición promedio en el 55.61% y sobrepeso en el 38.51%. Los pacientes desnutridos reportaron una calidad de vida significativamente peor (mediana MLHFQ 38, RIC 26–48) comparados con los de nutrición promedio (34, RIC 22–45) y el sobrepeso (33, RIC 21–44; p=0.010). En los modelos ajustados, tanto la nutrición promedio (? = −2.56, IC95% −4.99 a −0.13; p=0.039) como el sobrepeso (? = −3.46, IC95% −5.93 a −0.99; p=0.006) se asociaron con mejor calidad de vida comparados con la desnutrición. El sexo masculino se asoció con mejor calidad de vida (? = −1.46, p=0.015), mientras que la diabetes se asoció con peores puntajes (? = 1.99, p=0.015).

Conclusiones
El estado nutricional se asocia de manera independiente con la calidad de vida en insuficiencia cardíaca. La desnutrición predijo consistentemente peores desenlaces, apoyando su rol como factor pronóstico crítico.

190 Polimorfismos genéticos y riesgo de falla cardíaca en pacientes con enfermedades autoinmunes: revisión sistemática de la evidencia

***María Alejandra Cala Acelas**; Juan Sebastián Theran León; Jerson H. Quitián Moreno; Jaime Alberto Gómez Ayala; Luis Andrés Dulcey Sarmiento; Carlos Enrique Arenas Molina*

Introducción
La relación entre enfermedades autoinmunes y falla cardíaca está mediada por procesos inflamatorios, autoinmunes y genéticos. Se ha postulado que ciertos polimorfismos genéticos podrían aumentar la susceptibilidad a falla cardíaca en esta población, sin embargo, la evidencia disponible es heterogénea.

Materiales y Métodos
Se realizó una revisión sistemática de la literatura en bases de datos biomédicas (Semantic Scholar, PubMed, Scopus, Embase, Web of Science), siguiendo la declaración PRISMA. Se incluyeron estudios observacionales, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios de randomización mendeliana que evaluaran la asociación entre polimorfismos genéticos y falla cardíaca en adultos con enfermedades autoinmunes. Se analizaron genes proinflamatorios (IL-6, IL-10, IL-17A, CCR5), variantes en el sistema renina-angiotensina (ACE, AGTR1, AGT) y genes estructurales (TTN, BAG3, MYH7), entre otros.

Resultados
Se identificaron 40 estudios relevantes. La evidencia directa en enfermedades autoinmunes clásicas es escasa. En artritis reumatoide, un estudio de randomización mendeliana (Lin et al., 2023) no mostró asociación significativa con falla cardíaca (OR 1.00; IC95% 0.99–1.02). En dermatitis atópica, Chen et al. (2022) reportaron un aumento modesto en el riesgo (OR 1.07; IC95% 1.03–1.10). En Chagas, varios polimorfismos inflamatorios (IL-10, IL-17A, CCR5) se asociaron con mayor riesgo de cardiomiopatía crónica (OR 1.2–5.3), aunque estos hallazgos no son directamente extrapolables a otras autoinmunidades. En población general, variantes estructurales (TTN, BAG3, LMNA, MYH7) se asociaron con mayor riesgo de cardiomiopatía dilatada y falla cardíaca (OR 1.3–2.9; p<0.001). En conjunto, los resultados muestran heterogeneidad y ausencia de conclusiones definitivas en autoinmunidad.

Conclusiones
Aunque los polimorfismos genéticos desempeñan un papel en la fisiopatología de la falla cardíaca, la evidencia en enfermedades autoinmunes es limitada y contradictoria. Se requieren estudios de mayor tamaño, con ajuste por variables específicas de la autoinmunidad (actividad de enfermedad, inmunosupresores, duración) para establecer asociaciones sólidas y clínicamente aplicables.

191 Predictores clínicos y de imagen asociados con mortalidad y desenlaces adversos en Miocardiopatía Hipertrófica (MCH)

***Melissa Bustamante Duque**; María Paulina Villa Saldarriaga; Juan David Orozco Burbano; Laura Valentina López Gutiérrez; Clara Inés Saldarriaga Giraldo*

Introducción
La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la enfermedad cardiaca genética más frecuente, se caracteriza por hipertrofia miocárdica en ausencia de condiciones de sobrecarga anormales y presenta un curso clínico heterogéneo. El pronóstico de la MCH ha mejorado gracias al diagnóstico temprano, la estratificación del riesgo y las terapias específicas. No obstante, la predicción de mortalidad y de otros desenlaces adversos continúa siendo un desafío, especialmente en poblaciones latinoamericanas donde los datos son escasos. Este estudio tiene como objetivo identificar los predictores clínicos, ecocardiográficos y de imagen por resonancia magnética asociados con la mortalidad y otros desenlaces mayores en pacientes con MCH.

Materiales y Métodos
Estudio observacional, retrospectivo y analítico, que incluyó 117 pacientes con diagnóstico de MCH obstructivos y no obstructivos seguidos en un centro de referencia en Medellín – Colombia entre 2000 y 2025. Se recopilaron variables demográficas, clínicas, ecocardiográficas y de cardioresonancia. El desenlace primario fue identificar los predictores de mortalidad por cualquier causa; los secundarios incluyeron predictores para hospitalización por causas cardiovasculares, implante de CDI y trasplante cardíaco. Las variables cuantitativas se expresaron a través de medias y desviaciones estándar y las cualitativas como frecuencias absolutas y relativas. Se utilizaron pruebas t de Student y chi-cuadrado o test exacto de Fisher según el tipo de variable y modelos de regresión logística para explorar factores asociados con los desenlaces. Se consideró un valor p < 0.05 como significativo. El análisis se realizó en Stata 14

Resultados
La edad media fue 57 ± 19 años y el 52% fueron mujeres. La prevalencia de hipertensión arterial fue del 51% y de dislipidemia del 30%. En el análisis de mortalidad, no se identificaron diferencias significativas en edad, comorbilidades o grosor del septum entre los pacientes fallecidos y los sobrevivientes. Sin embargo, los fallecidos presentaron mayor grado de fibrosis (20% vs. 11%) y una clase funcional más deteriorada (NYHA III 60% vs 19%). Entre los desenlaces secundarios, se documentaron como predictores de hospitalización el antecedente de accidente cerebrovascular (OR 11.8; p=0.006), fibrilación auricular (OR 5.9; p=0.001) y mayor porcentaje de fibrosis miocárdica (OR 1.07; p=0.03). Ser más jóvenes (OR 0.96; p=0.001), tener historia de síncope (OR 3.78; p=0.002), fibrilación auricular (OR 3.39; p=0.01), taquicardia ventricular no sostenida (OR 5.00; p=0.002) o mayor grosor del septum interventricular (OR 3.31; p=0.008) se identificaron como factores pronósticos para implante de CDI.
Por su parte, los predictores que llevaron a necesidad de trasplante cardíaco fueron el antecedentes de muerte súbita (p=0.014), la fibrilación auricular (p=0.006) y la enfermedad renal crónica (p=0.058). En todos los casos, los pacientes con peor clase funcional (NYHA III) presentaron mayor tendencia a desenlaces adversos.

Conclusiones
En esta cohorte, la mortalidad fue baja, lo que refleja un adecuado seguimiento y manejo integral de los pacientes con MCH en el centro. Sin embargo, se identificaron variables con potencial valor pronóstico para desenlaces clínicos relevantes lo que subrayan la importancia de una estratificación de riesgo multimodal para guiar decisiones terapéuticas y prevenir eventos fatales.

192 Prevalencia de ansiedad y depresión en hospitalizados con insuficiencia cardiaca en una institución de salud cartagena. 2025

***Deison Manuel García Cabarcas**; Elizabeth Romero Massa; Sheyleen Hernández Morelos*

Introducción
pacientes con insuficiencia cardíaca les resulta con frecuencia complejo reconocer entre las manifestaciones clínicas de la insuficiencia cardíaca (como fatiga, insomnio o dificultad para concentrarse) y los signos propios de la ansiedad o la depresión contribuye a que estos pasen inadvertidos en la práctica clínica.se pretende determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca en una institución de salud de cartagena.

Materiales y Métodos
estudio descriptivo con una población de 670 pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna durante un periodo de dos meses. el tamaño de la muestra fue de 349 pacientes por muestreo aleatorio simple, mediante encuesta sociodemográfica y el cuestionario validado y confiable hads, los datos fueron analizados y presentados en frecuencias y porcentajes.

Resultados
participaron 349 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, la edad promedio fue de 63,6 años. predomino el sexo masculino en 51,9%;. tiempo de diagnóstico, el 39,9% diagnosticados entre 1 y 5 años; por su capacidad funcional se clasificaron en clase II de la NYHA en 36,1% ; los reingresos fueron en 47%; los síntomas de ansiedad se presentaron en 52,8%; la prevalencia de ansiedad fue de 33,3% , el 19,8% fueron probables casos de ansiedad. la prevalencia de depresión fue del 31,5% , los probables casos en menor proporción fueron en 12,6%.

Conclusiones
estos resultados adquieren relevancia al compararse con otras investigaciones, donde han mostrado variaciones amplias, se ha observado por salazar th contrario a estos resultados encontró en México prevalencias mucho más bajas, la ansiedad en 13,8%, predominando en mayor grado, similar a lo reportado en este estudio y 1% depresión. al shamiri mq,, en arabia saudita, identificaron prevalencias más altas predominando la ansiedad en pacientes con insuficiencia cardiaca correspondiendo a 56,9% de ansiedad y 52,7% depresión
los pacientes con insuficiencia cardíaca hospitalizados presentan síntomas de ansiedad y depresión, destacándose la mayor proporción de casos significativos en ambas condiciones. la ansiedad se acompaña de tensión persistente, preocupaciones frecuentes,la depresión con disminución del disfrute de las cosas, sensación de lentitud y descuido del autocuidado personal.

193 Prevalencia de herpes zóster y enfermedad cardiovascular en Colombia: ¿potenciador o disparador del riesgo? Evidencia de un estudio poblacional

***Angel Alberto García Peña**; Diego Alejandro Ortega Gómez; Diego Armando Pérez Covo; Edward Andrés Cáceres Méndez; Felipe Leopoldo Berrio Parra; Emilio José Juan Guardela; Daniel Gerardo Fernández Avila; Diana Carolina Sandoval Briceño; Ana Sofía Trujillo Henao; María Paula Ravagli B*

Introducción
El herpes zóster (HZ) se ha asociado con un mayor riesgo de desenlaces cardiovasculares mayores, mediado potencialmente por inflamación sistémica, disfunción endotelial y un estado procoagulante que favorece eventos isquémicos. En Colombia, la carga de enfermedad cardiovascular (ECV) es alta y comprender su relación con el HZ tiene importancia clínica y epidemiológica.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo empleando los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) entre 2015 y 2024. Se incluyeron adultos >=18 años con diagnósticos CIE-10 compatibles con HZ y ECV. Se calcularon prevalencias por 1.000 habitantes y razones de prevalencia (RP) para comparar la frecuencia de ECV en individuos con y sin HZ. Se efectuó estratificación por grupos etarios (18–49 y >=50 años) y se estimó la razón de razones de prevalencia (RRR) para evaluar diferencias relativas entre estratos. Se asumió una significancia estadística de p<0.05.

Resultados
Durante el periodo 2015–2024 se registraron 48,6 millones de adultos atendidos en elsistema de salud colombiano. La prevalencia global de HZ fue de 10,4 por 1.000 habitantes, y la prevalencia de ECV de 39,5 por 1.000 habitantes.
En la cohorte con ECV (n=1.922.142), las prevalencias de HZ fueron mayores que en la población general y se observaron RP elevadas en todas las entidades cardiovasculares evaluadas: FA (RP 3,02), enfermedad arterial periférica (RP 2,85), síndrome coronario agudo (RP 2,53), ACV isquémico (RP 2,52), falla cardiaca (RP 2,72) y otras formas de cardiopatía isquémica (RP 2,92).
La estratificación por edad mostró que los adultos de 18–49 años presentaron las mayores magnitudes relativas de asociación, con RP que oscilaron entre 2,1 y 3,3, destacándose ACV isquémico (RP 3,28) y FA (RP 2,89). En adultos >=50 años, las RP fueron menores pero permanecieron estadísticamente significativas (1,42–1,71). Las diferencias entre grupos etarios se corroboraron mediante RRR, siendo más pronunciadas en ACV isquémico (RRR 2,31), FA (RRR 1,70) y falla cardiaca (RRR 1,55).

Conclusiones
El HZ es entre 2 y 3 veces más frecuente en individuos con ECV en Colombia, con una asociación mayor en adultos jóvenes. Estos hallazgos sugieren que el HZ puede actuar como un cardiovascular incluso en poblaciones con bajo riesgo basal y apoyan el potencial valor de estrategias preventivas como la vacunación para reducir eventos cardiovasculares.

194 ¿Qué tan informados están los pacientes de Falla Cardiaca y Terapias avanzadas? Resultados de la aplicación de un nuevo instrumento

Adriána Milena Jurado Arenales; *Lizeth Natalia Quiroga Pico; Kelly Johana Castro Caicedo; Angy Katerine Pinilla Marín; Mayra Alejandra Torres Sánchez; Olga Lucía Jaimes Castellanos; Lyda Z Rojas*

Introducción
En falla cardíaca, asistencia ventricular y trasplante cardíaco, se considera una necesidad crítica contar con un alto nivel de alfabetización en salud dada la complejidad del autocuidado. Se ha demostrado que una baja alfabetización en salud se asocia a peores resultados clínicos, como la disminución en la adherencia a los medicamentos, la cual se asocia a mayores reingresos y mortalidad. El objetivo fue evaluar el nivel de conocimientos de estos pacientes mediante un instrumento validado basado en la etiqueta del NOC (Nusing Outcomes Classification) "Conocimiento: manejo de la insuficiencia cardíaca".

Materiales y Métodos
Estudio de corte transversal. Se aplicó el Cuestionario de Evaluación de Conocimientos sobre Falla Cardíaca, Asistencia Ventricular y Trasplante Cardíaco (FATE). Este cuestionario se divide en dos dimensiones con una totalidad de 12 ítems puntuados con una escala Likert de 1 (ningún conocimiento) a 5 (conocimiento extenso). El puntaje total se calculó sumando todas las respuestas y se clasificó como ningún conocimiento (12), conocimiento escaso (13 – 24), conocimiento moderado (25 – 36), conocimiento sustancial (37 – 48) y conocimiento extenso (49 – 60). Se describieron las características sociodemográficas, clínicas y el nivel de conocimiento.

Resultados
Un total de 224 participantes fueron analizados. El 66.32% (n=148) eran hombres con una mediana de edad de 66 años (Q1=59; Q3=76), el 54.02% (n=121) pertenecía al estrato socioeconómico bajo y el 43.75% (n=98) al nivel educativo de primaria. Con relación a las características clínicas de los participantes, el 92,86 % pertenecen al programa de Falla Cardíaca (n=208), de los cuales el 39,81 % (n=84) son de etiología isquémica y el 76,34 % (n=171) son casos antiguos en el programa.
Los participantes tenían una mayor frecuencia de conocimiento sustancial/extenso en los ítems relacionados con la función del corazón (62.50%), causa de la condición clínica (56.70%), alimentación (84.82%), ingesta de líquidos (62.55%), actividad física (63.39%) y tratamiento farmacológico (50%). Con relación al puntaje total de conocimiento se obtuvo una mediana de 35.84 puntos (Q1= 26, Q3=47) de un total posible de 60 puntos, clasificado como conocimiento moderado sobre la condición clínica (Tabla 1).

Conclusiones
Las principales falencias de conocimiento identificadas en este estudio se ubicaron en la dimensión de conocimiento preventivo, abarcando aspectos como la vacunación, las complicaciones, los signos de alarma y los cuidados adicionales. También, se señalaron áreas de oportunidad en actividades de autocuidado como la monitorización del peso

195 Recuperación de la función ventricular como marcador pronóstico en falla cardíaca: análisis ajustado por propensión.

Marisol Carreño Jaimes; *Luis Alberto Arciniegas Torrado*

Introducción
La falla cardíaca con fracción de eyección mejorada (HFimpEF) representa un fenotipo emergente dentro del espectro de la falla cardíaca con fracción de eyección reducida (HFrEF. El fenómeno de la recuperación ventricular plantea interrogantes sobre la verdadera naturaleza de la 'recuperación' miocárdica, su sostenibilidad en el tiempo y las implicaciones pronósticas de retirar o mantener la terapia neurohormonal. El presente estudio busca caracterizar clínicamente a los pacientes con recuperación de la FEVI en un hospital de veteranos en Colombia y evaluar el impacto pronóstico de esta mejoría sobre mortalidad y rehospitalización a un año.

Materiales y Métodos
Estudio caso–control anidado en una cohorte prospectiva de pacientes atendidos en la clínica de falla cardíaca del Hospital Militar Central (Bogotá) entre 2021 y 2023. Se incluyeron pacientes con FEVI inicial <35%. Los casos se definieron por recuperación de FEVI (incremento absoluto >=10% y FEVI >=40% al año), y los controles fueron aquellos sin mejoría. Se recolectaron variables clínicas, bioquímicas y ecocardiográficas. Los desenlaces primarios fueron mortalidad y rehospitalización a un año. Para minimizar sesgos se aplicaron modelos de emparejamiento por puntaje de propensión (propensity score matching) y regresión de Cox ajustada por edad, comorbilidades, biomarcadores y terapia farmacológica.

Resultados
De los 809 pacientes registrados en la cohorte, 229 (28,3%) presentaron FEVI <35%; de estos, 51 (22,3%) lograron recuperación en el seguimiento. Los pacientes con HFimpEF fueron más jóvenes (75 vs. 78 años, p=0,007), con menor volumen auricular y diastólico final, mejor función renal y mayores niveles de hemoglobina (p<0,05). El uso de ARNI y betabloqueadores fue elevado (>90%) en ambos grupos, aunque los pacientes recuperados presentaron una tendencia a mayor utilización de inhibidores de SGLT2 (23,5% vs. 14,6%). El desenlace compuesto de muerte o rehospitalización ocurrió en 43,1% de los casos frente a 74,2% de los controles (HR 0,3; IC95% 0,1–0,5; p<0,0001). La mortalidad global a un año fue del 7,8% en los pacientes recuperados frente al 30,9% en los no recuperados (HR 0,2; IC95% 0,05–0,5; p<0,001). En el modelo multivariado ajustado, la recuperación de FEVI se mantuvo como factor protector independiente (HR 0,04; IC95% 0,005–0,3; p=0,003), incluso tras control por comorbilidades y uso de terapias neurohormonales. El análisis por puntaje de propensión confirmó una reducción del 41% en la frecuencia del evento compuesto en el grupo con FEVI recuperada (p=0,001), reforzando la solidez de los hallazgos.

Conclusiones
La recuperación de la FEVI se asoció con una reducción significativa en mortalidad y rehospitalización a un año. Estos resultados sugieren que la identificación temprana del fenotipo HFimpEF y la continuidad de la terapia cuádruple son fundamentales para mantener los beneficios clínicos observados. Este trabajo constituye la primera evidencia local sobre este fenotipo en Colombia y subraya el valor del seguimiento estructurado en clínicas de falla cardíaca para optimizar el pronóstico de los pacientes con HFrEF.

196 Relación entre el índice de masa corporal y los desenlaces clínicos a 12 meses en Colombia: analisis del registro colombiano de insuficiencia cardiaca

Germán Camilo Giraldo González; *Osmar Pérez; Juan David López Ponce de León*

Introducción
El comportamiento del índice de masa corporal (IMC) en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) continúa siendo motivo de debate. Aunque estudios previos han sugerido una asociación no lineal entre el IMC y los desenlaces clínicos, su impacto real en cohortes del mundo real sigue siendo incierto. El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre categorías de IMC y un desenlace compuesto de mortalidad u hospitalización cardiovascular.

Materiales y Métodos
Se realizó un análisis observacional de 2.259 pacientes con IC provenientes de una base institucional con seguimiento a 12 meses. El IMC se clasificó como bajo peso (<18.5 kg/m²), normopeso (18.5–24.9), sobrepeso (25–29.9) y obesidad (>=30). El desenlace primario fue un compuesto de mortalidad por cualquier causa y rehospitalización por IC a 12 meses. Se emplearon modelos logísticos ajustados y análisis estratificado por edad (<70 y >=70 años). Se exploró la interacción IMC×edad.

Resultados
La cohorte incluyó 76 pacientes con bajo peso (3.4%), 1.029 normopesos (45.6%), 800 con sobrepeso (35.4%) y 354 con obesidad (15.7%). Los pacientes con bajo peso fueron de mayor edad (71.2 ± 12.9 años) y presentaron la mayor mortalidad a 12 meses (15.8%). El grupo con sobrepeso mostró la menor mortalidad (7.4%). En el modelo logístico, comparado con normopesos, el sobrepeso se asoció con menor riesgo del desenlace compuesto (OR 0.71; IC95% 0.51–0.98; p=0.039). El bajo peso mostró tendencia a mayor riesgo, aunque sin significancia estadística (OR 1.58; IC95% 0.79–2.92). No hubo diferencias en rehospitalización entre categorías de IMC. En el análisis estratificado por edad, los pacientes >=70 años presentaron un patrón más pronunciado: el bajo peso se asoció con la mayor proporción de eventos (23.4%), significativamente superior al normopeso (12.0%) y al sobrepeso (9.8%). En este subgrupo, el bajo peso se mantuvo como un factor de riesgo (OR 1.81; p=0.028) El uso de terapias basadas en guías (GDMT) fue alto en todos los grupos, sin diferencias en la distribución de 0–4 pilares (p=0.47).

Conclusiones
En esta cohorte colombiana, el IMC mostró una relación no lineal con los desenlaces clínicos. El bajo peso se asoció con peor pronóstico, especialmente en mayores de 70 anos, mientras que el sobrepeso se relacionó con menor riesgo de mortalidad y eventos compuestos. Estos hallazgos respaldan la necesidad de evaluar el estado nutricional y la composición corporal como determinantes pronósticos relevantes.

197 Valor pronóstico del puntaje LEVO-D en pacientes con falla cardiaca avanzada en Colombia

Nicolás Rodríguez Medina; *Mauricio Manrique Samer; Edward Andrés Cáceres Méndez; Angel Alberto García Peña; Alejandro Mariño Correa*

Introducción
La falla cardiaca avanzada presenta alta morbimortalidad y frecuentes hospitalizaciones. En pacientes no candidatos a trasplante o soporte mecánico, el levosimendán intermitente ambulatorio puede estabilizar el estado clínico y disminuir descompensaciones; sin embargo, la respuesta es heterogénea. El puntaje LEVO-D fue desarrollado para estimar la probabilidad de beneficio clínico a partir de variables simples. El objetivo de este estudio fue evaluar su utilidad en una cohorte latinoamericana tratada bajo un protocolo estandarizado.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio observacional prospectivo en la Clínica de Falla Cardiaca de un hospital de referencia entre septiembre de 2020 y marzo de 2024. Se incluyeron 67 pacientes con falla cardiaca avanzada que recibieron tratamiento ambulatorio intermitente con levosimendán (mediana 10 ciclos), con seguimiento promedio de 18 meses. Se calculó el puntaje LEVO-D en el primer y último ciclo de tratamiento. Posteriormente, se evaluó sus capacidades operáticas para discriminar la respuesta a levosimendán en términos de: hospitalización por falla cardiaca, mortalidad y una respuesta clínica compuesta (mortalidad más hospitalización) mediante el análisis de curvas ROC. El punto de corte óptimo para para nuestra población del puntaje se determinó utilizando el índice de Youden.

Resultados
La media de edad fue 69.5 años y el 79% se encontraba en clase funcional NYHA III–IV. La mortalidad a 18 meses fue 36.2% y las hospitalizaciones por falla cardiaca 42%. El puntaje LEVO-D mostró buena capacidad para predecir hospitalizaciones (AUC 0.81) y moderada para la respuesta clínica compuesta (mortalidad más hospitalizaciones) (AUC 0.64), pero baja capacidad para predecir mortalidad (AUC 0.58). El punto de corte óptimo fue 1.0, permitiendo identificar a los pacientes más propensos a obtener respuesta con el levosimendán.

Conclusiones
El puntaje LEVO-D permite seleccionar pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse del levosimendán al reducir descompensaciones y hospitalizaciones; es una herramienta rápida, reproducible y especialmente útil en entornos con acceso limitado a terapias avanzadas. Aunque no predice mortalidad, este estudio respalda su uso como instrumento práctico para optimizar la selección del paciente en programas ambulatorios de falla cardiaca avanzada

PREVENCIÓN

197 Valor pronóstico del puntaje LEVO-D en pacientes con falla cardiaca avanzada en Colombia

Nicolás Rodríguez Medina; *Mauricio Manrique Samer; Edward Andrés Cáceres Méndez; Angel Alberto García Peña; Alejandro Mariño Correa*

Introducción
La falla cardiaca avanzada presenta alta morbimortalidad y frecuentes hospitalizaciones. En pacientes no candidatos a trasplante o soporte mecánico, el levosimendán intermitente ambulatorio puede estabilizar el estado clínico y disminuir descompensaciones; sin embargo, la respuesta es heterogénea. El puntaje LEVO-D fue desarrollado para estimar la probabilidad de beneficio clínico a partir de variables simples. El objetivo de este estudio fue evaluar su utilidad en una cohorte latinoamericana tratada bajo un protocolo estandarizado.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio observacional prospectivo en la Clínica de Falla Cardiaca de un hospital de referencia entre septiembre de 2020 y marzo de 2024. Se incluyeron 67 pacientes con falla cardiaca avanzada que recibieron tratamiento ambulatorio intermitente con levosimendán (mediana 10 ciclos), con seguimiento promedio de 18 meses. Se calculó el puntaje LEVO-D en el primer y último ciclo de tratamiento. Posteriormente, se evaluó sus capacidades operáticas para discriminar la respuesta a levosimendán en términos de: hospitalización por falla cardiaca, mortalidad y una respuesta clínica compuesta (mortalidad más hospitalización) mediante el análisis de curvas ROC. El punto de corte óptimo para para nuestra población del puntaje se determinó utilizando el índice de Youden.

Resultados
La media de edad fue 69.5 años y el 79% se encontraba en clase funcional NYHA III–IV. La mortalidad a 18 meses fue 36.2% y las hospitalizaciones por falla cardiaca 42%. El puntaje LEVO-D mostró buena capacidad para predecir hospitalizaciones (AUC 0.81) y moderada para la respuesta clínica compuesta (mortalidad más hospitalizaciones) (AUC 0.64), pero baja capacidad para predecir mortalidad (AUC 0.58). El punto de corte óptimo fue 1.0, permitiendo identificar a los pacientes más propensos a obtener respuesta con el levosimendán.

Conclusiones
El puntaje LEVO-D permite seleccionar pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse del levosimendán al reducir descompensaciones y hospitalizaciones; es una herramienta rápida, reproducible y especialmente útil en entornos con acceso limitado a terapias avanzadas. Aunque no predice mortalidad, este estudio respalda su uso como instrumento práctico para optimizar la selección del paciente en programas ambulatorios de falla cardiaca avanzada

198 Análisis de Correlación Entre la Clase Funcional NYHA y Variables de la Ergoespirometria en Pacientes con Falla Cardiaca con Fracción de Eyección Disminuida a 2640 msnm

Ana María Valderrama Galofre; *Juan Manuel Sarmiento Castañeda; Fernán del Cristo Mendoza Beltrán; Alberto Lineros Montañez; Oscar Humberto Ortiz Maluendas*

Introducción
La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (FEVIr) representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, con impacto significativo en la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes. La ergoespirometría constituye una herramienta fundamental para la evaluación funcional y pronóstica ya que evalúa de forma objetiva la funcionalidad del paciente a través de diferentes variables.
El objetivo de este estudio fue establecer la correlación entre las variables ergoespirométricas y la clasificación funcional NYHA en pacientes con insuficiencia cardíaca con FEVIr.

Materiales y Métodos
Estudio observacional, analítico, de corte transversal retrospectivo en pacientes enero de 2013 y noviembre de 2024. Se describieron variables clínicas y sociodemográficas; las continuas se resumieron mediante medidas de tendencia central y dispersión, y las categóricas en frecuencias y porcentajes. Se aplicaron pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney para la comparación entre grupos y correlaciones rho de Spearman para evaluar la relación entre variables ergoespirométricas y la clase funcional NYHA.

Resultados
Se evaluaron un total de 598 pacientes con diagnóstico de FEVIr (< 40%) El 76,6 % hombres y el 23,4 % mujeres. La mediana de edad global fue de 60 años. La FEVI fue de 30 % en el total de la muestra.
El consumo de oxígeno pico (VO2 pico) en general fue de 17,2 ml/kg/min, hombres de 18,2 ml/kg/min y mujeres de 15,1 ml/kg/min, el consumo de oxígeno en el primer umbral ventilatorio (VO2VT1) de 12,0 ml/kg/min y 10,6 ml/kg/min, la pendiente de la relación ventilación contra producción de dióxido de carbono (pendiente VE/VCO2)de 39,9 y 40,8 y la pendiente de eficiencia de captación del oxígeno (OUES) de 1,6 y 1,2 para hombres y. mujeres respectivamente.
Se observaron diferencias significativas en el VO2pico, el VO2VT1, la pendiente VE/VCO2 y el OUES entre las distintas clases NYHA (p<0,05). La clasificación de Weber mostró una correspondencia progresiva con el deterioro funcional, así como la clasificación ventilatoria de Arena. Esto muestra que a pesar que la clasificación NYHA es un buen parámetro clínico para la estratificación y manejo de los pacientes con falla cardiaca con FEVIr, es de vital importancia la realización de estudios objetivos que permitan establecer el verdadero riesgo del paciente.

Conclusiones
Se evidenció una correlación entre la clase funcional NYHA y los parámetros ergoespirométricos estadísticamente significativa, aunque de magnitud débil a moderada, lo que confirma que, si bien la NYHA refleja en parte el deterioro funcional, su carácter subjetivo limita la precisión en la estratificación clínica.
Los parámetros ergoespirométricos demostraron capacidad para discriminar entre diferentes clases funcionales, respaldando su utilidad en la estratificación pronóstica y planificación terapéutica.

199 Análisis de costo-efectividad de inclisirán vs. los inhibidores de la PCSK-9 para pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica en Colombia

Carlos David Gamboa Orozco; *Mateo Ceballos; Sara Arias*

Introducción
Inclisirán es un ARN de interferencia pequeña aprobado en Colombia para adultos con Enfermedad Cardiovascular Aterosclerótica (ECVA) que no han logrado metas de colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (C-LDL) a pesar de dosis máximas toleradas de estatinas. Metanálisis en red muestran que inclisirán tiene una eficacia y seguridad comparable en la reducción del C-LDL comparado con alirocumab y evolocumab, los anticuerpos monoclonales inhibidores de la PCSK-9 (iPCSK-9) disponibles en el país. El objetivo de este estudio fue realizar un análisis de costo-efectividad de inclisirán vs. los iPCSK-9 desde la perspectiva del sistema de salud colombiano.

Materiales y Métodos
Considerando la eficacia y seguridad comparable de inclisirán vs. Los iPCSK-9, se construyó un estudio de minimización de costos basado en un modelo de Markov de cohorte con ciclos anuales, utilizado previamente en otras publicaciones. El modelo estimó el efecto de reducciones del C-LDL en la probabilidad y costos de Eventos Cardiovasculares Mayores (ECM): angina inestable, infarto agudo del miocardio, accidente cerebrovascular, revascularización coronaria y muerte cardiovascular. Se utilizó un horizonte temporal vital y una tasa de descuento del 5%. Se incluyeron los costos asociados al tratamiento farmacológico, la administración y el tratamiento de los ECM, estimados de bases de datos públicas y literatura local. Se realizaron análisis de sensibilidad sobre el horizonte temporal y la tasa de descuento. Los métodos siguieron los lineamientos del manual metodológico del IETS.

Resultados
Se estimó un costo esperado de COP $113.036.714 para inclisirán, comparado con COP $199.635.198 para alirocumab y COP $ 203.827.516 para evolocumab, el cual es un 44% menor durante el horizonte vital del paciente. El costo farmacológico fue el principal factor diferenciador (Tabla 1): $ 12.012.131 en el año 1, y $ 8.008.088 en el año 2 en adelante para inclisirán, comparado con $16.240.224 promedio para los iPCSK-9. Se observó una reducción en los costos de administración debido al menor número de dosis anuales de inclisirán. No se encontraron diferencias significativas en los costos asociados a los ECM. Los resultados fueron robustos ante diferentes horizontes temporales (Figura 1) y tasas de descuento.

Conclusiones
Inclisirán tiene un costo esperado menor al de alirocumab y evolocumab en Colombia. Dada su eficacia y seguridad similar, se perfila como una alternativa costo-efectiva para pacientes con ECVA que no han logrado metas de c-LDL a pesar de dosis máximas toleradas de estatinas.

200 Capacidades operativas del índice METS-IR para síndrome metabólico y su asociación con riesgo cardiovascular en adultos Colombianos

Nicolás Rodríguez Medina; *Angel Alberto García Peña; Edward Andrés Cáceres Méndez; María Paula Ravagli Baquero; Carlos Calderón; Alejandra Niño*

Introducción
La resistencia a la insulina es el eje fisiopatológico del síndrome metabólico (SM) y del riesgo cardiovascular (RCV). El Metabolic Score for Insulin Resistance (METS-IR) integra glucosa, triglicéridos, colesterol HDL e índice de masa corporal (IMC) como marcador accesible de resistencia insulínica. Su validez en adultos mayores latinoamericanos no ha sido establecida. Este estudio evaluó la capacidad discriminativa del METS-IR para diagnosticar SM y su relación con el RCV estimado mediante SCORE2-OP, comparando su desempeño con los índices triglicéridos-glucosa (iTyG) y triglicéridos-HDL (iTyHDL).

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio transversal analítico en adultos >=60 años incluidos en la encuesta SABE 2015. Se analizaron más de 23.000 pacientes, obteniendo 4 690 participantes con datos completos de glucosa, triglicéridos, HDL-C y antropometría. El METS-IR se calculó como ln[(2×glucosa)+triglicéridos]×(IMC/ln(HDL-C)). El SM se definió según criterios ATP III/IDF. El RCV se estimó mediante un SCORE2-OP integrando edad, sexo, presión arterial sistólica, colesterol, diabetes y tabaquismo. Se generó un índice normalizado (0–100) como estimador relativo de riesgo. La capacidad de discriminación se evaluó mediante curvas ROC y la comparación de áreas bajo la curva (AUC) con prueba de DeLong.

Resultados
La media del METS-IR fue 37.9 ± 11.8 y la prevalencia de SM, 58 %. El METS-IR presentó excelente poder discriminativo (AUC = 0.884; punto de corte = 42.8; sensibilidad = 83 %; especificidad = 76 %). El riesgo SCORE2-OP aumentó progresivamente según los cuartiles de METS-IR (41.2, 49.6, 56.8 y 63.5 puntos para Q1–Q4). En la comparación ROC, los valores de AUC fueron: METS-IR = 0.884, iTyG = 0.840 e iTyHDL = 0.815. La prueba de DeLong no mostró diferencias significativas: METS-IR vs iTyG (p = 0.183), METS-IR vs iTyHDL (p = 0.071) e iTyG vs iTyHDL (p = 0.640).

Conclusiones
En conclusión, el METS-IR demuestra excelente capacidad para identificar síndrome metabólico y una relación directa con el riesgo cardiovascular estimado por SCORE2-OP. Junto con iTyG e iTyHDL, constituye una herramienta diagnóstica de bajo costo y utilidad potencial para la estratificación cardio metabólica en adultos mayores colombianos.

201 Comparación de escalas de riesgo cardiovascular en pacientes mujeres de una población rural en Ecuador.

Laura Elena Mayo Peña; *Carlos Andrés Avellán Wong; Nilmar del Valle Toro Arvelaiz; Julio Andrés Franco Vivas; Marlon Toro Solórzano; Moraima Ibarra Serrano*

Introducción
INTRODUCCIÓN. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de morbimortalidad en mujeres. Existen antecedentes de validación de escalas de riesgo cardiovascular(ERCV) como el estudio prospectivo epidemiológico urbano y rural (PURE). Estas escalas no han sido validadas en la población femenina y rural del Ecuador.
OBJETIVO. Comparar cuatro escalas de riesgo cardiovascular (ERCV) en pacientes mujeres de una población rural en Ecuador.

Materiales y Métodos
METODOLOGÍA. Estudio transversal, incluyó a 165 mujeres evaluadas en la consulta cardio metabólica del Hospital Cristiano de Especialidades, entre junio-agosto de 2025. Se consideraron variables sociodemográficas, clínicas y bioquímicas de laboratorio. Se distribuyeron los pacientes según criterios de cada escala y se estimó el riesgo cardiovascular por estos criterios. Las escalas utilizadas fueron Hearts OMS/OPS, Globorisk, Framingham y Prevent. Para comparación entre las escalas se utilizó el análisis de concordancia específica con intervalos de confianza del 95%.

Resultados
RESULTADOS. Incluidas 165 mujeres, edad 45,10 (±13,8) años, sujetos con hipertensión arterial 70 (42,4%), diabetes mellitus 41 (24,8%) y síndrome metabólico 40,6%. El IMC promedio fue 30,12 (±6.17) kg/m², circunferencia abdominal 88,52 (±14,52) cm, glucosa 106,78 (±52,47) mg/dL, colesterol 202,44 (±20.22) mg/dL y presión arterial sistólica 125,81 mmHg (±20,02).
La evaluación de riesgo cardiovascular utilizando cuatro ERCV mostró para criterios de Hearts OMS/OPS riesgo cardiovascular muy alto 5.3%, alto 13.7%, moderado 37.9% y bajo 43.2%, Prevent demostró alto 5,6%, intermedio 24,6%, límite 13,4% y bajo 56,3%. En cuanto a Globorisk, no registró alto, riesgo moderado 6.5% y bajo 93.5%. Según Framingham se obtiene alto 0,7%, moderado 3.6% y bajo 95.7%.
La concordancia específica por nivel de riesgo mostró comportamientos distintos entre escalas. En riesgo alto, hubo concordancia elevada únicamente entre Prevent y Hearts OMS/OPS (k=1,00), Framingham y Globorisk presentaron concordancias muy bajas frente al resto. En riesgo bajo, Prevent, Framingham y Globorisk mostraron concordancias muy altas (k?1,00), Hearts OMS/OPS presentó concordancia baja a moderada.En riesgo intermedio/moderado, las concordancias fueron bajas para todas las combinaciones. En riesgo límite, Prevent coincidió con Framingham y Globorisk (k=1,00), mientras que la concordancia con Hearts OMS/OPS fue moderada (k=0,20).

Conclusiones
CONCLUSIONES. Las escalas Prevent, Framingham y Globorisk clasifican consistentemente el riesgo cardiovascular en la población, especialmente en riesgo bajo y límite. Hearts OMS/OPS sin embargo, muestra baja concordancia en riesgo moderado y alto, por lo que se recomienda cautela al compararla con otras escalas. Elegir escalas validadas y coherentes optimiza la prevención y estratificación del riesgo cardiovascular en mujeres rurales del Ecuador.

202 Concordancia de tres ecuaciones de referencia en la intepretación de los resultados de las caminatas de 6 minutos en niños de 7-17 años.

Jazmín Antolínez Rativa; *Juan Manuel Sarmiento Castañeda; Alberto Lineros Montañez; Oscar Humberto Ortiz Maluendas*

Introducción
La prueba de caminata de seis minutos (6MWT) es una herramienta funcional ampliamente utilizada para evaluar la capacidad aeróbica submáxima en niños con patologías; por lo que la interpretación de sus resultados requiere ecuaciones de referencia validadas y contextualizadas. Sin embargo, en Colombia, la interpretación de esta prueba se realiza con base en ecuaciones de referencia extranjeras, cuya aplicabilidad local no ha sido plenamente evaluada. El Objetivo de este estudio es determinar la concordancia de tres ecuaciones de referencia (Li, Geiger y Ortiz Álvarez) para la interpretación de los resultados de la caminata de 6 minutos realizadas en niños y adolescentes de 7 a 17 años con patologías en Bogotá, Colombia.

Materiales y Métodos
Estudio observacional, analítico retrospectivo con diseño de concordancia correlacional. Se incluyeron niños y adolescentes entre los 7 y 17 años que realizaron la 6MWT en el área de Pruebas Funcionales de un Centro de Prevención Cardiovascular.
Se calculó un tamaño mínimo de muestra de 45 sujetos para detectar diferencias con una potencia del 80% y un error tipo I de 0,05. Se utilizaron las ecuaciones propuestas por Li, Geiger y Ortiz-Álvarez para estimar la distancia predicha, la cual fue comparada con la distancia realmente caminada mediante análisis de Bland-Altman, diferencias absolutas y relativas, y análisis clínico de la concordancia.

Resultados
Se evidenció una sobreestimación sistemática de la distancia caminada por parte de las tres ecuaciones. La ecuación de Li sobreestimó en promedio 303,9 m (niñez) y 287,6 m (adolescencia), Geiger en 157 m y 205,6 m, y Ortiz-Álvarez en 140,2 m y 192,1 m, respectivamente. La ecuación de Ortiz-Álvarez presentó la mejor concordancia, con menor dispersión y variabilidad interindividual (DE niñez: 83,8 m; adolescencia: 108,2 m), seguida de Geiger. La ecuación de Li mostró mayor error de medida y dispersión (DE > 90 m). No se encontraron diferencias significativas por sexo, pero sí se observaron respuestas cronotrópicas más acentuadas en niñas.

Conclusiones
Ninguna ecuación mostró concordancia perfecta, pero las de Geiger y Ortiz-Álvarez fueron más consistentes en esta población pediátrica con patologías. Se recomienda precaución al interpretar la 6MWT en niños con patologías usando ecuaciones extranjeras y se resalta la necesidad de desarrollar ecuaciones de referencia propias para la población bogotana.

203 Concordancia entre los modelos de evaluación de riesgo cardiovascular (SCORE2, Framingham, ASCVD-2013 y SCORE2-OP) en adultos de 70 años o más: Un estudio poblacional

Cristian Orlando Porras Bueno; *Héctor Henry Lindarte Vargas; María Paula Ravagli Baquero; Fabián Gil; Oscar Mauricio Muñoz Velandia; Angel Alberto García Peña*

Introducción
A pesar de que existen varios modelos de predicción para estimar el riesgo cardiovascular (RCV), la mayoría han sido desarrollados y validados en poblaciones menores de 70 años. Para mejorar esta estimación en adultos mayores de 70 años, se desarrolló el modelo SCORE2-OP; sin embargo, su aplicación fuera de Europa puede subestimar o sobreestimar el verdadero RCV. El objetivo de este estudio fue evaluar la concordancia entre el RCV medido por cuatro herramientas de RCV ampliamente utilizadas (Framingham, ASCVD-2013, SCORE2) y el SCORE2-OP en adultos mayores de >=70 años.

Materiales y Métodos
Análisis secundario de adultos de >=70 años del estudio SABE Colombia. La concordancia entre los cuatro modelos diferentes de predicción de RCV y SCORE2-OP se evaluó mediante el coeficiente kappa cuadráticamente ponderado de Cohen y el coeficiente de correlación de concordancia de Lin.

Resultados
Entre los 23,694 participantes del estudio SABE Colombia, 23,108 fueron excluidos debido a datos insuficientes para estimar el RCV de cualquiera de las herramientas evaluadas. 586 individuos cumplieron con los criterios de inclusión y fueron analizados. La concordancia entre los algoritmos ASCVD-2013 (kappa ponderado 0.24; 95%CI; 0.22--0.26) y Framingham (0.22; 95%CI 0.20-0.24) calibrados para la población colombiana y SCORE2-OP obtuvieron un nivel de acuerdo justo. En contraste, la concordancia entre el SCORE2 calibrado para Colombia y SCORE2-OP alcanzó un nivel moderado (0.43; 95%CI 0.40–0.46). Se observaron valores más altos en comparación con el modelo SCORE2-OP usando el algoritmo para regiones de riesgo intermedio.

Conclusiones
Nuestros resultados sugieren que, entre los adultos de >=70 años, existe una variabilidad en la concordancia entre los modelos de predicción de RCV más ampliamente utilizados y el SCORE2-OP, tendiendo con este último, a una sobreestimación del RCV en comparación con los demás modelos de estimación de RCV validados a nivel nacional. Esto resalta la necesidad de una calibración y validación específica del SCORE2-OP para nuestro país, con el fin de asegurar una estimación precisa del RCV en esta población.

204 Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) en familiares de personas con enfermedad de Chagas

Amanda Patricia Amorocho Pérez; *Lyda Z. Rojas; Martha Díaz*

Introducción
La enfermedad de Chagas (EC) sigue siendo una prioridad de salud pública en Latinoamérica, donde coexisten una alta conciencia del problema con un entendimiento específico muy limitado sobre la transmisión, síntomas y manejo. Esta gran brecha en los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) se correlaciona con la baja percepción de riesgo y la dificultad en el diagnóstico temprano y adherencia al tratamiento. El objetivo fue evaluar los CAP en familiares de personas con EC en municipio de Santander (Capitanejo).

Materiales y Métodos
Estudio de corte transversal en familias de pacientes con serología positiva para Trypanosoma cruzi. Se elaboró un formato de recolección sobre los CAP de la EC basado en la revisión de literatura (27 preguntas) que abordó aspectos sociodemográficos, características de la vivienda y del hogar, conocimiento sobre el triatomino y factores de riesgo de transmisión. Se realizaron visitas casa a casa de la población focalizada entre junio y agosto de 2025 en el sector urbano (23%), rural (75%) y centro poblado (2%) en el municipio de Capitanejo.

Resultados
Resultados: El estudio incluyó 52 participantes (57.7% mujeres, mediana edad). Las estructuras familiares más comunes fueron la nuclear (48%) y la extensa (21%). Las viviendas presentan mayormente paredes de bloque/ladrillo (52%) el techo de zinc (58%), con predominio de inodoro conectado a pozo séptico (48%). El 90% de los entrevistados manifestó haber visto el triatomino en su entorno. El 67% reconoció la afectación del corazón. Solo el 20% usa toldillo, y el 44% usa insecticidas. El 69% mostró disposición para buscar activamente el vector.

Conclusiones
Los familiares de pacientes con EC identifican las complicaciones cardiacas, pero desconocen la afectación digestiva/neurológica y los síntomas de la fase aguda. Existe poca comprensión de las vías de transmisión y la relación vivienda-vector. Las prácticas preventivas son limitadas, siendo el uso de insecticidas el más frecuente.

205 Control de la presión arterial, HbA1c y parámetros lipídicos en pacientes hipertensos diabéticos: resultados del estudio transversal SNAPSHOT Colombia

Adalberto Quintero; *Jannes Buelvas Herazo; Jaime Ibarra; Javier Moreno Cortés; Eric Hernández; Luis Eduardo Echeverría Correa; Gilberto Castillo; Fernando Manzur; Juan Tamayo; Ricardo Restrepo; John Conta; Juan Cerón; Rodrigo Oñate; Gustavo Moreno Silgado; Rafael Marulanda;*

Introducción
La hipertensión y la diabetes tipo II (DM2) son comorbilidades que aumentan el riesgo de enfermedades cardiovasculares. En Colombia, representan un desafío importante debido a su alta incidencia y complicaciones asociadas.

Materiales y Métodos
SNAPSHOT es un estudio epidemiológico transversal, observacional, multicéntrico realizado en Colombia. El estudio buscó recopilar datos epidemiológicos en pacientes hipertensos con DM2, sus tratamientos, el control de la presión arterial (PA) y hemoglobina glicosilada (HbA1c) según el criterio del investigador comparado con las guías 2018 para el manejo de hipertensión arterial de la sociedades europeas de cardiología e hipertensión (ESC/ESH) y las guías ESC 2019 sobre diabetes, prediabetes y enfermedades cardiovasculares desarrolladas en colaboración con la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes. Se incluyeron de forma consecutiva pacientes adultos (>=18 años) diagnosticados con hipertensión y DM2, durante 4 semanas.

Resultados
Se reclutaron 411 pacientes con hipertensión y DM2 (varones: 50.1%; edad: 70,0±10,8 años; obesidad: 27.0%; dislipidemia: 90.3%; síndrome coronario crónico: 24.3%). La presión arterial sistólica media fue de 127.5±16.6 mmHg y la presión arterial diastólica media fue 74.5±10.1 mmHg. El promedio de HbA1c fue 6.9±1.3%, y los niveles medios de colesterol de lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) fueron de 85.46±41.59 mg/dL.
Para los investigadores, la PA se consideró controlada en 83.7% de los pacientes y el c-LDL en 55.3%, mientras que para las guías se encontraba controlada en el 56.7% y 32.0% de los casos, respectivamente. Además, el 56.4% de los pacientes tenía la HbA1c controlada de acuerdo con las guías (fig.1). El 32.8% de los pacientes con hipertensión y DM2 alcanzaron los objetivos tanto de PA como de HbA1c mientras que solo el 12.5% de los pacientes con dislipidemia alcanzaron el control simultaneo de los objetivos de PA, HbA1c y c-LDL (fig.2). Las combinaciones de dosis fija (CDF) fueron utilizadas para el tratamiento de diabetes en el 40.9% de los pacientes, para hipertensión en el 23.9%, y para dislipidemia en el 24.6% (fig.3).

Conclusiones
La consecución de los objetivos de PA y HbA1c sigue siendo subóptima en pacientes con hipertensión y DM2 en Colombia, empeorando en pacientes con comorbilidades adicionales. Las combinaciones de dosis fijas fueron subutilizadas, lo que podría disminuir tambien las tasas de control. Este estudio subraya la urgencia de implementar estrategias terapéuticas más eficaces para alcanzar el control de los pacientes con comorbilidades en Colombia y así reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones asociadas.

206 Controversia sobre la sostenibilidad del tratamiento intensivo de la presión arterial sistólica en el estudio SPRINT. Un ejemplo de la Paradoja de Simpson.

Oscar Leónel Rueda Ochoa; *Catalina Herrán Fonseca; María Alejandra Reyes; Ronnie Celis Amaya; Dimitris Rizopoulos*

Introducción
El estudio SPRINT 1, mostró que el tratamiento intensivo de la presión arterial sistólica (PAS) reduce de manera sostenida y significativa un 25% el desenlace primario. Sin embargo, recientemente, el Grupo SPRINT condujo un análisis secundario para evaluar si este efecto protectivo se mantenía post ensayo clínico2. Al considerar las medidas repetidas de la PAS y aplicar un modelo de regresión lineal mixto, encontraron que la intervención perdía su efecto, lo cual fue atribuido a la pérdida del control de la PAS en el periodo post-ensayo. Nuestro grupo demostró previamente que incluso dentro del ensayo, este efecto protector se pierde en diferentes tiempos de seguimiento, según los subgrupos analizados3. En este trabajo profundizamos en las posibles causas que explican esta divergencia en los resultados cuando se aplica el modelo de riesgos proporcionales de Cox (Cox) vs el Joint Model Analysis (cJM)4 dentro del ensayo.

Materiales y Métodos
Incluimos 9068 participantes con 128,139 mediciones repetidas de la PAS, asignados aleatoriamente a un tratamiento intensivo (PAS <120 mmHg) versus un tratamiento estándar (PAS entre 135 y 139 mmHg). Utilizamos un cJM4 que combina el análisis de datos longitudinales de medidas repetidas de la PAS y el modelo de Cox. Además, se evaluó la asociación causal de los Eventos Adversos Severos (EAS) y la variabilidad de la presión arterial (VPA) con el desenlace compuesto de infarto del miocardio, otros síndromes coronarios agudos, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular y mortalidad cardiovascular. Los análisis se efectuaron en R Studio v.12.0 y STATA v.16.

Resultados
El efecto protector del tratamiento intensivo perdió significancia durante el seguimiento dentro del ensayo, tanto en la población total (3.4 años) como en mujeres (1.1 años), pacientes con enfermedad cardiovascular (1.3 años), enfermedad renal crónica (1.3 años), raza negra (1.8 años), menores de 75 años (2.1 años) y en aquellos que sufrieron EAS (3.4 años) en comparación con los que no los tuvieron (4.2 años). El tratamiento intensivo incremento de manera significativa la VPA sistólica y además, los EAS en el grupo con tratamiento intensivo incrementaron 3 veces más el riesgo del desenlace primario comparados con los del tratamiento estándar.

Conclusiones
Se evidencia una pérdida del efecto protector de la intervención durante el ensayo y se genera la paradoja de Simpson5,6. El beneficio inicial del tratamiento intensivo podría verse contrarrestado por el incremento en la VPA y el desarrollo de EAS durante el seguimiento.

207 Debilidad diafragmática en pacientes postquirurgicos cardiovasculares: ¿Es una necesidad la rehabilitación pulmonar?

Javier Eliecer Pereira Rodríguez; *Carlos Gustavo Enciso Mattos; Mónica Yulieth Contreras Peñalosa; Marco Andrés Tovar Portilla; Karen Dayana Rodríguez Bautista; Valentína Flórez González*

Introducción
La disfunción o debilidad del diafragma es una complicación relevante tras cirugías cardiovasculares, frecuentemente asociada a lesión del nervio frénico, uso de hipotermia tópica, revascularización mamaria interna o manipulación quirúrgica prolongada. Dicho esto, resulta imperativo plantear como objetivo de la presente investigación, determinar la prevalencia de debilidad diafragmática en pacientes postquirúrgicos cardiovasculares que asisten a rehabilitación cardíaca, para identificar aquellos que podrían beneficiarse de entrenamientos respiratorios específicos.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio observacional transversal en 202 pacientes. Se midieron mediante ecografía el grosor diafragmático y la excursión espontánea, definiendo debilidad como grosor <1,8 mm o excursión <1,0 cm. Además, se evaluó el grosor de músculos intercostales, pectorales, recto abdominal y oblicuos. Se analizaron correlaciones con variables antropométricas y musculares mediante Spearman.

Resultados
En la cohorte de 202 pacientes postquirúrgicos cardiovasculares, la mediana de edad fue de 63 años (RIC: 53-71 años), con una distribución por sexo de 122 hombres (60,4 %) y 80 mujeres (39,6 %). La mediana del grosor diafragmático fue de 1,61 mm (RIC: 1,39–1,85) y la excursión de 0,90 cm (RIC: 0,80–1,30). La prevalencia de debilidad diafragamatica fue del 69,3% (grosor) y 60,9% (excursión). El grosor diafragmático mostró correlación positiva débil con el IMC (? = 0,18; p= 0,0099) y la circunferencia abdominal (? = 0,16; p= 0,024). También se correlacionó débilmente con el grosor intercostal (? = 0,14; p= 0,049) y el recto abdominal (? = 0,18; p= 0,012).

Conclusiones
La presente investigación identificó una alta prevalencia de debilidad diafragmática, determinada mediante ecografía tanto por grosor diafragmático (< 1,8 mm) como por excursión diafragmática espontánea (< 1,0 cm), con valores de 69,3% y 60,9%, respectivamente. Estos hallazgos confirman que la disfunción diafragmática es frecuente en esta población, lo que representa una oportunidad relevante para intervenir de manera temprana a través de programas de rehabilitación pulmonar. La medición ecográfica del diafragma, complementada con la evaluación de músculos accesorios respiratorios, permite una caracterización más completa de la función
inspiratoria en el periodo postoperatorio, facilitando la identificación de pacientes que pueden beneficiarse de entrenamiento específico de músculos inspiratorios, reeducación diafragmática y estrategias de rehabilitación cardiopulmonar integrales.
Los resultados de este estudio resaltan la importancia de incorporar de manera sistemática la evaluación ecográfica del diafragma y de los músculos accesorios respiratorios en los protocolos de rehabilitación cardíaca postquirúrgica, con el objetivo de optimizar la función respiratoria, reducir complicaciones y mejorar la recuperación funcional de los pacientes.

208 Efectividad de una intervención comunitaria para reducir barreras geográficas en el control de la hipertensión: Análisis secundario del estudio RE-HOPE

José Patricio López López; *Johanna Otero; Alvaro Castañeda Hernández; Daniel Martínez Bello; Claudia García; Juan Miguel Girón; Lyda M. Herrera Sánchez; María Gabriela Serrano Alarcón; Paola Gutiérrez; Patricio López Jaramillo*

Introducción
A pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, el control de la hipertensión es bajo en Colombia. La accesibilidad geográfica a los servicios de salud es una barrera reconocida. En este análisis del estudio RE-HOPE se evaluó la asociación entre la distancia entre hogares y los centros de atención primaria (CAP) y los niveles de presión arterial sistólica (PAS), así como el control de la hipertensión. Además, se evaluó si una intervención basada en trabajadores comunitarios de salud (TCS) reduce esta barrera.

Materiales y Métodos
RE-HOPE es un estudio de implementación en CAP de 13 municipios de Santander. Se incluyeron adultos con hipertensión (diagnóstico de novo, hipertensión no controlada >=140/90 mmHg o antecedente de hipertensión sin asistencia a Programas de Riesgo Cardiovascular). La intervención por TCS capacitados se basó en la búsqueda activa de casos, referencia oportuna a CAP y visitas domiciliarias para medición de la presión arterial, educación sobre el tratamiento de la hipertensión y promoción de hábitos de vida saludables durante 12 meses. En Bucaramanga, los domicilios de los participantes y de los CAP fueron geocodificados manualmente a través de QGIS (v.3.44.3) y Google Maps. Se calculó la distancia entre el domicilio y el CAP mediante el método Manhattan. Se aplicaron modelos de regresión lineal multivariada ajustando por edad, sexo, días transcurridos entre visitas, índice de masa corporal (IMC), diabetes y tabaquismo.

Resultados
Se evaluaron 634 participantes (61 años (DS±12); 71% mujeres). De ellos, 29% tenía diabetes y 5.4% eran fumadores activos; el IMC promedio fue 27.8 kg/m2(DS±5.0). La PAS basal fue de 141 mmHg y el 50% tenía adecuado control (PAS<140 mmHg). Se observó una asociación positiva entre la distancia geográfica al CAP y la PAS en la visita basal (?=3.97; 0.09-7.85). Después de la segunda visita de seguimiento, la asociación perdió significancia estadística (?=2.88;-1.28-7.05) y esta tendencia se mantuvo hasta la última visita de seguimiento de 12 meses (?=0.98;-2.18-4.14). Después de ajustar por las covariables se encontró que una mayor distancia al CAP se asoció con mayor riesgo de hipertensión no controlada al inicio (OR=2.90;1.60-5.46) y en la primera visita de seguimiento (OR=1.82;1.03-3.22). Sin embargo, en visitas posteriores, la asociación perdió significancia (p>0.05 en todas las visitas hasta los 12 meses).

Conclusiones
La distancia geográfica se asoció con mayores niveles de PAS y menor control de la hipertensión. Estas asociaciones se atenuaron tras 2 visitas de implementación de una intervención basada en TCS.

209 Identificación temprana de pacientes no respondedores a la rehabilitación cardíaca ambulatoria en Colombia.

Nelson Fernelly González Cetina; *Tifany Dayan Herrera Díaz; Martha Inés Bernal García; Claudia Víctoria Anchique Santos*

Introducción
La rehabilitación cardíaca (RC) es una estrategia eficaz para mejorar la capacidad funcional, reducir la morbimortalidad y promover la recuperación integral en pacientes con enfermedad cardiovascular. Sin embargo un grupo de pacientes denominados “no respondedores” no alcanza la mejoría esperada, lo cual limita el impacto clínico de la RC. Identificar oportunamente los factores asociados a esta falta de respuesta es fundamental para personalizar las intervenciones y optimizar los resultados. El objetivo de este estudio fue analizar los factores asociados con la condición de no respondedor a rehabilitación cardiaca y desarrollar un modelo predictivo para su detección temprana.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo con 286 pacientes que completaron 36 sesiones de RC fase II durante 2023. Se analizaron variables sociodemográficas, antecedentes médicos, factores de riesgo y parámetros clínicos obtenidos de la prueba de caminata de seis minutos antes y después del programa. Se consideraron no respondedores aquellos pacientes sin incremento >=1 mL/kg/min en el VO2pico. Se aplicaron análisis bivariado y regresión logística multivariada para identificar los predictores de no respuesta y construir un modelo de predicción.

Resultados
El 16,8 % de los pacientes se clasificó como no respondedor. Los factores asociados a esta condición fueron edad avanzada, obesidad y sedentarismo. En el modelo multivariado, la edad (OR 0,63; IC 95 % 0,40–0,99), la obesidad (OR 0,0005; IC 95 % 0,0009–0,30), el sedentarismo (OR 52,7; IC 95 % 0,98–2838) y los valores elevados de frecuencia cardíaca y presión arterial sistólica al finalizar la caminata de seis minutos mostraron asociación significativa (pseudo R^2 = 0,66). El modelo predictivo presentó un área bajo la curva ROC de 0,728, lo que evidenció buena capacidad discriminativa para identificar pacientes con baja respuesta funcional.

Conclusiones
Existen pocos estudios en países de bajos y medianos ingresos que identifiquen los factores clínicos asociados con la no mejoría de la capacidad funcional posterior a la RC. Este estudio encontró una prevalencia del 17 % de no respondedores, demostrando que desde la evaluación inicial del programa los profesionales de la salud pueden reconocer factores conductuales, antropométricos y clínicos, como los derivados de la caminata de seis minutos, que permiten predecir la probabilidad de no mejoría funcional al finalizar la RC. La identificación temprana de estos pacientes posibilita diseñar e implementar estrategias personalizadas para mejorar la capacidad funcional y, por tanto, optimicen la eficacia y el impacto de la rehabilitación cardíaca sobre la morbimortalidad y la calidad de vida.

210 Implementación de una estrategia basada en atención comunitaria para el control de la hipertensión en Santander: Resultados del estudio RE-HOPE

José Patricio López López; *Johanna Otero; Alvaro Castañeda Hernández; Daniel Martínez Bello; Claudia García; Lyda M. Herrera Sánchez; Alexander Torres Prieto; Daniela Hernadez Quiñones; Patricio López Jaramillo*

Introducción
La hipertensión es el principal factor de riesgo cardiovascular modificable y su control es insuficiente en Colombia. Las guías internacionales de manejo de hipertensión recomiendan incluir modelos de atención con trabajadores comunitarios en salud (TCS) para mejorar su detección y control. En el estudio HOPE-4, una intervención con TCS logró un control del 69% frente al 30% de la atención estándar tras 12 meses de seguimiento. El estudio RE-HOPE evaluó la efectividad de la implementación de un modelo basado en TCS para el control de la hipertensión.

Materiales y Métodos
RE-HOPE es un estudio secuencial de métodos mixtos desarrollado en centros de atención primaria (CAP) de 13 municipios de 6 provincias de Santander entre Mayo/2023 y Julio/2025. Se incluyeron adultos con hipertensión (definida como: diagnóstico de novo, hipertensión no controlada >=140/90 mmHg o antecedente de hipertensión inasistentes a Programas de Riesgo Cardiovascular), seleccionados por conveniencia. Se excluyeron personas con enfermedad cardiovascular establecida o enfermedad renal crónica. La intervención consistió en un modelo de atención basado en TCS, para: a)búsqueda activa en la comunidad, b)articulación con los CAP y c)visitas domiciliarias cada 3 meses con sesiones educativas sobre medición de presión arterial, adherencia y estilos de vida. Además, se capacitó al personal de salud en el manejo de hipertensión. Se empleó un modelo lineal mixto y generalizado para evaluar los cambios en la presión arterial (PA) sistólica y control de la hipertensión después de 12 meses, respectivamente.

Resultados
De 10.300 individuos contactados, se incluyeron 3.477 participantes (media 61.0 años (DS±13), 62% mujeres). La prevalencia de sobrepeso/obesidad, diabetes y tabaquismo fue 82%, 20% y 4.9%, respectivamente. Al inicio, la PA sistólica fue 144.0 mmHg (DS±16), la PA diastólica 86.0 mmHg (DS±10) y el control 33%. Después de 12 meses, el 82% de participantes continuó en la intervención. En este periodo se realizaron 14.912 visitas y 63.929 consejerías (reducción de sal 23%, reducción de estrés 21%, actividad física 19%, adherencia farmacológica 18%, reducción de alcohol y tabaco 19%) y se capacitaron 657 trabajadores en salud de los CAP. Al final, la PA sistólica promedio fue 131.3 mmHg (130.5;132.0), una diferencia media de -12.9 mmHg (-13.6;12.1) y la PA diastólica 81.7 mmHg (81.2;82.2). El porcentaje de control fue 75.2% (72.2%-77.9%).

Conclusiones
En población con hipertensión en atención primaria, la implementación, integración e institucionalización de una estrategia educativa basada en TCS disminuyó los niveles de PA y aumentó 2.2 veces el control, disminuyendo así su riesgo cardiovascular.

211 Perfil hemodinámico y factores asociados a mortalidad en pacientes con hipertensión arterial evaluados con Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA)

Germán Camilo Giraldo González; *Jheyson Fuentes; Alejandro Montenegro Avila; Nicolás Montoya Velásquez; Juan Esteban Almanza Arcila; Nirida Fernanda Bonilla Santamaría; Juan Esteban López; Samuel Lenis Perdomo; Andrés Mauricio García Cuevas*

Introducción
La hipertensión arterial continúa siendo una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles con mayor contribución a la morbimortalidad mundial y a la carga de enfermedad en los sistemas de salud. El uso del monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) ha permitido mejorar el diagnóstico de hipertensión arterial, así como su adecuada caracterización para mitigar la carga hemodinámica a través del tratamiento. El objetivo de este estudio fue evaluar el perfil hemodinámico en pacientes con diagnóstico previo de hipertensión arterial evaluados con MAPA y su relación con la incidencia de mortalidad por cualquier causa.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio de cohorte de corte retrospectivo y se incluyeron los reportes de monitoreo ambulatorio de presión arterial de 24 horas de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico previo de hipertensión arterial realizados durante el período 2023-2025 en una institución ambulatoria especializada en cardiología. Se evalúo el perfil y patrón hemodinámico obtenido durante el monitoreo y se consultó en la BDUA (Base de Datos Única de Afiliados) su estado vital al momento del análisis. Se generaron curvas de Kaplan-Meier para evaluar supervivencia por perfil y patrón hemodinámico, además, se compararon potenciales factores asociados a mortalidad. Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS 29.0 y una p<0.05 fue considerada estadísticamente significativa.

Resultados
Se procesaron 2.444 registros de pacientes con una media de edad de 60±12, 71% de los pacientes eran de sexo femenino y tenían una prevalencia del 11,8% de Diabetes Mellitus Tipo 2. El 49,5% presentaron un patrón dipper y el 5% un patrón raiser, además, el 24,7% presentaron un perfil hemodinámico de hipertensión sistólica-diastólica y el 20,3% un perfil de hipertensión sistólica aislada. El tiempo de sobrevida fueron 900 días aproximadamente con la presentación de 52 (2,1%). El sexo, el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, el patrón y el perfil hemodinámico no se asociaron con mortalidad (Evaluado por chi-cuadrado). En la curva de sobrevida, un tipo específico de perfil hemodinámico no se asoció con una mayor incidencia de mortalidad (p=0,086). Se identificó que los pacientes fallecidos tuvieron una mayor carga sistólica nocturna (evaluado por U-Mann de Whitney; p<0.0098) y una menor carga diastólica diurna comparado con los pacientes vivos.

Conclusiones
A pesar de las limitaciones sobre historia de carga de enfermedad y manejo terapéutico previo de los pacientes evaluados, se evidencia una tendencia en el grupo de hipertensión sistólica aislada y los patrones raiser. La evaluación de la carga sistólica nocturna podría servir de elemento para reevaluar las metas y pautas terapéuticas para mitigar la siniestralidad cardiovascular en pacientes con este perfil y patrón hemodinámico.

212 Riesgo cardiovascular con la estrategia de 4 pasos, Control y logros de la triple meta en Colombia: un estudio transversal en 62.256 pacientes

Germán Camilo Giraldo González; *Andrés Mauricio García Cuevas; Alejandro Montenegro Avila; Carlos Alberto Mejía Ramírez; Abdiel Milovan Solarte Mejía; Alejandra Gañán Duque; Beatriz Helena Gómez Aristizábal; María Alejandra Realpe Rebolledo; Juan Esteban Almanza Arcila; Juan Esteban Lóp*

Introducción
El control simultáneo de los principales factores de riesgo cardiovascular —presión arterial, lípidos y diabetes— constituye la "triple meta" recomendada para disminuir los eventos cardiovasculares. En Colombia, sin embargo, la evidencia poblacional sobre el control real de estos factores y su distribución por sexo es limitada. Objetivo:
Describir el perfil de riesgo cardiovascular, las diferencias por sexo y el grado de control de la triple meta (LDL, presión arterial y HbA1c) en una cohorte nacional de pacientes adultos atendidos en un programa de prevención cardiovascular.

Materiales y Métodos
Estudio transversal que incluyó 62.256 pacientes, analizando edad, IMC, presión arterial, lípidos, función renal y factores conductuales. Se clasificó el riesgo cardiovascular en tres categorías (intermedio, alto y muy alto) según criterios clínicos y bioquímicos. Se evaluó el logro de metas: LDL <55/70/100 mg/dL según categoría de riesgo, presión arterial <130/80 mmHg, y HbA1c <7% en personas con diabetes. Además, se calculó el número de factores controlados (0, 1, 2 o 3).

Resultados
La edad media fue de 64 años; 68.4% mujeres. La prevalencia de hipertensión fue 90.4%, diabetes 29.4%, obesidad 25% y tabaquismo 17%.
El riesgo cardiovascular global fue: intermedio 43%, alto 35% y muy alto 22%.
Existen diferencias significativas por sexo:
Los hombres tuvieron mayor peso, triglicéridos y creatinina, y menor HDL y TFG (p<0.001).
Las mujeres mostraron mayor IMC, mayor prevalencia de obesidad y mayor tasa de tabaquismo activo.
Estas diferencias sugieren perfiles de riesgo divergentes que exigen intervenciones diferenciadas.
El control de la triple meta fue deficiente en toda la cohorte:
LDL en meta: 37% en riesgo intermedio, 19% en alto y solo 11% en muy alto.
Presión arterial en meta (<130/80): 35%.
HbA1c en meta: 20% de los pacientes con diabetes.
El control simultáneo de factores fue alarmantemente bajo:
46.5% no tenía ningún factor controlado, 41% controlaba solo uno, 12% controlaba dos y solo 0.4% cumplía la triple meta.

Conclusiones
El control global del riesgo cardiovascular en Colombia es crítico. Menos del 1% de los pacientes logra la triple meta, con diferencias marcadas por sexo. Estos hallazgos evidencian brechas graves en la implementación de la estrategia nacional de prevención y resaltan la necesidad urgente de intervenciones agresivas e integrales.

213 Riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos y diabéticos: resultados del estudio SNAPSHOT Colombia

Adalberto Quintero; *Jannes Buelvas Herazo; Jaime Ibarra; Javier Moreno Cortés; Eric Hernández; Luis Eduardo Echeverría Correa; Gilberto Castillo; Fernando Manzur; Juan Tamayo; Ricardo Restrepo; John Conta; Juan Cerón; Rodrigo Oñate; Gustavo Moreno Silgado; Rafael Marulanda;*

Introducción
La evaluación del riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión y diabetes tipo 2 (DM2) es importante para orientar un manejo terapéutico individualizado y reducir el riesgo de eventos cardiovasculares.

Materiales y Métodos
SNAPSHOT es un estudio epidemiológico transversal, observacional, multicéntrico realizado en Colombia. El estudio buscó recopilar datos epidemiológicos en pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2, sus tratamientos, el control de la presión arterial (PA) y hemoglobina glicosilada (HbA1c) según el criterio del investigador comparado con las guías 2018 para el manejo de hipertensión arterial de la sociedades europeas de cardiología e hipertensión (ESC/ESH) y las guías ESC 2019 sobre diabetes, prediabetes y enfermedades cardiovasculares desarrolladas en colaboración con la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD). Se incluyeron consecutivamente pacientes adultos (>=18 años) diagnosticados con hipertensión y DM2, durante 4 semanas. El riesgo cardiovascular se evaluó según el algoritmo SCORE2&OP, reajustado para la población colombiana con un factor de corrección de 0.75 para mujeres y 0.61 para hombres.

Resultados
De los 411 pacientes con hipertensión arterial y DM2 incluidos en el estudio, 92.2% tenía al menos un factor de riesgo adicional. El 50.1% era de sexo masculino, el 69.6% tenía una edad >=65 años, el 27% presentaba obesidad y el 1.95% era fumador (fig.1).
Según los investigadores, el riesgo cardiovascular de los pacientes fue bajo en 0.5% de los pacientes, moderado en 8.3%, alto en 43.1% y muy alto en 48.2% mientras que según el SCORE2&OP ajustado a Colombia, el 44.3% y el 55.7% de los pacientes eran de alto y muy alto riesgo respectivamente (fig.2). La estimación del riesgo cardiovascular fue precisa en el 67.2% de los casos; el riesgo fue subestimado en el 23.6% y sobreestimado en el 9.2% (fig.3). El 53.8% de los pacientes de alto riesgo y el 58.9% de muy alto riesgo alcanzaron los objetivos de PA. El 33.5% de los pacientes con alto riesgo y el 40.6% de los pacientes con muy alto riesgo alcanzaron los objetivos tanto de PA como de HbA1c (fig.4).

Conclusiones
La estimación del riesgo cardiovascular sigue siendo subóptima en pacientes con hipertensión y DM2 en Colombia. Además, independientemente del riesgo cardiovascular, las tasas de control de PA y HbA1c son insuficientes. Estos hallazgos resaltan la necesidad de mejorar la estimación del riesgo cardiovascular y de implementar estrategias más efectivas para controlar la PA y HbA1c, para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares.

214 Validación de modelos integrados de riesgo cardiovascular en la cohorte BUCAMETS: hacia una predicción personalizada y preoperatoria en Latinoamérica

Luis Fernando Toscano Dulcey; *Jerson H. Quitián Moreno; Luis Andrés Dulcey Sarmiento; Jaime Gómez Ayala; Jorge Andrés Hernández Navas; Juan Sebastián Salcedo Pedraza; Juan Sebastián Theran León; Nicolás Ibarra Fuentes*

Introducción
La estratificación del riesgo cardiovascular en población latinoamericana continúa siendo un desafío por la limitada validación de modelos predictivos en contextos regionales. En el entorno quirúrgico, la identificación precisa del riesgo preoperatorio es esencial para reducir complicaciones cardiovasculares y optimizar la selección de estrategias anestésicas y terapéuticas. Este estudio integró tres aproximaciones complementarias de la cohorte BUCAMETS; el Cardiometabolic Disease Score (CMDS), el Risk Factor Clinical Likelihood model (RF-CL) y el Framingham–Atherosclerotic Burden Score (FHRABS) con el objetivo de comparar su capacidad discriminativa y calibración en la predicción del riesgo cardiovascular global y su aplicabilidad en la evaluación preoperatoria.

Materiales y Métodos
Estudio observacional y transversal basado en la cohorte BUCAMETS (n = 10 541), compuesta por adultos con seguimiento ambulatorio por factores de riesgo cardiometabólico. Se aplicaron los tres modelos en paralelo: CMDS (enfoque metabólico), RF-CL (modelo clínico-probabilístico para enfermedad coronaria obstructiva) y FHRABS (combinación del score de Framingham con la carga aterosclerótica subclínica determinada por ultrasonido carotídeo). Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y bioquímicas. La discriminación se evaluó mediante curvas ROC y la calibración con pruebas de bondad de ajuste. Los análisis se realizaron con STATA-17.

Resultados
La media de edad fue 65,7 ± 11,2 años; el 68,8 % eran mujeres. La prevalencia de hipertensión arterial fue del 81,4 %, diabetes mellitus del 28,2 % y dislipidemia del 24,3 %.
El modelo CMDS mostró adecuada calibración (p < 0,001) y sensibilidad del 82 % para riesgo cardiometabólico global.
El RF-CL reclasificó descendentemente el 17 % de los pacientes con dolor torácico intermedio y redujo la sobrestimación del modelo AHA/ACC-PTP en un factor de 2,6.
El FHRABS aumentó la capacidad discriminativa (AUC = 0,84) al incorporar el índice de aterosclerosis subclínica (ABS), correlacionándose significativamente con el CMDS (r = 0,71; p < 0,001).
El análisis integrado evidenció una concordancia del 74 % y una mejora significativa del AUC global (0,84 vs. 0,77; p < 0,001) frente a los modelos individuales.

Conclusiones
La integración de modelos metabólicos, clínicos y subclínicos optimiza la predicción del riesgo cardiovascular y puede servir como herramienta complementaria en la evaluación preoperatoria de pacientes latinoamericanos. Los resultados de la cohorte BUCAMETS apoyan el desarrollo de un modelo regional de riesgo cardiovascular, útil tanto para la práctica clínica como para la toma de decisiones en cirugía cardiovascular, favoreciendo una medicina más precisa y personalizada.

TÓPICOS ESPECIALES / OTROS

214 Validación de modelos integrados de riesgo cardiovascular en la cohorte BUCAMETS: hacia una predicción personalizada y preoperatoria en Latinoamérica

Luis Fernando Toscano Dulcey; *Jerson H. Quitián Moreno; Luis Andrés Dulcey Sarmiento; Jaime Gómez Ayala; Jorge Andrés Hernández Navas; Juan Sebastián Salcedo Pedraza; Juan Sebastián Theran León; Nicolás Ibarra Fuentes*

Introducción
La estratificación del riesgo cardiovascular en población latinoamericana continúa siendo un desafío por la limitada validación de modelos predictivos en contextos regionales. En el entorno quirúrgico, la identificación precisa del riesgo preoperatorio es esencial para reducir complicaciones cardiovasculares y optimizar la selección de estrategias anestésicas y terapéuticas. Este estudio integró tres aproximaciones complementarias de la cohorte BUCAMETS; el Cardiometabolic Disease Score (CMDS), el Risk Factor Clinical Likelihood model (RF-CL) y el Framingham–Atherosclerotic Burden Score (FHRABS) con el objetivo de comparar su capacidad discriminativa y calibración en la predicción del riesgo cardiovascular global y su aplicabilidad en la evaluación preoperatoria.

Materiales y Métodos
Estudio observacional y transversal basado en la cohorte BUCAMETS (n = 10 541), compuesta por adultos con seguimiento ambulatorio por factores de riesgo cardiometabólico. Se aplicaron los tres modelos en paralelo: CMDS (enfoque metabólico), RF-CL (modelo clínico-probabilístico para enfermedad coronaria obstructiva) y FHRABS (combinación del score de Framingham con la carga aterosclerótica subclínica determinada por ultrasonido carotídeo). Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y bioquímicas. La discriminación se evaluó mediante curvas ROC y la calibración con pruebas de bondad de ajuste. Los análisis se realizaron con STATA-17.

Resultados
La media de edad fue 65,7 ± 11,2 años; el 68,8 % eran mujeres. La prevalencia de hipertensión arterial fue del 81,4 %, diabetes mellitus del 28,2 % y dislipidemia del 24,3 %.
El modelo CMDS mostró adecuada calibración (p < 0,001) y sensibilidad del 82 % para riesgo cardiometabólico global.
El RF-CL reclasificó descendentemente el 17 % de los pacientes con dolor torácico intermedio y redujo la sobrestimación del modelo AHA/ACC-PTP en un factor de 2,6.
El FHRABS aumentó la capacidad discriminativa (AUC = 0,84) al incorporar el índice de aterosclerosis subclínica (ABS), correlacionándose significativamente con el CMDS (r = 0,71; p < 0,001).
El análisis integrado evidenció una concordancia del 74 % y una mejora significativa del AUC global (0,84 vs. 0,77; p < 0,001) frente a los modelos individuales.

Conclusiones
La integración de modelos metabólicos, clínicos y subclínicos optimiza la predicción del riesgo cardiovascular y puede servir como herramienta complementaria en la evaluación preoperatoria de pacientes latinoamericanos. Los resultados de la cohorte BUCAMETS apoyan el desarrollo de un modelo regional de riesgo cardiovascular, útil tanto para la práctica clínica como para la toma de decisiones en cirugía cardiovascular, favoreciendo una medicina más precisa y personalizada.

215 Asociación entre variabilidad de la presión arterial y progresión del daño renal en pacientes con hipertensión arterial

María Alejandra Cala Acelas; *Jerson H. Quitián Moreno; Juan Sebastián Theran León; Jaime Alberto Gómez Ayala; Luis Andrés Dulcey Sarmiento*

Introducción
La hipertensión arterial es un factor de riesgo clave para el desarrollo y progresión de enfermedad renal crónica (ERC). Más allá de los niveles promedio de presión arterial (PA), la variabilidad de la PA ha emergido como un predictor independiente de desenlaces cardiovasculares y renales. Este estudio evalúa la asociación entre la variabilidad de la PA y la progresión del daño renal en pacientes hipertensos.

Materiales y Métodos
Estudio de cohorte prospectiva en 212 pacientes hipertensos sin ERC avanzada (TFG >= 45 mL/min/1.73 m²), seguidos durante 24 meses en una consulta especializada en enfermedades crónicas. La variabilidad de la PA se midió mediante el coeficiente de variación (CV) de las mediciones sistólicas en controles ambulatorios. La progresión del daño renal se definió como disminución >=30% de la TFG o aparición de proteinuria >=300 mg/día. Se utilizaron modelos de regresión logística multivariada ajustados por edad, sexo, diabetes y tipo de antihipertensivo.

Resultados
El 28.3% de los pacientes presentaron progresión del daño renal. La variabilidad elevada de PA (CV >= 11%) se asoció significativamente con progresión renal (OR 2.42; IC95% 1.31–4.46; p=0.004). La asociación se mantuvo tras ajustar por variables confusoras. Los pacientes con mayor variabilidad también presentaron mayor prevalencia de microalbuminuria y peor control tensional global.

Conclusiones
La variabilidad de la PA representa un factor dinámico y clínicamente accesible que podría anticipar el deterioro renal en pacientes hipertensos. Su incorporación a la práctica clínica permitiría estratificar mejor el riesgo y ajustar tratamientos con base en la estabilidad tensional, más allá de las cifras promedio. Estos hallazgos sugieren la necesidad de intervenciones terapéuticas que reduzcan la oscilación de la PA.
Una mayor variabilidad de la presión arterial se asocia significativamente con la progresión del daño renal en pacientes hipertensos. Su evaluación sistemática podría mejorar la predicción de riesgo renal y orientar estrategias terapéuticas más precisas.

216 Caracterización de pacientes con disfunción primaria del injerto cardiaco en un centro de alta complejidad en la ciudad de Medellín entre 2020 y 2025

Laura Valentina López Gutiérrez; *Laura Lopera Mejía; Pina Isabel Múnera Muñoz; Clara Inés Saldarriaga Giraldo; Alvaro Mauricio Quintero*

Introducción
La disfunción primaria del injerto (DPI) corresponde a un deterioro de la función ventricular izquierda, derecha o biventricular dentro de las primeras 24 horas posteriores al trasplante cardiaco, en ausencia de rechazo, hipertensión pulmonar severa o causas quirúrgicas. Es la principal causa de mortalidad temprana tras el trasplante y múltiples factores de riesgo se han asociado a su aparición. La aplicación estricta de los criterios diagnósticos ISHLT 2014 es esencial para distinguir la DPI de otras causas de disfunción del injerto y orientar el tratamiento. El objetivo del estudio fue caracterizar a los pacientes con DPI en un centro de alta complejidad, describiendo características clínicas, perioperatorias y desenlaces.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio observacional descriptivo que incluyó todos los trasplantes cardiacos adultos entre 2020 y 2025. Se identificar los casos como DPI según los criterios ISHLT 2014, y también aquellos con disfunción no DPI. Se recolectaron variables demográficas, clínicas, hemodinámicas, quirúrgicas y de desenlaces.

Resultados
De 118 trasplantes cardiacos realizados, treinta pacientes (25,4%) fueron catalogados inicialmente con DPI. La DPI se confirmó en 11 pacientes (9,3%), mientras que 19 (16,1%) se reclasificaron como disfunción no DPI por incumplimiento de criterios, complicaciones quirúrgicas, hipertensión pulmonar, rechazo agudo o sepsis.
En los 11 casos confirmados, la edad media fue 48 ± 12 años y el 55% eran hombres. La FEVI promedio fue 29 ± 14%. Las etiologías más frecuentes incluyeron cardiopatía isquémica (27%), tóxica (27%), taquicardiomiopatía (9%) y cardiomiopatía dilatada idiopática (9%). Según INTERMACS, 46% se encontraban en nivel 7, 36% en nivel 2 y 18% en nivel 3; el 46% fue trasplantado en “luz verde” y el 54% en urgencia cero.
El diagnóstico se estableció mediante criterios ecocardiográficos en nueve casos, hemodinámicos en uno y combinados en otro. Un paciente presentó DPI aislada del ventrículo derecho. Según la gravedad se clasifico como severa en 45%, moderada en 36% y leve en 9%. Antes del trasplante, 55% recibió inotrópicos y 27% soporte mecánico; en el posoperatorio, todos requirieron inotrópicos y 64% soporte mecánico. La mortalidad global fue 82%, con mortalidad a 30 días de 44% y al año de 56%. Según la gravedad, la mortalidad fue 66% en DPI severa, 22% en moderada y 1% en leve.

Conclusiones
La incidencia de DPI fue similar a la descrita en la literatura. Un número importante de casos inicialmente diagnosticados como DPI correspondió a disfunción no DPI, lo que resalta la relevancia de aplicar rigurosamente los criterios ISHLT 2014. La DPI mostró alta mortalidad, con relación proporcional a la severidad. Las conclusiones deben interpretarse considerando el diseño descriptivo y el tamaño muestral limitado.

217 Descripción clínico-epidemiológica de una cohorte de pacientes con hipertensión arterial de una institución de salud colombiana

Ruperto Esteban Guerrero Quiroz; *Lorena García Agudelo; Julio César Velasco Castro; Juan Esteban Herrera Cardona; Juan Felipe Pérez Correa; Ledmar Jovanny Vargas Rodríguez; Lina Estefany López Morales; Carlos Zehir Cárdenas Ramírez*

Introducción
Resumen
Antecedentes: La hipertensión arterial es una patología multifactorial que corresponde al factor de riesgo modificable más importante de morbilidad cardiovascular y de mortalidad en el mundo. Objetivo: Describir una cohorte de pacientes hipertensos, sus características sociodemográficas, clínicas y evaluar el cumplimiento de metas del programa.

Materiales y Métodos
Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en el que se incluyó población mayor de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial.

Resultados
Resultados: 11966 pacientes inscritos en el programa de hipertensión, con una media de la edad de 67.33 (DE±12,89) años, mediana de 68 (IQR: 59-76), en un rango de 18 a 105 años, el 51,14% (n=6837) mujeres y el 48,86% (n=5129) hombres. La media de la talla fue 159.0 cm (DE±9,39) en un rango de (140 a 198), la media del peso fue 70,29 kg (DE±13,50) en un rango de (34,8-146), la media del IMC fue de 27,69 (DE±4,33) en un rango de (12,89-53,45). La media de circunferencia abdominal fue 94,59 cm (DE) en un rango (51-163). El 26,27% de los pacientes presentan índice de masa corporal normal. El 43,09% (n=5156) presentan sobrepeso; el 20,02% (n=2396) presentan obesidad grado 1, el 4,56% (n=546) presentan obesidad grado 2 y el 1,09% (n=130) presentan obesidad grado 3. Indicador del cumplimiento de metas del programa se tiene un rango de puntuación de 0 -100 con una media de 48,49 (DE±28,31). El 40,5% (n=4846) de los pacientes que asisten al programa de hipertensos cumplen con las metas del programa y el 59,50% (n=7120) no cumplen con las metas.

Conclusiones
Conclusión: Se evidencia una falla notable en la adherencia de los pacientes al programa de hipertensos, a pesar de que el sistema de salud está diseñado para proporcionar oportunidad en la atención y el seguimiento de los pacientes. No obstante, se detectó fallas en la dispensación oportuna de los medicamentos

218 Diferencias en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares según el régimen de aseguramiento en salud y el sexo, y el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en Colombia (2015-2022). Un análisis a nivel nacional.

Michelle Saaibi Meléndez; *Juliana Cuervo Rojas; Fabián Gil; José Federico Saaibi Solano*

Introducción
Nuestro objetivo fue analizar los cambios en la mortalidad cardiovascular en Colombia durante la pandemia y examinar las diferencias según el sexo y el régimen de aseguramiento en salud (contributivo, subsidiado y otros regímenes).

Materiales y Métodos
Realizamos un estudio descriptivo de series de tiempo para el período 2015-2022, estimando la mortalidad cardiovascular en exceso durante la pandemia por SARS-CoV-2 mediante el método de Holt-Winters. Los datos de defunciones y poblacionales se obtuvieron del Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia. La información sobre los afiliados por régimen de aseguramiento en salud se obtuvo de múltiples bases de datos del Ministerio de Salud.

Resultados
Entre marzo de 2020 y diciembre de 2022, se estimaron 29,475 muertes en exceso por enfermedad cardiovascular (ECV). El aumento en la mortalidad reflejó estrechamente las olas de COVID-19. Las muertes en exceso fueron mayores en hombres que en mujeres tanto en el 2020 como en el 2021 (razón hombre-mujer de 1.47 y 1.06). Las muertes por cardiopatía isquémica aumentaron en un 28% en hombres y un 27% en mujeres; las muertes por enfermedad hipertensiva aumentaron en un 27% y 26%, respectivamente. Las tasas de mortalidad por ECV fueron consistentemente más altas en el régimen subsidiado que en el contributivo. En el 2019, la mortalidad estandarizada por edad en el régimen subsidiado fue un 48% mayor que en el contributivo en hombres y un 66% mayor en mujeres; en el 2021, fue un 41% y 58% mayor, respectivamente.

Conclusiones
La pandemia se asoció con un exceso de muertes por ECV. La amplia brecha observada en la mortalidad por ECV entre los regímenes subsidiado y contributivo, tanto en el período prepandémico como durante la pandemia, posiblemente refleja las profundas desigualdades socioeconómicas que determinan un riesgo diferencial de enfermedad, así como diferencias en el acceso y la calidad de la atención.

219 Disfunción eréctil y flujo arterial peneano en hombres con enfermedad arterial coronaria: Estudio transversal mediante ultrasonido Doppler

Víctor Aldana; *Héctor Corredor; Juan Manuel Martínez; Carolina Sandoval; Olga Lucia Aristizábal*

Introducción
La disfunción eréctil (DE) y la enfermedad arterial coronaria (EAC) comparten mecanismos fisiopatológicos vinculados con la disfunción endotelial y la aterosclerosis sistémica. La DE puede preceder clínicamente a la EAC y reflejar daño vascular general. En Colombia existe poca información relacionando hallazgos hemodinámicos del Doppler peneano y presencia de EAC. Este estudio buscó aportar evidencia local sobre dicha asociación determinando la prevalencia y gravedad de la DE en hombres con EAC y analizando su relación con los hallazgos hemodinámicos del Doppler y con los principales factores de riesgo cardiovascular

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio observacional transversal en 92 hombres con EAC confirmada mediante angiografía entre 2021/2022. La función eréctil se evaluó con el IIEF-15 (dominio función eréctil). Todos los participantes se sometieron a un Doppler peneano tras la aplicación intracavernosa de alprostadil midiendo la velocidad sistólica máxima (VSM). Se registraron edad, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dislipidemia, hipertensión e índice de masa corporal (IMC). La gravedad de la EAC se analizó por porcentaje de obstrucción y número de vasos afectados. Se utilizaron pruebas no paramétricas y un modelo de regresión ordinal para identificar factores independientes asociados con la gravedad de la DE. La significación se estableció en $p < 0,05$.

Resultados
Encontramos una edad media de 63 años (38–82). El 74% tenía hipertensión, el 50% dislipidemia y el 29% DM2. El 64% presentó disminución del flujo arterial peneano (<35 cm/s). La puntuación media del IIEF fue 17,9 ± 7,6, predominando la DE moderada o grave (35%). La prevalencia total de DE fue 81,5%. En los análisis bivariados, la gravedad de la DE se asoció con mayor edad ($p<0,01$), dislipidemia ($p=0,02$) y VSM reducida ($p=0,001$), sin relación con IMC ni hipertensión. El porcentaje de obstrucción coronaria (??–0,19; p?0,07) y el número de arterias afectadas ($p=0,31$) no mostraron asociación significativa. En el análisis multivariante, la edad, la dislipidemia y la VSM disminuida se asociaron de forma independiente con mayor gravedad de la DE. Aunque las puntuaciones TIMI y GRACE no fueron significativas, se observó tendencia a una DE más grave en pacientes con mayor riesgo cardiovascular.

Conclusiones
La DE es muy prevalente en hombres con EAC y se asocia con edad, dislipidemia y reducción del flujo arterial peneano. Aunque las escalas de riesgo no fueron significativas, la tendencia refuerza la relación entre daño coronario y función sexual. La evaluación de la DE debe integrarse al abordaje del paciente cardiovascular.

220 Efectos cardiotóxicos de la quimioterapia y cuidado de enfermería.

Lilia Andrea Buitrago Malaver; *Valentína Clavijo Cano; María Teresa López Zapata*

Introducción
La quimioterapia ha transformado la supervivencia de los pacientes con cáncer; sin embargo, diversos agentes antineoplásicos, especialmente las antraciclinas y las terapias anti-HER2 como trastuzumab, se asocian con efectos adversos cardiovasculares que pueden comprometer la calidad de vida y limitar la continuidad del tratamiento oncológico. La cardiotoxicidad inducida por quimioterapia incluye disfunción ventricular, insuficiencia cardíaca, arritmias, hipertensión arterial, isquemia y eventos tromboembólicos, manifestaciones que requieren una detección y seguimiento oportunos. En este escenario, el rol de enfermería resulta esencial para la prevención, valoración integral y cuidado continuo del paciente cardiooncológico.

Materiales y Métodos
Se realizó una revisión bibliográfica de artículos publicados entre 2020 y 2025 en bases de datos como PubMed, Scopus, SciELO y ScienceDirect, con el fin de describir los agentes quimioterapéuticos asociados a cardiotoxicidad, los métodos de detección temprana y las intervenciones de enfermería orientadas al cuidado y seguimiento de estos pacientes.

Resultados
La evidencia muestra que las antraciclinas generan una cardiotoxicidad dosis-dependiente e irreversible, mientras que las terapias anti-HER2 producen un perfil más reversible, aunque clínicamente relevante. Estudios en Filipinas y Uruguay reportan incidencias de cardiotoxicidad entre el 9.6% y el 23.4%, especialmente en pacientes con comorbilidades previas, lo que resalta la importancia de la estratificación de riesgo.
Herramientas diagnósticas como el strain longitudinal global (SLG) y biomarcadores —BNP y troponina— han emergido como métodos sensibles para la detección subclínica del daño miocárdico, permitiendo intervenciones tempranas. Asimismo, estrategias de cardioprotección farmacológica (IECA, betabloqueadores) y no farmacológica (ejercicio supervisado tipo HIIT, rehabilitación cardio-oncológica) muestran beneficios en la reducción del riesgo cardiovascular y en la mejoría funcional.
La enfermería desempeña un papel central en todas las fases del proceso asistencial. Antes del tratamiento, realiza la valoración cardiovascular basal, identifica factores de riesgo y participa en la estratificación mediante modelos estandarizados. Durante la terapia, monitoriza signos y síntomas de cardiotoxicidad, coordina la comunicación con el equipo multidisciplinario y educa al paciente y su familia sobre signos de alarma y autocuidado. En la fase de supervivencia, lidera programas de seguimiento y rehabilitación cardio-oncológica, fortaleciendo la adherencia terapéutica y la prevención secundaria.

Conclusiones
En conclusión, la cardiotoxicidad representa un desafío creciente dada la mayor supervivencia oncológica. La integración de la enfermería en la evaluación, educación y vigilancia activa del paciente mejora la detección precoz, optimiza la continuidad del tratamiento y contribuye a disminuir la morbilidad cardiovascular. El abordaje interdisciplinario y centrado en el paciente es esencial para avanzar hacia una cardio-oncología más segura, preventiva y humana.

221 Evaluación de confiabilidad y legibilidad de la información para pacientes sobre dislipidemia emitida por modelos de lenguaje basados en inteligencia artificial (Chat GPT, YouChat, Gemini y Perplexity AI) en idiomas inglés y español.

Emilio José Juan Guardela; *Cristian Orlando Porras Bueno; Jesús Andrés Beltrán España; Miguel Alvarez Mejía; María Paula Ravagli Baquero; Edward Andrés Cáceres Méndez; Daniel Gerardo Fernández Avila; Oscar Mauricio Muñoz Velandia; Angel Alberto García Peña*

Introducción
Los modelos de lenguaje basados en inteligencia artificial (IA), son herramientas novedosas para buscar información médica, pero la confiabilidad y legibilidad de la información que aportan sobre dislipidemia en diferentes idiomas aún son inciertas.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio observacional transversal para evaluar la confiabilidad y legibilidad de las respuestas generadas por ChatGPT®, YouChat®, Gemini® y Perplexity AI® sobre dislipidemia en español e inglés. Se formularon 30 preguntas estandarizadas relacionadas con generalidades, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y complicaciones. La calidad de las respuestas fue evaluada por dos revisores independientes utilizando una herramienta estandarizada. La legibilidad fue evaluada con la fórmula de Flesch-Szigriszt. Se compararon los resultados por herramienta e idioma.

Resultados
ChatGPT generó el mayor porcentaje de respuestas completas (93%) en español e inglés, seguido de Perplexity (80% en ambos idiomas), Gemini (73% en español y 80% en inglés) y YouChat (20% en español y 40% en inglés). YouChat fue el único modelo con respuestas parcialmente incorrectas en español. En idioma inglés ninguna tuvo respuestas parcialmente correctas ni completamente incorrectas. El análisis de legibilidad mostró diferencias significativas entre modelos ($p < 0,001$) en idioma español. ChatGPT obtuvo la mejor puntuación en español (59.2), aunque su legibilidad fue clasificada como “muy difícil” en inglés.

Conclusiones
ChatGPT fue el modelo más confiable, aunque la legibilidad sigue siendo un reto en idioma inglés. Se requieren mejoras para optimizar confiabilidad y legibilidad de la información médica sobre dislipidemia generada por IA.

222 Fragilidad como nuevo determinante en la selección de tratamiento para el aneurisma aórtico: experiencia de la Fundación Cardiovascular de Colombia.

Eddy Gabriela Martínez Maldonado; *Angie Lucia Méndez Zaraza; Jerson H. Quitián Moreno; Daniel Alberto Villamizar Anaya*

Introducción

Eddy Gabriela Martínez-Maldonado1, Angie Lucía Méndez-Zaraza1-2, Daniel A. Villamizar-Anaya2, Jerson H. Quitian-Moreno²
1. Universidad de Santander UDES
2. Fundación Cardiovascular de Colombia

Introducción: El envejecimiento poblacional ha incrementado la prevalencia del aneurisma aórtico (AA). La valoración geriátrica integral (VGI) permite individualizar el riesgo y orientar decisiones más allá de los criterios quirúrgicos tradicionales. Sin embargo, la evidencia sobre su impacto en la elección terapéutica en AA es escasa.
Objetivo: Describir las decisiones de manejo recomendadas por Geriatría y la junta interdisciplinaria de Cardiología, según el perfil de fragilidad de los adultos mayores (AM) con AA atendidos en un hospital de cuarto nivel del oriente colombiano entre junio 2023 y mayo 2024

Materiales y Métodos

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal de 49 pacientes >=60 años con diagnóstico de AA torácico o abdominal. Se analizaron variables sociodemográficas, perfil de fragilidad (robusto, pre frágil, frágil o dependiente) y las decisiones tomadas por cardio-geriatría (manejo médico, endovascular o cirugía abierta) y las tomadas por la junta interdisciplinaria de cardiología.

Resultados

Resultados: De los 49 pacientes, 61% fueron hombres con media de edad de 76 ± 8 años y 4,9% eran rurales. La escolaridad fue analfabeta 30.6%, primaria 42.9%, bachiller 8.2% y universitario 18.4%. El 43% fue clasificado como frágil, 29% pre frágiles, 18% robustos y 10% dependientes. Geriatría recomendó manejo endovascular en el 41% de los casos, manejo médico/paliativo en el 39% y cirugía abierta en el 20%. La junta interdisciplinaria adoptó decisiones similares en 72% de los casos. Entre los pacientes robustos, 78% fueron llevados a tratamiento endovascular o abierto, mientras que en los frágiles y dependientes predominó el manejo médico/paliativo (67%).

Conclusiones

Conclusiones: La VGI en el abordaje del AA permite incluir elementos de riesgo quirúrgico como la fragilidad, calidad de vida y expectativa de vida, que normalmente no se tienen en cuenta en las escalas de riesgo prequirúrgico.

223 Métodos contemporáneos de enseñanza en auscultación cardíaca y valvulopatías: una descripción de enfoques y recursos educativos

Santiago Acero Velásquez; *Juanita Guzmán Correa; Juan Andrés Sarmiento; Diego Alejandro Vivas Giraldo*

Introducción

La evaluación clínica cardiovascular integra la anamnesis, inspección, palpación y auscultación, esta última esencial para reconocer soplos y orientar el diagnóstico de valvulopatías. Sin embargo, la evidencia muestra una disminución en la competencia auscultatoria: solo el 27% de los programas de medicina interna en Estados Unidos enseñan auscultación de forma estructurada y los residentes presentan precisiones diagnósticas bajas. Para enseñar estenosis, regurgitaciones y otros defectos valvulares se han utilizado métodos como el bedside teaching, grabaciones, simuladores y herramientas digitales. Aunque la auscultación sigue siendo sensible y específica para detectar valvulopatías, su aprendizaje enfrenta barreras como menor tiempo dedicado al examen físico, escasa exposición a hallazgos clásicos, creciente dependencia de imagenología y limitada retroalimentación. También influyen la falta de estandarización y de evaluaciones objetivas. Ante este panorama, se requiere integrar metodologías contemporáneas como simulación, aprendizaje digital, inteligencia artificial y dispositivos de auscultación avanzada.

Materiales y Métodos

Se realizó una búsqueda descriptiva para identificar estrategias educativas dirigidas a mejorar la enseñanza de la auscultación cardíaca y el diagnóstico de valvulopatías entre 2000 y 2025. La revisión incluyó artículos de PubMed y una búsqueda semántica en Elicit. Se seleccionaron los 50 artículos más relevantes, de los cuales 25 cumplieron criterios de inclusión: intervenciones educativas sobre valvulopatías, participación de estudiantes o profesionales en formación, evaluación de resultados educativos y diseños experimentales u observacionales. Se excluyeron reportes de caso, revisiones narrativas, cartas y artículos sin componente educativo evaluable. Los datos se organizaron de forma descriptiva según tipo de intervención y características pedagógicas.

Resultados

Los 25 estudios recopilados muestran una transición hacia métodos activos y tecnologías educativas. Los simuladores de alta fidelidad y plataformas virtuales permiten práctica repetida en ambientes controlados. Herramientas digitales como módulos interactivos, recursos multimedia y actividades basadas en juegos fomentan el aprendizaje autónomo y el razonamiento clínico. La enseñanza al lado del paciente y los seminarios siguen siendo esenciales para integrar teoría y práctica. Además, el uso de estetoscopios digitales, ecocardiografía portátil y entrenamiento auditivo repetitivo favorecen la familiarización con patrones acústicos y mejoran la correlación clínico-diagnóstica. En conjunto, los enfoques combinados fortalecen el aprendizaje progresivo y la adquisición de competencias clínicas.

Conclusiones

La enseñanza de la auscultación cardíaca evoluciona hacia un modelo multimodal que integra simulación, herramientas digitales y práctica supervisada. Este enfoque híbrido potencia la repetición estructurada, la retroalimentación inmediata y el aprendizaje autónomo, complementando la enseñanza tradicional y fortaleciendo la competencia diagnóstica en valvulopatías.

224 Optimización del tratamiento para controlar el colesterol LDL mediante machine learning

Deiby Boneu Yépez; *David Sierra Porta; Liz Karine Morales Aguas; Fernando Manzur Jattin*

Introducción

El aumento del colesterol LDL es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares; por lo tanto, un tratamiento adecuado reduce el riesgo de desarrollarlas. La inteligencia artificial (IA) es una herramienta que puede ayudar significativamente a los médicos a seleccionar el tratamiento óptimo para cada paciente. Con base en lo anterior, surge la pregunta: ¿Qué modelo de inteligencia artificial nos permite recomendar el mejor tratamiento para controlar los niveles de LDL según el factor de riesgo cardiovascular del paciente?

Materiales y Métodos

Se comparó el rendimiento de varios modelos de aprendizaje automático para evaluar su capacidad de predecir la mejor terapia individualizada para cada paciente según su riesgo cardiovascular a partir de un registro de pacientes de una clínica especializada en enfermedades cardiovasculares. Los modelos de aprendizaje automático utilizados incluyeron: RandomForestClassifier (RFC), GradientBoostClassifier (GBC), AdaBoostClassifier (ABC), ExtraTreeClassifier (ETC), Decision Tree Classifier (DTC), KNN , Support Vector Machine (SVM), Multinomial Logistic Regression (MLR) y Naive Bayes Classifier (NBC).
Se obtuvieron los registros de 166 pacientes con cualquier riesgo cardiovascular que presentaban alteraciones de LDL y utilizaban alguna intervención terapéutica. Sin embargo, cuatro registros médicos no presentaban niveles de creatinina; por lo tanto, se excluyeron, con un total de 162 observaciones. De estos, se obtuvo una muestra de 115 pacientes que alcanzaron el objetivo terapéutico de LDL .

Resultados

El RandomForestClassifier (RFC) y el radientBoostClassifier (GBC) demostraron un rendimiento superior en la clasificación de la terapia óptima para la reducción de LDL. Por el contrario, el Naive Bayes Classifier (NBC) sobreestimó los resultados y se consideró inadecuado.

Conclusiones

Los modelos de aprendizaje automático, en particular el Random Forest Classifier, proporcionan herramientas valiosas para optimizar el control de LDL en pacientes con alto riesgo cardiovascular. Estos modelos optimizan la toma de decisiones clínicas al permitir la selección personalizada de terapias según los factores de riesgo específicos del paciente.

225 Patrones de indicación del ecocardiograma transtorácico en un centro ambulatorio cardiovascular de Bogotá

Mario Andrés Sarmiento Carmona; *Isabella Monsalve García; Camilo Andrés Rodríguez García; Joaquín Camilo Castañeda Barbosa; Julio César Serrano; Carlos Eduardo Guerrero Chalela; Luis Antonio Moya Jiménez*

Introducción

El ecocardiograma transtorácico (ECO-TT) es la imagen más utilizada en la cardiología moderna, ofrece una valoración no invasiva de la anatomía y función cardíaca sin paralelo. En entornos de recursos limitados la indicación debe ser precisa para optimizar el uso de este importante recurso diagnóstico. En nuestro medio se desconocen los patrones de uso de esta técnica; analizar sus indicaciones puede orientar estrategias para mejorar la pertinencia y evitar el sobreuso. Objetivo:Describir el patrón de indicación del ECO-TT en un centro cardiovascular ambulatorio de Bogotá.

Materiales y Métodos

Se recopilaron datos de la aplicación de ecocardiografía entre junio de 2019 y septiembre de 2025. De 64.374 registros iniciales se excluyeron 559 por datos incompletos, quedando 64.089 estudios correspondientes a 44.431 pacientes. Las indicaciones se agruparon en categorías diagnósticas afines, analizando su distribución y la frecuencia de realización por paciente.

Resultados

Se determinaron 31 categorías diagnósticas (Tabla 1). Siendo los más frecuentes; hipertensión arterial (n=15.662; 24,4%), valoración de la función ventricular (n=13.072; 20,4%), trastornos del ritmo y la conducción (n=9.037; 14,1%), cardiopatía isquémica/enfermedad coronaria (n=7.079; 11%) y dolor torácico (n=4.121; 6,4%) (Tabla 1). Los motivos poco frecuentes se agruparon en la categoría “otros” (n=263; 0,4%).

Se realizaron entre 1 y 12 estudios por paciente, siendo un único examen lo más frecuente (n=32.890; 74%). 11.540 pacientes presentaron más de un ECO-TT durante el periodo analizado, equivalente al 25,9% del total de pacientes y al 48,6% de los estudios realizados (n=31.199). Dentro de este grupo, la mayoría tuvo entre 2-4 estudios (n=10,651; 23.97%) y con una proporción menor cinco o más ECO-TT (n=889 - 2%) (Tabla 2). Con una distribución similar de indicaciones, destacándose la hipertensión arterial (n=7.498; 24,03%), valoración de la función ventricular (n=5.512; 17,67%), cardiopatía isquémica/enfermedad coronaria (n=5.336; 17,2%), los trastornos del ritmo y la conducción (n=4.108; 13,17%) y la valvulopatía (n=2.067; 6,63%). (Tabla 3).

Conclusiones

Las indicaciones para realizar ECO-TT fueron diversas y con frecuencia poco específicas, evidenciando la necesidad de estandarizar el registro y crear una nomenclatura clara. Las causas más comunes fueron hipertensión arterial, evaluación de la función ventricular, arritmias, cardiopatía isquémica y dolor torácico. Un cuarto de los pacientes tuvo estudios repetidos, con aproximadamente un estudio anual o cada dos años lo que sugiere un seguimiento clínico estándar más que un uso inapropiado del examen, considerando las indicaciones principales en los estudios repetidos. Futuros análisis buscarán correlacionar los hallazgos ecocardiográficos con los diagnósticos iniciales para evaluar su pertinencia e impacto clínico.

226 Reflejo local de la epidemiología global de la endocarditis infecciosa: seis años de experiencia en un hospital de alta complejidad.

Gabriel Antonio Oliver Hernández; *Daniel Palacios; Laura Peña; Miguel Merchán; Andrés Chaparro; Darío Andrade; Adriána Torres*

Introducción
La endocarditis infecciosa (EI) continúa siendo una entidad clínica desafiante a nivel mundial, con una incidencia en ascenso durante las últimas tres décadas, posiblemente asociado con el uso creciente de prótesis valvulares y dispositivos cardiovasculares. En Colombia, su epidemiología permanece poco caracterizada debido al subdiagnóstico y a la limitada disponibilidad de registros. El perfil epidemiológico, al igual que sus formas de presentación clínica han mostrado variaciones significativas con el transcurso de los años, por lo cual es de suma importancia analizar el perfil clínico, epidemiológico y terapéutico de los pacientes.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo a partir de una cohorte de 100 pacientes con sospecha de endocarditis infecciosa de los cuales se confirmó en 29 pacientes entre 2019 y 2025. La información se obtuvo a partir de las historias clínicas digitales del sistema SAP con registro en una base de datos, donde fueron recolectados y almacenados mediante la plataforma REDCap.

Resultados
Se analizaron 29 pacientes, predominio masculino (69%) y edad media de 63 años. La mayoría tenía factores de riesgo como enfermedad valvular, prótesis, dispositivos intracardiacos y antecedente de procedimientos invasivos. El diagnóstico fue principalmente intrahospitalario. La válvula con mayor compromiso fue la aórtica, seguida de la mitral. La fiebre fue el síntoma más frecuente. Los hemocultivos fueron positivos en 65,5%, con Staphylococcus Aureus meticilino sensible como agente principal. La gravedad de la cohorte se reflejó en el ingreso a UCI del 89,7% con una estancia promedio de 9,1 días. El 69% requirió cirugía por vegetaciones mayores a 10mm, daño valvular severo o abscesos. La mortalidad alcanzó el 31%.

Conclusiones
Esta serie evidencia un perfil de endocarditis acorde con tendencias globales, con predominio masculino, edad avanzada y alta carga de comorbilidades estructurales y valvulares. La mayor afectación aórtica y el predominio de S. aureus meticilino sensible se relacionan con el incremento de implantes de dispositivos, procedimientos invasivos y hospitalizaciones. La elevada necesidad de UCI y las complicaciones graves explican la alta tasa de intervención quirúrgica. La mortalidad del 31%, superior a reportes internacionales, resalta la importancia de fortalecer la detección temprana, la prevención en poblaciones de riesgo y la educación del personal que realiza procedimientos predisponentes.

227 Sintomatología cardiovascular persistente y su impacto en la función física en el Síndrome Post COVID-19

Jorge Enrique Daza Arana; *Rubén Eduardo Varela Miranda*

Introducción
El Síndrome Post COVID-19 (SPC) se caracteriza por la persistencia de síntomas más allá de la fase aguda de la infección. Entre ellos, las manifestaciones cardiovasculares ocupan un lugar relevante y han sido asociadas con un deterioro significativo del estado funcional, la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida. Comprender esta relación es fundamental para orientar estrategias de rehabilitación y seguimiento clínico.

Materiales y Métodos
Se desarrolló un estudio observacional descriptivo con componente analítico en 104 adultos con antecedente de infección sintomática por SARS-CoV-2 (2021–2023), identificados por SIVIGILA y registros municipales, y que cumplían criterios de SPC. Durante 2024–2025 se realizó una evaluación única que incluyó características sociodemográficas y clínicas, la escala de fatiga MFIS, el cuestionario de calidad de vida EuroQol-5D, la fuerza de presión manual (FPM), la prueba Sit-to-Stand (STS) y la escala de estado funcional (PCFS). El análisis estadístico incluyó métodos descriptivos, correlacionales (Spearman/Pearson) y regresión logística multivariada.

Resultados
El 51.9% de los participantes presentó síntomas cardiovasculares persistentes, siendo las palpitaciones (38.5%) y el edema de miembros inferiores (28.9%) los más prevalentes. La presencia de síntomas cardiovasculares se asoció con fatiga (OR 2.94; p=0.012), deterioro de la calidad de vida (OR 3.70; p=0.013) y reducción de la FPM (OR 2.76; p=0.014). El número de síntomas se correlacionó con mayor limitación funcional (PCFS) (r=0.34) y menor rendimiento en STS (r=−0.33). En el análisis multivariado, los factores asociados de manera independiente a la persistencia de síntomas fueron: sexo femenino (ORa 15.84; p<0.001), edad >=50 años (ORa 9.18; p=0.005), trabajo en salud (ORa 4.69; p<0.001), tabaquismo (ORa 4.28; p=0.014), baja actividad física previa (ORa 5.26; p=0.032) y ausencia de vacunación previa (ORa 4.14; p=0.048). El modelo mostró excelente capacidad discriminatoria (AUC 0.909) y clasificación correcta del 92.3%.

Conclusiones
Los síntomas cardiovasculares persistentes son frecuentes en el SPC y se relacionan con un deterioro significativo de la capacidad funcional, la fuerza muscular y la calidad de vida. Su persistencia está determinada por factores clínicos, conductuales y sociodemográficos, con especial vulnerabilidad en mujeres, adultos mayores y trabajadores de la salud. La identificación temprana de estos predictores y su impacto funcional subrayan la necesidad de implementar estrategias de evaluación integral y programas de rehabilitación que incluyan educación, ejercicio y seguimiento cardiovascular. Estos hallazgos contribuyen a la comprensión del fenotipo funcional del SPC y orientan intervenciones clínicas más efectivas.

228 Tetralogía de Fallot en adultos: experiencia de un centro de referencia

Luz Adriána Ocampo Aristizábal; *Margarita María Zapata Sánchez; Sergio Andrés Romero Seguro; Andrea Dávila Ruales; Sergio Andrés González Butrón*

Introducción
La Tetralogía de Fallot es la cardiopatía congénita cianógena más comúnmente encontrada en adultos, con una incidencia global de 8 por cada 1000 nacidos vivos, pero sólo el 6% de los pacientes no operados llegan a la vida adulta. Esta condición es usualmente diagnosticada al poco tiempo del nacimiento dado la evidente cianosis a la evaluación. La mayoría de adultos ya han tenido al menos una intervención quirúrgica, siendo inusual encontrar pacientes no corregidos.

Materiales y Métodos
Objetivo.
Describir las características clínicas, procedimientos quirúrgicos, intervenciones percutáneas e implante de dispositivos de estimulación cardiaca en un grupo de pacientes adultos con Tetralogía de Fallot.
Materiales y métodos.
Estudio descriptivo con recolección retrospectiva de los datos de pacientes evaluados en el programa de Cardiopatías Congénita del Adulto desde su inicio en el 2014, en un centro de referencia nacional. Se realizó una revisión de las historias clínicas, reportes de cirugía, procedimientos de hemodinamia y electrofisiología.

Resultados
Se encontraron 73 pacientes adultos con Tetralogía de Fallot, el 64% del sexo femenino, con una edad promedio de 28.6±8.2 años. El 97.2% tenían antecedente de corrección estructural, un 68.49% tuvieron una cirugía correctiva como procedimiento inicial, un 27.39% requirió fístula BT como paliación, seguida de corrección total. Solo se encontró un 2.73% no corregida. Posteriormente hubo indicación de reintervención para reconstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho y/o cambio valvular pulmonar, un 50.6% requirió manejo quirúrgico, un 10.95% se realizó implante valvular percutáneo y un 13.69 % angioplastia de rama pulmonares. Un 5.46% de los pacientes requirieron dispositivos de estimulación eléctrica por arritmias o disfunción ventricular.

Conclusiones
La población de adultos con Tetralogía de Fallot viene en continuo aumento dado las mejorías de las técnicas quirúrgicas y la mayor supervivencia. Un gran porcentaje de pacientes van a requerir reintervención a lo largo de su vida adulta. En la actualidad la amplia gama de dispositivos valvulares para intervenciones percutáneas ha abierto nuevas posibilidades para el manejo mínimamente invasivo mejorando expectativas largo plazo, por lo cual es indispensable contar con programas estructurados de manejo que permitan una atención interdisciplinaria de alta calidad.

229 Utilidad del score CHA2DS2-VASc para estimar el riesgo cardiovascular global en pacientes sin fibrilación auricular

María Alejandra Cala Acelas; *Jerson H. Quitián Moreno; Juan Sebastián Theran León; Carlos Enrique Arenas Molina; Jaime Alberto Gómez Ayala; Luis Andrés Dulcey Sarmiento; Brian Johnson Acevedo*

Introducción
El score CHA2DS2-VASc ha sido ampliamente validado para estimar el riesgo embólico en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Sin embargo, estudios recientes sugieren su utilidad potencial como herramienta de predicción de eventos cardiovasculares mayores (MACE) en pacientes sin fibrilación auricular. Este estudio evalúa la capacidad del score CHA2DS2-VASc para estratificar el riesgo cardiovascular global en población sin FA atendida en un programa de riesgo cardiovascular en atención primaria.

Materiales y Métodos
Estudio transversal basado en una cohorte de 984 pacientes mayores de 40 años sin diagnóstico de fibrilación auricular, atendidos entre enero y diciembre de 2024 en centros de atención primaria del Nororiente colombiano. Se calcularon los puntajes CHA2DS2-VASc y se compararon con la ocurrencia de eventos cardiovasculares previos (IAM, ECV, revascularización). Se evaluó la correlación entre el puntaje y la presencia de enfermedad cardiovascular mediante regresión logística, ajustando por variables sociodemográficas y dismetabólicas.

Resultados
La media del puntaje CHA2DS2-VASc fue de 3.1 ± 1.5. Un puntaje >=3 se asoció significativamente con antecedentes de ECV (OR 2.83; IC95% 1.71–4.68), enfermedad coronaria (OR 2.41; IC95% 1.52–3.80) y eventos cardiovasculares mayores (OR 2.97; IC95% 1.89–4.65). El área bajo la curva ROC para predecir MACE fue 0.71 (IC95% 0.67–0.75), indicando una capacidad moderada de discriminación. El análisis de subgrupos mostró mayor valor predictivo en mujeres y pacientes diabéticos.

Conclusiones
El score CHA2DS2-VASc mostró una asociación significativa con eventos cardiovasculares en pacientes sin fibrilación auricular. Su uso podría facilitar una estratificación inicial del riesgo en entornos de atención primaria, promoviendo intervenciones preventivas oportunas.

230 Validación externa de un puntaje ecocardiográfico para predicción de malignidad en masas cardíacas: un estudio multicéntrico latinoamericano.

Edwin De La Peña Arrieta; *Juan Pino Vélez; Luisa Fernanda Flórez García; José Emilio Agámez Gómez; Juan Carlos Chavarriaga; Juan Pablo Flórez Muñoz; Luisa Fernanda Durángo Gutiérrez; Gustavo Adolfo Castilla Agudelo; Jairo Rendón Giraldo; Santiago Giraldo Ramírez; Juan Manuel Senio*

Introducción
Las masas cardíacas representan un reto diagnóstico por su naturaleza ampliamente heterogénea y la alta morbimortalidad derivada. El puntaje DEM (Diagnostic Echocardiographic Mass) es una herramienta ecocardiográfica multiparamétrica desarrollada para predecir la malignidad en estas lesiones y, hasta la fecha, no se han reportado validaciones externas del modelo. Realizar la primera validación externa del puntaje DEM en una población latinoamericana con masas cardíacas, con el objetivo de evaluar su exactitud diagnóstica y su reproducibilidad.

Materiales y Métodos
Estudio retrospectivo multicéntrico en tres hospitales universitarios en Colombia. Se incluyeron pacientes con masas cardíacas, confirmadas por histopatología o por criterios clínicos. Las imágenes ecocardiográficas fueron evaluadas de forma cegada e independiente por cuatro ecocardiografistas, aplicando las seis variables del puntaje DEM. Se evaluó la discriminación del puntaje mediante el área bajo la curva ROC (AUC-ROC), y la calibración con la prueba de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow (H-L) y con gráficos de calibración. La concordancia entre los observadores se estimó con coeficientes de correlación intraclase (CCI) y coeficientes Kappa.

Resultados
En 85 pacientes analizados la prevalencia de malignidad fue del 25.9%. El puntaje ponderado mostró un área bajo la curva de 0,8943, y el no ponderado de 0,8781. La calibración fue adecuada para el modelo ponderado (p = 0,37), pero subóptima para el no ponderado (p=0,01). El punto de corte óptimo (>=4) para el modelo ponderado presentó una sensibilidad del 91 %, especificidad del 79,4 %, un valor predictivo negativo (VPN) de 96,1 %, un LR+ 4,41 y LR- 0,1. El coeficiente de correlación intraclase fue de 0,731 y de las variables individuales del puntaje, cuatro presentaron coeficientes Kappa entre 0,707 y 1,00, mientras que solo la variable forma polilobulada mostró concordancia moderada (Kappa = 0,414).

Conclusiones
Nuestro estudio valida externamente el puntaje DEM como herramienta diagnóstica robusta para la predicción de malignidad en masas cardíacas. Su simplicidad y reproducibilidad respaldan su utilidad en la evaluación inicial de las masas cardíacas, especialmente en contextos con acceso limitado a modalidades avanzadas de imagen.

231 Validación externa del ASCVD para predicción de riesgo cardiovascular a 10 años en adultos con diabetes en Colombia

Germán Camilo Giraldo Gómez; *Andrés Mauricio García Cuevas; Carlos Alberto Mejía Ramírez; Abdiel Milovan Solarte Mejía; Alejandra Gañán Duque; Beatriz Helena Gómez Aristizábal; María Alejandra Realpe Rebolledo; Nicolás Montoya Velásquez; Juan Esteban Almanza Arcila; Juan Esteban Lópe*

Introducción
El ASCVD Pooled Cohort Equation es una de las herramientas más utilizadas para estimar el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Sin embargo, su desempeño en poblaciones latinoamericanas con diabetes no ha sido ampliamente evaluado, pese a la alta carga de enfermedad cardiovascular e insuficiencia cardíaca en esta población. La validación externa es fundamental para determinar su aplicabilidad y necesidad de recalibración en contextos locales.

Materiales y Métodos
Se realizó un estudio de validación externa utilizando una cohorte de 4.795 adultos con diabetes sin enfermedad cardiovascular previa. El seguimiento fue de 10 años. Se evaluaron dos desenlaces: (1) el endpoint clásico del ASCVD (MACE), y (2) un endpoint extendido compuesto por MACE, insuficiencia cardíaca y muerte cardiovascular. El riesgo ASCVD individual se obtuvo mediante la ecuación original y se analizó su discriminación mediante AUC dependiente del tiempo y C-index de Harrell, su calibración por deciles mediante riesgo observado vs predicho y su desempeño global mediante Brier score. Se excluyeron 11 pacientes sin información suficiente para el cálculo del riesgo.

Resultados
Para el endpoint clásico, el ASCVD mostró una discriminación modesta (AUC 0.620). Para el endpoint extendido, el desempeño disminuyó notablemente (AUC 0.574; C-index 0.568). El Brier score para el endpoint ampliado fue 0.101, indicando error global aceptable. La calibración evidenció subestimación del riesgo en los deciles bajos y medios, con posterior sobreestimación en los deciles superiores. En el decil 10, el riesgo predicho fue 45.1% mientras que el riesgo observado fue 15.2%, mostrando sobreestimación marcada. Este patrón fue consistente con desviaciones significativas entre el modelo original y la incidencia real en la cohorte.

Conclusiones
El ASCVD mostró discriminación aceptable para su endpoint original, pero su rendimiento disminuyó significativamente al evaluar un endpoint ampliado que incluye insuficiencia cardíaca y muerte cardiovascular, eventos altamente prevalentes en la diabetes. La mala calibración y la sobreestimación en los percentiles altos sugieren que el ASCVD en su forma actual no refleja adecuadamente el riesgo absoluto en adultos con diabetes en Colombia. Estos hallazgos apoyan la necesidad de recalibración local o del desarrollo de modelos específicos para poblaciones latinoamericanas.

232 Validación externa del score2-Diabetes y score2-Diabetes con falla cardiaca en una cohorte colombiana

Germán Camilo Giraldo González; *Andrés Mauricio García Cuevas; Carlos Alberto Mejía Ramírez; Abdiel Milovan Solarte Mejía; Alejandra Gañán Duque; Beatriz Helena Gómez Aristizábal; María Alejandra Realpe Rebolledo; Nicolás Montoya Velásquez; Juan Esteban Almanza Arcila; Nirida Fernanda B*

Introducción
Las escalas SCORE2-Diabetes y SCORE2-Diabetes extendido (que incluye insuficiencia cardiaca) fueron desarrolladas en poblaciones europeas para estimar riesgo cardiovascular a 10 años. Su aplicabilidad en poblaciones latinoamericanas no ha sido establecida. El objetivo de este estudio fue evaluar de forma externa su discriminación, calibración y desempeño global en una cohorte contemporánea de personas con diabetes atendidas en el sistema de salud colombiano.

Materiales y Métodos
Se incluyeron 4.806 adultos con diabetes sin enfermedad cardiovascular previa y con variables completas para SCORE2-Diabetes. Los desenlaces fueron: (1) evento cardiovascular mayor (infarto, accidente cerebrovascular o muerte cardiovascular), y (2) un desenlace extendido que añadió insuficiencia cardiaca. Los eventos no cardiovasculares fueron tratados como competitivos. El riesgo predicho se calculó con la ecuación original y con las recalibraciones sugeridas.
La discriminación se evaluó mediante AUC dependiente del tiempo (10 años) y C-index. La calibración se analizó con curvas Observado vs Predicho por deciles. El desempeño global se cuantificó con el Brier score. Se realizó recalibración “in-the-large” ajustando el intercepto del modelo.

Resultados
Durante 10 años de seguimiento, 431 pacientes (8.96%) presentaron un evento cardiovascular. SCORE2-Diabetes mostró una discriminación aceptable (AUC 0.656, C-index 0.638). La calibración fue adecuada en los deciles bajos-medios pero evidenció sobreestimación sustancial en los deciles superiores, especialmente en el decil 10 (81.3% predicho vs 17.9% observado). El Brier score fue 0.131, indicando buen desempeño global. Para el desenlace extendido (CVD + insuficiencia cardiaca), la discriminación fue más limitada (AUC 0.586; C-index 0.583) y se observó subestimación sistemática del riesgo en todos los deciles, con discrepancias amplias entre riesgo esperado y observado.
La recalibración local mediante ajuste del intercepto mejoró la calibración, reduciendo el riesgo medio predicho de 16.9% a 12.7%, sin modificar la discriminación. La sobreestimación persistió en subgrupos específicos, especialmente en mujeres, pacientes con eGFR <60 mL/min/1.73m² y aquellos con HbA1c <7%.

Conclusiones
SCORE2-Diabetes muestra discriminación similar a otras validaciones externas pero sobreestimación marcada del riesgo absoluto en esta cohorte colombiana. El modelo extendido para falla cardiaca presenta discriminación más limitada y subestimación generalizada. La recalibración local mejora significativamente la calibración global, lo que respalda su necesidad antes de implementar estas ecuaciones en contextos latinoamericanos. Los hallazgos destacan la importancia de validar y adaptar modelos de riesgo desarrollados en otras regiones antes de utilizarlos para decisiones clínicas en poblaciones con perfiles epidemiológicos distintos.

233 Valores de referencia del strain miocárdico por ecocardiografía speckle-tracking y resonancia magnética feature-tracking en adultos sanos de la ciudad de Bogotá, Colombia

Gustavo Lemus Barrios; *Diego Rangel Rivera; Thomas Urbina Ariza; Carlos Guerrero Chalela; Ricardo Villamarín Velásquez; Gabriel Salazar Castro; Juan Felipe Vásquez Rodríguez; Isabella Casallas*

Introducción
La deformación miocárdica (strain) se ha consolidado como una herramienta central en la evaluación de la función cardiaca, permitiendo detectar disfunción subclínica antes de que se altere la fracción de eyección. Sin embargo, los valores de referencia no son universales y dependen de factores demográficos, técnicos y ambientales. En particular, existen muy pocos datos sobre valores normales de strain por ecoardiografía en población Colombiana, y menos aún en resonancia magnética cardiaca por feature-tracking (FT-CMR).

Materiales y Métodos
Estudio observacional transversal en 68 adultos sanos (31 hombres y 37 mujeres, edad media 39 ± 12 años) residentes en Bogotá. Se realizó estratificación por sexo, edad y nivel socioeconómico para garantizar la representatividad de la población. A todos los participantes se les realizó una evaluación ecocardiográfica y de resonancia magnética cardiaca el mismo día. Se cuantificaron: strain auricular izquierdo (reservorio, conducto y de bomba), strain longitudinal global del ventrículo izquierdo (GLS) en capas endocárdica y media, y strain longitudinal de la pared libre del ventrículo derecho mediante ecocardiograma transtorácico. Adicionalmente, se midieron strain longitudinal, circunferencial y radial del ventrículo izquierdo mediante FT-CMR. Se definieron rangos de referencia (media ± 1,96 DE y percentiles 2,5–97,5) , se evaluaron diferencias por sexo y se evaluó la correlación y concordancia de las dos técnicas.

Resultados
Los valores promedio de strain por ecocardiografía fueron: aurícula izquierda en fase de reservorio −41,6 ± 10,7 %, conducto −26,7 ± 8,6 % y contráctil −15,1 ± 6,9 %; ventrículo izquierdo GLS endocárdico −22,0 ± 2,7 % y GLS medio −19,0 ± 2,5 %; ventrículo derecho pared libre −26,8 ± 4,5 %. Por resonancia magnética, el GLS fue −17,5 ± 3,2 %, el strain circunferencial −16,9 ± 3,1 % y el radial +35,7 ± 12,5 %. Las mujeres presentaron valores absolutos de GLS por RMC significativamente más negativos que los hombres (−18,7 ± 2,9 % frente a −16,0 ± 3,1 %; p = 0,01). La correlación entre GLS por STE y FT-CMR fue moderada (r = 0,42; p < 0,01) con baja concordancia (ICC = 0,46) y un sesgo medio de −4,2 %.

Conclusiones
Este estudio proporciona valores de referencia por sexo del strain miocárdico por STE y FT-CMR en adultos sanos residentes en Bogotá, Colombia. Los valores son comparables a los reportados en otras poblaciones, aunque las mujeres muestran mayor magnitud de deformación longitudinal. La concordancia limitada entre ecocardiografía y resonancia refleja que aunque conceptualmente ambas técnicas miden la deformación del mismo ventrículo, se basan en principios técnicos diferentes .