



REVISTA CHILENA DE Cardiología

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES 2025

LXI Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

Primer Congreso Interamericano de Enfermedad Cardiovascular
en la Mujer y Cardioobstetricia, Mujer SIAC

Sociedad Chilena de Cardiología
y Cirugía Cardiovascular



LXIº

Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

Santiago – Chile 2025



Directorio de la Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

Presidente

Dr. Jorge Jalil M.

Vice-presidente

Dra. Paola Varleta O.

Past president

Dr. Luis Sepúlveda M.

Directores 2024-2025

Dra. Mónica Acevedo B.

Dr. Rubén Aguayo N.

Dr. Pablo Castro G.

Dr. Rodrigo Muñoz D.

Dr. Gonzalo Torres P.

Directores 2025-2026:

Dr. Germán Armijo O.

Dr. Pabla Cataldo V.

Dr. Jongsung Lim S.

Dr. Marcelo Llancaqueo V.

Dra. Marianella Seguel R.

Filiales

Presidente Filial V

Dr. Hugo Martínez F.

Presidente Filial Concepción

Dr. Ervin Schumacher C.

Presidente Filial Sur

Dr. Braulio Bobadilla Z.

Presidente Filial Norte

Dr. Javier Labbé Z.

Capítulos Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

Arica: Dra. María Eugenia Salinas C.

Iquique: Dr. Pablo Gaete S.

Antofagasta: Dr. Juan Antonio Cotoras M.

La Serena: Dr. Claudio Bugeño G.

Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

Alfredo Barros Errázuriz 1954, Oficina 1601 Providencia. Santiago de Chile.

Teléfonos 268 0076 · 269 0077 · 269 0078 · Fax 269 0207

Correo electrónico: revistacardiologia@sochicar.cl

www.sochicar.cl



Revista Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

Editor

Dr. Ricardo Zalaquett S.

Co-Editor

Dr. Gastón Chamorro S.

Editores Adjuntos

Dra. Mónica Acevedo B.

Dr. Sergio Lavandero G.

Dr. Enrique Seguel S.

Editor Resúmenes en Inglés

Dr. Gastón Chamorro S.

Edición periodística:

VF Comunicaciones

Secretaría

Sra. Karen Sepúlveda M.

Comité Editorial Asesor

Dr. Luis Sepúlveda, Clínica Alemana.

Dr. Dante Lindefjeld, Clínica Universidad De Los Andes.

Dr. Rodrigo Altamirano, Hospital del Tórax.

Dr. Julián Vega, Hospital Sótero del Río.

Dra. María Virginia Araya A. Centro Médico Iquique.

Dr. Juan Carlos Bahamondes S. Hospital Regional de Temuco.

Dr. Gastón Dussaillant N. Universidad de Chile.

Dr. Carlos Fernández C. Clínica Santa María.

Dr. Luigi Gabrielli N. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Dr. Alexis Lamas T. Centro Médico Integramedica

Dr. Gabriel Maluenda R. Clínica Alemana.

Dr. Alejandro Martínez S. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Dra. Lucía Teresa Massardo V. Universidad de Chile.

Dra. Carolina Nazzari N. Universidad de Chile.

Dra. María Paz Ocaranza J. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Dra. Pamela Serón S. Universidad de la Frontera.

Dra. Paola Varleta O. Hospital DIPRECA.

Comité Editorial Asesor Internacional

Dr. Josep Brugada, Universidad de Barcelona, España.

Dr. Pedro J. del Nido, Boston Children's Hospital, Harvard Medical School, Boston, USA.

Dr. Marco Antonio Martínez-Ríos, Instituto Nacional de Cardiología de México "Ignacio Chávez" México.

Dr. Carlos A. Mestres, Universitätsspital Zürich, Zürich, Suiza.

Dr. Carlos A. Morillo, McMaster University, Ontario, Canadá.

Dr. Augusto Pichard, Medstar Washington Hospital Center Washintong, USA.

Dr. Conrad Simpfordorfer, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio, USA.

Dr. Tomás Romero, Sharp Chula Vista Medical Center, California, Usa.

Dr. Scott Wright, FACC, FESC, FAHA, Mayo Clinic, Rochester, MN

La Revista Chilena de Cardiología, fundada originalmente como Boletín de Cardiología por el Dr. Alexis Lama Toro, publica trabajos originales y artículos de revisión sobre temas de interés cardiológico, cardiocirúrgico y vascular. Los trabajos deben enviarse solamente por vía electrónica a revista.cardiologia@sochicar.cl, respetando las instrucciones a los autores que se incluyen en cada número de la revista. Los trabajos serán sometidos a arbitraje de expertos previamente a su publicación. La revista se reserva el derecho de rechazar o hacer correcciones de forma a los textos enviados. Esta revista puede leerse también en formato digital ingresando a www.sochicar.cl y www.scielo.cl.

Producción Gráfica: taller700 / patriciouribeb@taller700.cl

Sumario

Resúmenes de trabajos libres Orales, Póster y Casos Clínicos

LXI Congreso Chileno de Cardiología y Cirugía Cardiovascular

- Trabajos Orales jueves	6
- Trabajos Orales viernes	24
- Trabajos Póster, jueves	44
- Trabajos Póster, viernes	65
- Casos Clínicos, viernes	83
- Casos Clínicos, sábado	87



Trabajos libres Orales, Póster y Casos Clínico





TRABAJOS ORALES

JUEVES 11 DE DICIEMBRE

SALÓN DIRECTOR C / 08:30 – 10:00 Hrs.

Esquema ultraslow de activador tisular del plasminógeno para trombolisis en trombosis de prótesis mecánica en posición sistémica

Katia Rivera, Ronald Acuña, Polentzi Uriarte, Francisca Arancibia, Rodrigo Gonzalez, Daniel Springmuller, Pamela Zelada, Paz Quintana, Ana Rubilar

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica

Introducción: La trombosis de válvula mecánica aguda es una complicación con una elevada morbilidad. Las imágenes multimodales se utilizan para dar un diagnóstico y seguimiento al tratamiento. La estrategia de tratamiento depende del grado de obstrucción, riesgo quirúrgico y estado hemodinámico al momento de la presentación. El régimen trombolítico de dosis ultrabaja de activador tisular del plasminógeno (tPA) se ha presentado como una alternativa segura en pacientes con alto riesgo quirúrgico.

Presentación de caso: Paciente femenina de 38 años con diagnóstico de Doble Salida del Ventrículo Derecho tipo Taussig bing y coartación aórtica, sometida a reparación de coartación y banding de la arteria pulmonar, posteriormente se realiza cierre de la comunicación interauricular y Senning. En etapa adulta se le realiza reemplazo de la válvula AV sistémica por una prótesis mecánica ATS 27 mm, a los 9 años del implante de la válvula protésica la paciente cursa con Insuficiencia cardíaca súbita y CF IV, sin signos de shock, en contexto de INR subterapéutico. Es evaluada con imágenes

multimodales (ecocardiograma, angio tac cardíaco y fluoroscopia). Se evidencia estenosis severa con un gradiente medio de 22 mmHg por ecocardiograma, y en fluoroscopia uno de los velos se encuentra inmóvil. Se evalúa en comité multidisciplinario teniendo en cuenta el riesgo quirúrgico, se decide realizar trombolisis con esquema Ultraslow con dosis de tPA a 25 mg en 25 horas, control con fluoroscopia y ecocardiograma diario, a las 56 horas con 56 mg de tPA administrado se evidencia apertura normal de los velos y con una disminución de gradiente medio a 3-4 mmHg. Se procede a tomar exámenes de coagulación a las 2 horas de suspendida la trombolisis, para iniciar heparina sódica para ttpk 1.5 a 2 el basal, al día siguiente se inicia traslape a warfarina para INR 2.5 a 3.5, al suspender la heparina sódica se inicia aspirina 100 mg día. La paciente evolucionó sin evidencias de complicaciones hemorrágicas o embólicas, y con mejoría clínica, siendo dada de alta en CF I y asintomática cardiovascular. A los 6 meses de seguimiento mantiene gradiente medio de 4 mmhg de la válvula protésica y su seguimiento de INR es por Coaguchek cada 15 días.

Conclusión: La trombolisis con esquema ultraslow de tPA es una opción a tener en cuenta a la hora de enfrentar pacientes con trombosis de prótesis mecánica, con alto riesgo quirúrgico y que no están en shock cardiogénico.

Más allá del corazón: efectos intestinales de atorvastatina en un modelo experimental de enfermedad coronaria isquémica

Katherine Rivera, Ivania Valdés, Laura Parra, Laura Manjarrés, Erick Riquelme, Attilio Rigotti, Marcelo Andía

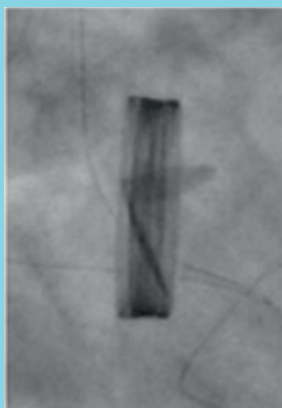
Pontificia Universidad Católica de Chile

Antecedentes: Las estatinas son la terapia estandar para la prevención y manejo de la enfermedad coronaria, con beneficios cardiovasculares comprobados. Sin embargo, evidencia emergente sugiere que podrían alterar la microbiota intestinal e impactar la integridad de la barrera epitelial, modulando la inflamación sistémica.

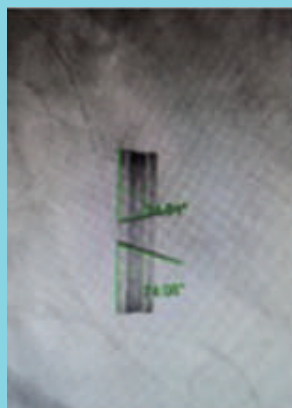
Método: En este estudio evaluamos el efecto de atorvastatina sobre la homeostasis intestinal, inflamación sistémica, remodelado cardíaco y sobrevivencia en un modelo murino de enfermedad coronaria isquémica letal (SR-B1 KO/ApoE-R61h/h) inducida por dieta. Ratones machos (n=6 por grupo) recibieron: 1) dieta estándar (Control), 2) dieta aterogénica (HFCD) o 3) HFCD + atorvastatina (40 mg/kg/día) por 21 días. Se analizó sobrevivencia, endotoxinas plasmáticas (LAL), permeabilidad intestinal (FITC-dextrano, zonulina), estructura colónica (longitud, histología, fibrosis), composición/diversidad microbiana fecal (16S rRNA) y parámetros es-

Figura 1. Fluoroscopia de la Válvula Protésica

1 Velo inmóvil



Apertura Adecuada de ambos velos





estructurales/funcionales cardíacos (histología, ecocardiografía). Se aplicó Kruskal-Wallis y correlación de Spearman. La sobrevida se analizó por Kaplan-Meier. HFCD redujo la sobrevida a 23,5 días, aumentó la endotoxemia (1,59 EU/mL, $p=0,029$), permeabilidad intestinal (FITC-dextrano 29,7 $\mu\text{g/mL}$, $p=0,0267$; zonulina 10,99 ng/mL, $p=0,0432$) y acortamiento, inflamación y fibrosis del colon, junto a un evidente deterioro funcional cardíaco e hipertrofia ventricular, en comparación al grupo Control.

Resultados: El tratamiento con atorvastatina prolongó la sobrevida a 33 días y mejoró tanto la función cardíaca como el remodelado histológico, sin embargo, potenció aún más la endotoxemia (2,52 EU/mL, $p=0,0003$), alteró la integridad colónica, disminuyó drásticamente la alfa-diversidad microbiana y favoreció la expansión de Akkermansia y Verrucomicrobiota.

Conclusiones: Estos resultados confirman el beneficio cardiovascular de atorvastatina, pero evidencian efectos adversos sobre la homeostasis intestinal, resaltando la necesidad de estrategias complementarias que protejan el eje intestino-corazón en enfermedad coronaria avanzada.

Reprogramación del splicing de mRNA inducido por Doxorrubicina en el tejido cardíaco: hallazgos desde un modelo murino de cardiotoxicidad crónica.

Georthan Mancilla, Ana Liempi, Pablo Castro, Hugo Verdejo, Roberto Munita, Zully Pedrozo

Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile
Laboratorio de Biología del RNA, Departamento de Bioquímica y Biología Molecular, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Chile.

NiFBF, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: La Doxorrubicina (DOX) es un agente quimioterapéutico de amplio uso clínico cuyo principal efecto adverso es la cardiotoxicidad. Aunque los mecanismos clásicos incluyen daño oxidativo, disfunción mitocondrial y apoptosis, la evidencia reciente en cáncer ha postulado que la DOX también altera el procesamiento del RNA, generando variantes de splicing alternativo con potencial impacto en la función cardíaca. Sin embargo, los mecanismos y genes involucrados permanecen poco caracterizados.

Objetivos: Identificar y caracterizar variantes de splicing alternativo asociadas a exposición crónica a DOX en corazones murinos.

Métodos: Se utilizó un modelo de cardiotoxicidad crónica utilizando ratones C57bl/6 hembras (10-12 semanas de edad), que se les administraron dosis semanales de DOX de 6 mg/

Kg (o suero salino para el grupo control), por 5 semanas, más 5 semanas de seguimiento. La función sistólica se evaluó por ecocardiografía. Los corazones fueron extraídos para análisis transcriptómico por RNA-seq ($n=4$). Los eventos de splicing alternativo fueron identificados con rMATS, considerando exclusión de exones (SE), sitios alternativos de corte 5'/3' (A5SS, A3SS), "exones mutuamente exclusivos" (MXE) y retención de intrones (RI). Los genes afectados fueron sometidos a análisis de enriquecimiento funcional (GO, KEGG).

Resultados: La respuesta al tratamiento con DOX fue dual, existiendo un subgrupo con mortalidad prematura (MP) y otro subgrupo que sobrevivió hasta las 10 semanas (MN). Ambos subgrupos desarrollaron atrofia cardíaca y deterioro de la fracción de eyección. El análisis transcriptómico reveló patrones diferenciales de splicing: el grupo MN presentó incremento significativo en RI en cientos de genes, incluyendo genes reguladores del spliceosoma (RBM20, EFTUD2). En cambio, el grupo MP mostró predominio de SE en genes de contracción muscular (RYR2, MYH7, etc.). La comparación directa MN vs MP evidenció una disminución de RI en genes relacionados con splicing.

Conclusiones: La exposición crónica a DOX induce una reprogramación del splicing alternativo en el corazón, afectando genes claves de la contracción y el mismo splicing de mRNA. Estos hallazgos sugieren que la disfunción del procesamiento del RNA constituye un mecanismo adicional en la cardiotoxicidad por DOX.

Financiamiento: FONDECYT-1211270 (HV), FONDECYT-11230662 (RM), FONDECYT-1230650 (ZP), ANID-FONDAP 15130011/ANID-FONDAP APOYO 1523A0008, Fundación de ayuda al corazón (FUNDACOR).

Expresión de receptores de GLP-1 y de GIPR en grasa epicárdica y pericárdica en pacientes con enfermedad coronaria y valvular con fracción de eyección preservada

Marco Mauricio Coello Velastegui, María Paz Ocaranza, Rafael Selman, Matías Ubilla, Cecilia Muñoz, Danae Gutiérrez, Karina Cordero, Diego Altamirano, Jorge Jalil

Hospital DIPRECA
Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

Introducción: El rol patogénico del tejido adiposo que rodea al corazón en la enfermedad cardiovascular es reconocido. Los tejidos adiposos epicárdico (TAE) y pericárdico (TAP) son metabólicamente activos y pueden promover inflamación y remodelado. Además, el agonismo de los receptores incretínicos de GLP-1 (GLP1R) y del polipéptido insulino-trópico dependiente de glucosa (GIPR) produce disminución de obesidad y protección cardiovascular importantes. La



caracterización de estos receptores en el tejido adiposo humano que rodea al corazón es poco conocida en enfermedad cardíaca.

Objetivos: Caracterizar la expresión de GLP-1R y GIPR en TAE y TAP y la relación con perfil inflamatorio y remodelado cardíaco en enfermedad coronaria (EC) y en enfermedad valvular (EV).

Métodos: Estudio observacional, exploratorio y transversal en 21 pacientes con fracción de eyección preservada sometidos a cirugía cardíaca electiva 11 enfermedad coronaria (EC) y 10 enfermedad valvular (EV). Se obtuvieron muestras de TAE, TAP para análisis de GLP-1R/GIPR por Western blot, plasma para análisis de citocinas proinflamatorias (IL-6, TNF- α , PCRus) y se midieron parámetros ecocardiográficos. Se aplicaron pruebas de Shapiro-Wilk, t de Student/Mann-Whitney U y correlaciones de Pearson/Spearman ($p < 0,05$).

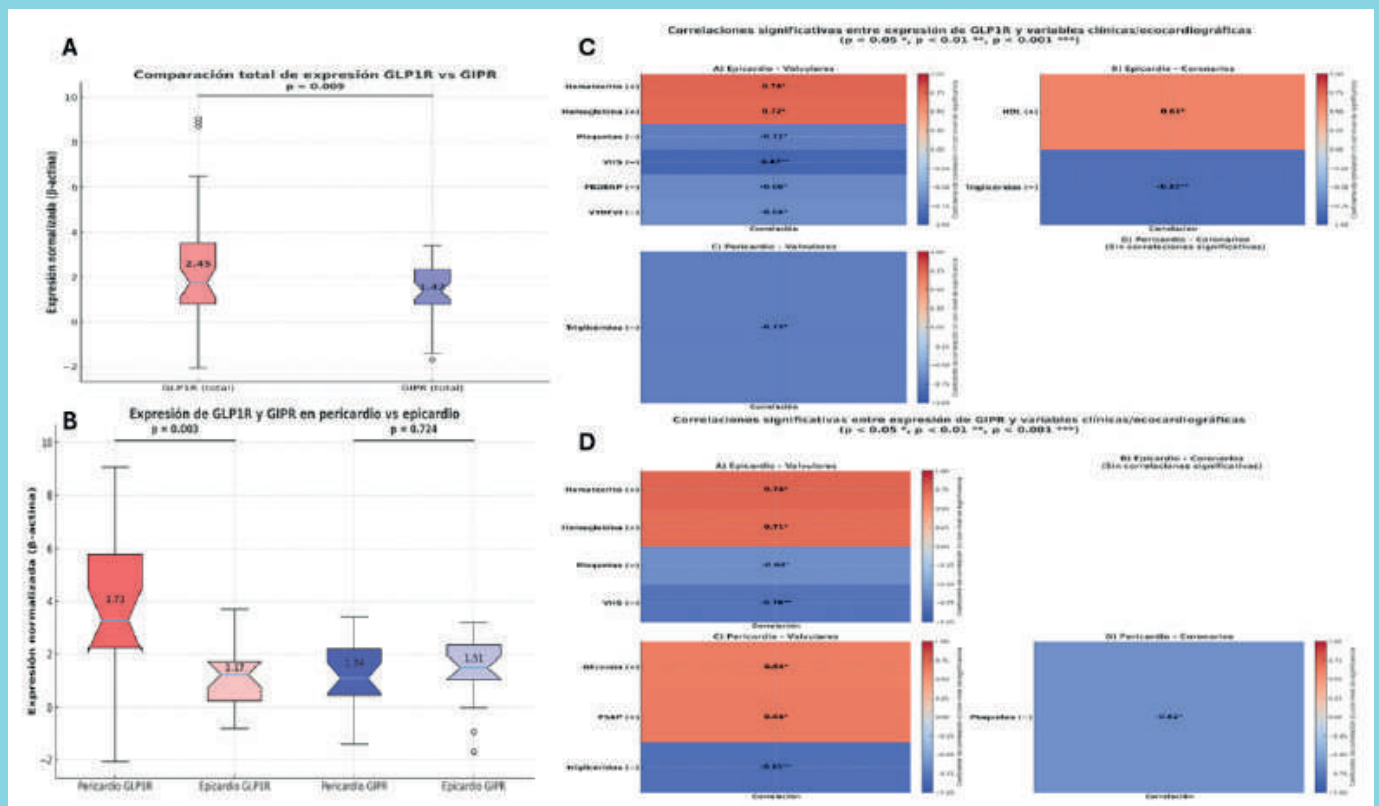
Resultados: GLP-1R mostró mayor expresión que GIPR en tejido adiposo ($2,45 \pm 2,1$ vs. $1,42 \pm 1,3$; $p = 0,009$) (Fig. 1 A), predominando en pericardio frente a epicardio ($3,73 \pm 2,5$

vs. $1,17 \pm 0,9$; $p = 0,003$) (Fig. 1 B). No se hallaron diferencias globales entre EC y EV, aunque GIPR epicárdico tendió a ser mayor en EV ($2,06 \pm 1,4$ vs. $0,98 \pm 0,6$; $p = 0,077$). En EV, GLP-1R epicárdico correlacionó negativamente con hematócrito ($r = -0,74$; $p = 0,013$), hemoglobina ($r = -0,72$; $p = 0,019$), VHS ($r = -0,87$; $p = 0,001$), proBNP ($r = -0,66$; $p = 0,038$) y VTDFVI ($r = -0,64$; $p = 0,047$). En EC, GLP-1R epicárdico se asoció con HDL elevado ($r = 0,61$; $p = 0,047$) y triglicéridos bajos ($r = -0,82$; $p = 0,002$) (Fig. 1 C). GIPR pericárdico en EV se relacionó con glicemia ($r = 0,64$; $p = 0,048$), PSAP ($r = 0,64$; $p = 0,044$) y triglicéridos ($r = -0,82$; $p = 0,004$). (Fig. 1 D).

Conclusión: Este es el primer estudio donde la expresión de GLP-1R y GIPR en grasa cardíaca humana es compartimento y etiología dependiente. Se requiere mayor estudio clínico en terapia y en otras áreas. GLP-1R se vincula con remodelado e inflamación en EV y con metabolismo lipídico en EC. GIPR tiene asociaciones complementarias.

Financiamiento: Fondecyts 1231685 y 1221585, Anillo ACT240058).

Figura 1. Expresión de GLP1R y GIPR en tejido adiposo epicárdico y pericárdico y sus correlaciones.





El retro-enantiómero de angiotensina-(1-9) previene el desarrollo de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada.

**María Paz Ocaranza, Camilo Venegas, Camila Candia,
Marcela Hermoso, Luigi Gabrielli, Javier Osvaldo Morales,
Felipe Oyarzún, Danae Gutiérrez, Jorge Jalil**

**División Enfermedades Cardiovasculares,
Pontificia Universidad Católica de Chile
Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile
Facultad de Ciencias Químicas, Universidad de Chile**

Introducción: Describimos el primer retro-enantiómero (RE) del sistema renina-angiotensina (SRA), un péptido mimético de angiotensina-(1-9) [Ang-(1-9) RE]. Este se une al receptor AT₂, presenta mayor estabilidad química y propiedades antihipertensivas y cardioprotectoras in vivo en comparación con Ang-(1-9). Sin embargo, los efectos de Ang-(1-9) RE en la presión arterial, alteraciones estructurales, tolerancia al ejercicio e infiltración miocárdica de macrófagos en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (IC-FEP) se desconocen.

Objetivo: Determinar si la administración de Ang-(1-9) RE previene la hipertensión, daño cardíaco, disfunción diastólica e infiltración de macrófagos proinflamatorios (CCR2+MHCII+) en un modelo preclínico de IC-FEP.

Métodos: Se utilizaron ratones machos C57BL/6N de 12 semanas de edad, que fueron randomizados a 3 grupos experimentales: dieta control, dieta alta en grasas (HFD, 60% kcal de grasa) + L-NAME (L, 0.65 g/L en agua de bebida) y HFD+L+Ang-(1-9) RE [1200 ng/kg min] administrado por minibombas osmóticas durante 15 semanas. Se determinaron la presión arterial sistólica (SBP) y diastólica (DBP), la tolerancia a la glucosa (TG), la tolerancia al ejercicio (TE), la función cardíaca y la infiltración de macrófagos proinflamatorios CCR2+MHCII+ en el corazón.

Resultados: (media \pm SEM, n=8-12/grupo). En comparación con HFD+L, los ratones HFD+L+Ang-(1-9) RE mostraron \downarrow SBP (137 \pm 4 vs 155 \pm 3, p<0.01), DBP (96 \pm 4 vs 128 \pm 2, p<0.01) y área bajo la curva de la TG (p<0.001, F=22.4). Los ratones HFD+L+Ang-(1-9) RE vs HFpEF \uparrow la TE (473 \pm 31 vs 365 \pm 28 mts, p<0.01). El grosor del septum y de la pared posterior fueron \uparrow en los ratones HFpEF vs HFD+L+Ang-(1-9) RE (p<0.0001, F=10.6 y p<0.0001, F=14.6, respectivamente). En los ratones HFD+L+Ang-(1-9) RE vs HFpEF, el tamaño de la aurícula izquierda y la disfunción diastólica \downarrow (p<0.001, F=35.6) y la FE fue normal en todos los grupos. En el miocardio de los ratones HFD+L+Ang-(1-9) RE, los macrófagos CCR2+MHCII+ \downarrow vs HFpEF (p<0.001, F=12.7).

Conclusión: El péptido Ang-(1-9) RE previno la IC-FEP al \downarrow la presión arterial, la intolerancia a la glucosa, la disfunción

diastólica, la hipertrofia cardíaca y los macrófagos proinflamatorios en el miocardio. Estos resultados abren un camino para el diseño de nuevas familias de péptidos miméticos que podrían contribuir a mejorar la terapia para la IC-FEP. FONDECYT 1221585, ANILLO ACT240058, FONDAP 15130011

Asntígeno CA125 como parámetro de seguridad en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca

**Cesar Del Castillo, Francisca Araya, Gabriel Valle,
María Luisa Von Chrismar, Pamela León, Roberto Concepción**

Hospital Dipreca

Introducción: El antígeno CA125 es un biomarcador emergente de congestión en insuficiencia cardíaca (IC), con potencial utilidad en la optimización de la terapia diurética.

Objetivo: Evaluar la asociación entre niveles ambulatorios de CA125 y eventos clínicos en pacientes con IC.

Métodos: Cohorte prospectiva bicéntrica de pacientes ambulatorios con IC en seguimiento especializado, libres de hospitalización en los últimos 3 meses. Tras la evaluación basal, se realizó seguimiento a 6 meses. El desenlace primario fue un combinado de hospitalización por IC o intensificación de terapia diurética. Se definió CA125 elevado como >35 U/mL, NT-proBNP alto como >125 pg/mL y NT-proBNP muy alto como >2000 pg/mL.

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes, con edad de 68 \pm 17 años y 81% hombres. La miocardiopatía no isquémica fue más frecuente (58%) y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en promedio fue de 38 \pm 12%. El desenlace primario ocurrió en 11 pacientes (23%). En el análisis bivariado, se asoció significativamente al desenlace un CA125 elevado (OR 7,7; IC95% 1,7–35; p=0,01) y un NT-proBNP muy alto (OR 4,7; IC95% 1,1–19,6; p=0,04). Los pacientes con eventos presentaron menor FEVI (31,2% vs. 40%; p=0,04), mayor NT-proBNP (8618 vs. 1548 pg/mL; p<0,01) y mayor CA125 (72,6 vs. 24,9 U/mL; p<0,01). En la regresión logística multivariable, ajustada por FEVI, NT-proBNP alto, creatinina y sodio, solo el CA125 elevado se mantuvo como predictor independiente del desenlace primario (OR 9,3; IC95% 1,9–45,1; p<0,01). Esto representa un riesgo 9 veces mayor de hospitalización o intensificación terapéutica en comparación con pacientes con CA125 normal.

Conclusiones: En pacientes ambulatorios con IC, niveles de CA125 >35 U/mL se asociaron de manera independiente con hospitalización por IC o intensificación de tratamiento diurético. Estos hallazgos refuerzan su valor como biomarcador de seguridad, aunque requieren confirmación en cohortes más amplias.



TRABAJOS ORALES

JUEVES 11 DE DICIEMBRE
SALÓN O'HIGGINS / 08:30 – 10:00 Hrs.

Resultados a largo plazo de la revascularización arterial completa con dos mamarias en "Y"

Gustavo Pérez Guerra, Enrique Seguel Soto, Luis Figueroa Niklitschek, Aleck Stockins Larenas, Rodrigo Reyes Melo, Augusto Sassi Balsizan

Universidad de Concepción

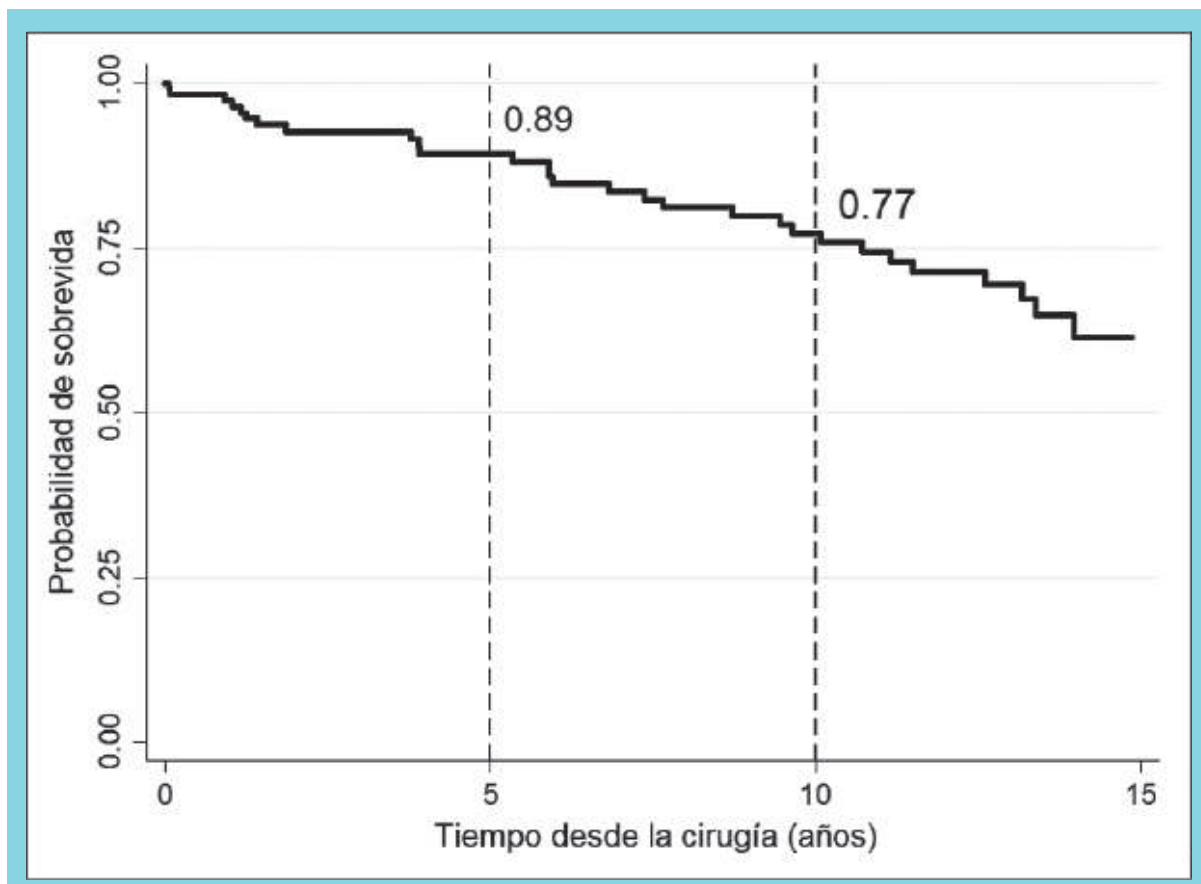
Introducción: La revascularización arterial completa podría ofrecer una mejor sobrevida que la cirugía estándar con una mamaria y venas, especialmente en pacientes jóvenes. La arteria mamaria interna es el injerto con mayor durabilidad. El uso de ambas arterias mamarias internas en Y (BIMA-Y) permite revascularizar todos los territorios del corazón

Objetivos: Analizar los resultados operatorios y a largo plazo de esta técnica quirúrgica.

Material y métodos: Estudio de cohorte de los pacientes operados con técnica BIMA-Y entre diciembre del 2010 has-

ta junio del 2025 en el Hospital Guillermo Grant Benavente (n=114). Se estudian características socio demográficas, de las cirugías, complicaciones y mortalidad a 30 días y sobrevida hasta el 31 de julio 2025.

Resultados: La cohorte corresponde a 93 hombres. Edad promedio fue de 58.4 ± 8.4 años. 93% de los pacientes tenían enfermedad coronaria de 3 vasos y 7% de 2. El EuroScore II promedio fue de $1.1 \pm 1.2\%$. Se efectuaron 3.6 anastomosis distales/paciente: 173 con LIMA (115 a una arteria descendente anterior, 54 a una arteria diagonal y 4 a otros objetivos), y 240 con RIMA (97 a una primera arteria marginal, 46 a una segunda o tercera marginal y 97 a una arteria descendente posterior o posterolateral). Un 21.1% de los pacientes presentó complicaciones operatorias: 10 fibrilaciones auriculares, 4 infecciones superficiales de herida operatoria, 3 neumonías, 2 mediastinitis, 2 dehiscencias esternales, 2 fallas renales agudas, 2 accidentes cerebrovasculares, 1 infarto agudo al miocardio, 1 infección de catéter venoso central, 1 infección urinaria, y 1 bloqueo AV con necesidad de marcapaso permanente. Hubo 1 reoperación por sangrado. Fallece 1 paciente (0.9%) por mediastinitis. Seguimiento promedio 8.5 ± 5.1 años. La sobrevida estimada por método de Kaplan-Meier fue $89.3 \pm 3.1\%$ y $77.2 \pm 4.5\%$ a 5 y a 10 años respectivamente



(Figura 1). Las causas de muerte fueron cardiovasculares en un 35.7% de los casos.

Conclusiones: En esta cohorte, el uso de dos mamarias en "Y" permitió la revascularización de todos los territorios del corazón. Tuvo una baja morbilidad operatoria y excelente sobrevida a largo plazo. Esta técnica beneficia especialmente a los pacientes más jóvenes.

Extracción de la vena safena interna con técnica no-touch, una opción válida cuando los conductos arteriales no se pueden utilizar: experiencia inicial del sur de Chile.

Mauricio Peña Fernández, Manuel Cervetti Beccaria,
Juan Contreras Reyes, Steffi Seitz Alarcón

Hospital Hernán Henríquez

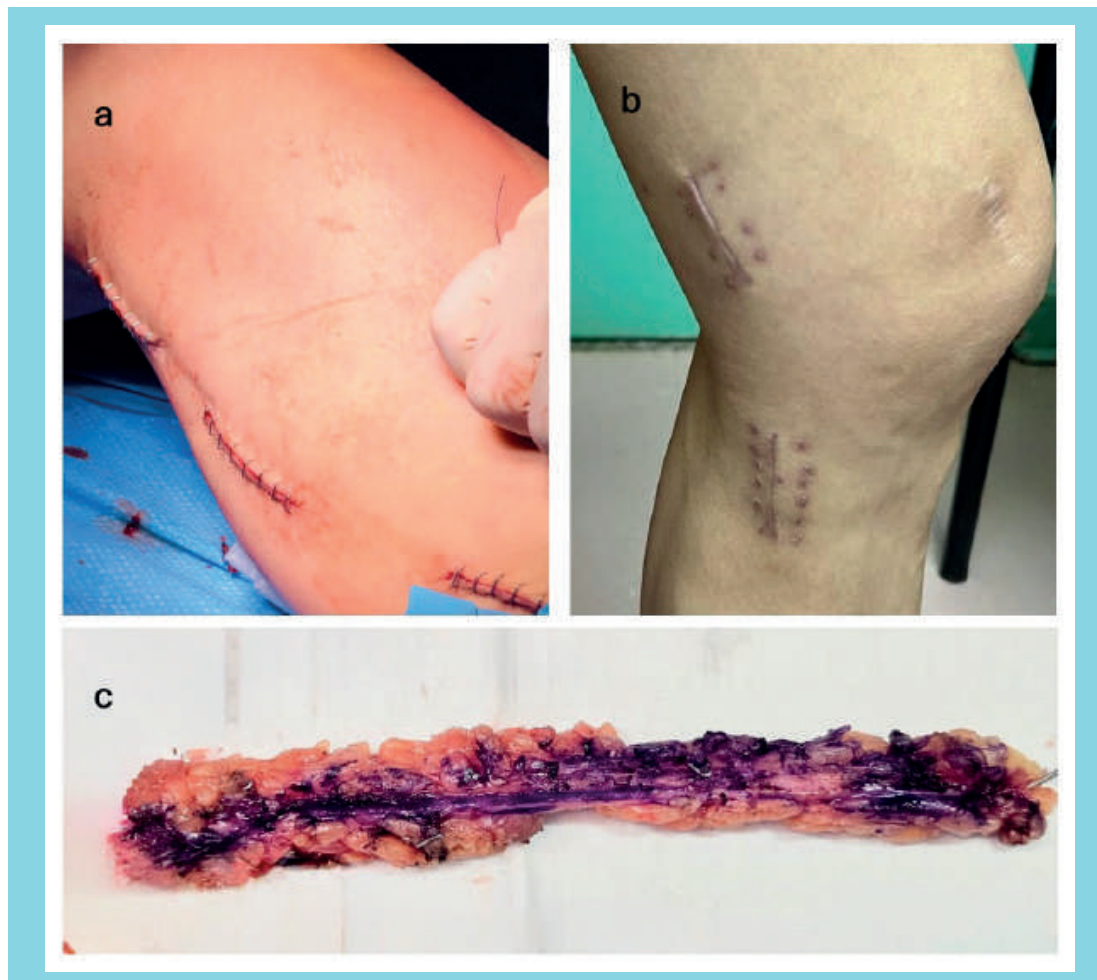
Introducción: La técnica No-Touch (NT) para la extracción de la vena safena interna ha sido reconocida por su potencial en mejorar la permeabilidad de los injertos venosos. Sin embargo, su uso ha generado resistencia debido a la morbilidad local postope-

ratoria. En nuestro centro, se aplicó una versión modificada de la técnica NT, incorporando planificación ecográfica, puentes de piel y cierre por planos.

Objetivos: Evaluar la morbilidad local asociada a la técnica NT modificada en pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica, en contexto de ausencia de conductos arteriales adecuados.

Métodos: Estudio clínico interno, retrospectivo, tipo serie de casos. Se analizaron 40 pacientes operados entre enero y marzo de 2024. Se recopilaban variables demográficas, clínicas, metabólicas y cardiovasculares. Se aplicó estadística descriptiva con STATA v13, incluyendo medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias.

Resultados: La edad media fue de 67.2 años (DE: 8.29), con una distribución por sexo del 52.5% hombres. Se observó una alta prevalencia de hipertensión arterial (87.5%), dislipidemia (77.5%) y diabetes mellitus tipo II (62.5%). El control glucémico resultó subóptimo, con un valor promedio de HbA1c de 7.65%. El 40% de los casos presentó una FEVI < 55%. Predominó el sobrepeso (45%) y la obesidad (25%).





El EuroSCORE II promedio fue de 3.21, clasificándose como riesgo operatorio intermedio. La morbilidad local fue mínima, registrándose únicamente un caso de infección y uno de equimosis (2.5% cada uno). No hubo reintervención

Conclusiones: La técnica NT modificada mostró baja morbilidad local en una serie clínicamente compleja. La planificación quirúrgica y el cierre por planos contribuyeron a minimizar complicaciones. Esta experiencia regional respalda su uso como alternativa segura cuando los conductos arteriales no son opción.

Glosa institucional: El estudio cuenta con protocolo registrado, sin financiamiento externo, y fue desarrollado en el marco de investigación clínica interna del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.

Experiencia inicial en el tratamiento híbrido de la disección aortica tipo 1 de DeBakey

Julio Ibarra; Novajas Manuel; Aránguiz Ernesto;
Quinteros Cesar; Sanchez Sergio

*Servicio de Cirugía cardiovascular
Hospital Gustavo Frické, Viña del Mar

Introducción: El tratamiento de la disección tipo 1 de DeBakey cuando está comprometido el arco aórtico y existen signos de mala perfusión el escenario es complejo para mejorar la mala perfusión visceral y evitar la presurización de la anastomosis distal por persistencia de flujo en el falso lumen. Los procedimientos actuales para evitar la remodelación adversa del resto de la aorta tienen alta morbilidad. El uso de endoprótesis descubierta o cubierta en el arco son una opción de tratamiento.

Objetivo: Evaluar los resultados del tratamiento híbrido de la disección Aortica tipo A en nuestro centro.

Material y Método: Se presenta una cohorte de 35 pacientes(pac.) que ingresaron con una disección aguda tipo A de Stanford a nuestro centro entre agosto del 2022 a Julio 2025. Nueve pac. se trataron con un procedimiento híbrido en el arco aórtico. En 7 pac. se usó la prótesis descubierta AMDS® y en 2 pac. la prótesis Cronus®. Se estudio la mortalidad de la serie, compromiso visceral en el post operatorio, reintervenciones, procedimientos endovasculares posteriores.

Resultados: Presentaron disección tipo 1 de DeBakey 20 pac. y 15 pac. Disección tipo 2. La mala perfusión clínica e imagenológica se presentó en 15 (75%) de los pac. con disección tipo 1 de la serie. La media de seguimiento fue de 9,8 meses. Fueron sometidos a cirugía híbrida 9 pac.(45%). La mortalidad a 30 días de toda la serie incluyendo las disecciones tipo 1 y 2 fue de 7 pac.(20%). En la serie de disecciones tipo 1 fue de 6 pac.(30%), en la serie híbrida fue de 4 pac.

(44%). Se presentó accidente vascular y falla renal nuevo en un pac. de la serie híbrida (25%) vs falla renal en 5 pac. (45%) y Nuevo accidentes vascular en 4 pacientes(36%). En ninguno de los pac. de la serie híbrida persistió el falso lumen vs 8 pac. en la cirugía convencional (72%).

Conclusiones: Los resultados iniciales de nuestra serie muestran una tendencia hacia la mejoría del síndrome de mala perfusión, la no persistencia del falso lumen distal, menor ocurrencia del accidente vascular. Sin embargo existe mayor Mortalidad que la serie de cirugía convencional en las disecciones tipo 1 de DeBakey.

Resultados quirúrgicos en comunicación interventricular postinfarto: Experiencia en un centro de cirugía cardíaca

Juan Pablo Retamal Campodonico, Santiago Besa Bandeira,
Günther Krogh Martino

Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

Introducción: La comunicación interventricular postinfarto es una de las complicaciones mecánicas más letales del infarto agudo de miocardio, con una incidencia actual estimada entre 0.2 y 0.5% en la era de la reperfusión. Se presenta típicamente entre 3 y 7 días tras un IAM transmural, producto de la necrosis y ruptura septal. La mortalidad sin tratamiento quirúrgico se aproxima al 90% en las primeras dos semanas. La cirugía es el tratamiento definitivo, pero conlleva una mortalidad operatoria elevada (20–60%), especialmente si se realiza en contexto de shock cardiogénico. Esta situación convierte a la CIV postinfarto en una urgencia quirúrgica de alta complejidad.

Objetivo: Describir la experiencia de nuestro centro en el tratamiento quirúrgico de la CIV postinfarto, enfatizando los aspectos clínicos, quirúrgicos y del manejo perioperatorio.

Métodos: Se desarrolló una serie de casos retrospectiva incluyendo todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente por CIV postinfarto en nuestro centro entre 2020 y 2025. Se recopilaron variables clínicas, ecocardiográficas, operatorias y de evolución postoperatoria. Análisis estadístico: Descriptivo. Variables continuas como media \pm DE o mediana [RIC]; categóricas como frecuencia y porcentaje.

Resultados: Se intervinieron 9 pacientes (edad media 65.2 años; 55.5% hombres). El 100% presentó IAM transmural documentado, siendo el territorio anterior el más frecuente (77.7%). La mediana de días entre IAM y cirugía fue de 4 días. La localización de la CIV fue apical en 7 pacientes e inferior en 2. Se utilizó parche de pericardio bovino y técnica de exclusión en 100% de los casos. Se utilizó ECMO pre operatorio como asistencia en contexto de shock cardiogénico en



5 pacientes (55.5%), 3 sin ECMO y 1 con ECMO post op. Se realizó CABG concomitante en 3 pacientes (33.3%). Las principales complicaciones fueron Falla ventricular con necesidad de ECMO post op, reintervención por sangrado y reoperación por CIV residual. La mortalidad intrahospitalaria fue del 33.3% (3 pacientes).

Conclusión: La cirugía de la CIV postinfarto continúa siendo una urgencia cardiovascular de alta complejidad. Nuestra experiencia demuestra que una estrategia quirúrgica individualiza del uso adecuado de soporte hemodinámico y una ventana de intervención adecuada pueden contribuir a mejores resultados, incluso en escenarios de alto riesgo.

Experiencia inicial de programa anomalías arterias coronarias en centro cardiovascular del sur de Chile

Carlos Muñoz Rodríguez, Jennifer González Amigo, Juan Contreras Reyes, Eduardo Ramírez Gómez, Danilo Pérez González, Marcelo Godoy Zamorano

Hospital Hernán Henríquez

Introducción: Origen anómalo de las arterias coronarias (AOCA) es un defecto cardiovascular congénito que pueden presentarse de diversas maneras según el origen, el curso y la terminación coronaria anormal. El diagnóstico puede ser

incidental y la presentación clínica es variable: asintomáticos, síndrome coronario agudo (SCA), insuficiencia cardíaca, arritmias y muerte súbita (MS).

Objetivo: Escribir la experiencia de pacientes con AOCA que requirieron intervención quirúrgica entre 2021-2024 en un centro cardiovascular del sur de Chile.

Materiales y métodos: Serie de casos, estudio descriptivo.

Resultados: Siete pacientes fueron operados entre 2021-2024 con AOCA. Todos presentaron síntomas de isquemia. El estudio se realizó mediante ecocardiograma, coronariografía, angioTC coronario y resonancia magnética cardíaca. La edad promedio de presentación fue 49 años (rango 16 a 67). Los motivos de consulta fueron: SCA (3 casos), MS (2 casos), síncope (1 caso) y taquicardia ventricular (1 caso). De los pacientes con AOLCA, se dividieron en tronco coronario izquierdo con defecto intramural, tronco coronario izquierdo con salida desde seno coronario derecho y trayecto interarterial e intramioacárdico (2 casos). Respecto a AORCA, salida arteria coronaria derecha desde tronco coronario izquierdo y curso intraarterial (2 casos), arteria coronaria derecha con salida desde seno valsalva izquierdo (2 casos). Los pacientes con AOLCA dos requirieron cirugía transconal y uno cirugía de destechamiento. De los pacientes con AORCA, 3 pacientes requirieron reimplantación arteria coronaria derecha y uno cirugía revascularización coronaria. La mortalidad fue de

Pacientes	Edad	Síntomas	Anomalías de las arterias coronarias
Nº1	16	Muerte súbita (MS)	Arteria coronaria principal izquierda que surge con un curso intramural (AOLCA)
Nº2	66	Síncope	Arteria coronaria principal izquierda que surge del seno derecho de Valsalva con un curso interarterial e intramioacárdico (AOLCA)
Nº3	60	Síndrome coronario agudo (SCA)	Arteria coronaria derecha que se origina desde la arteria coronaria principal izquierda con un curso intraarterial (AORCA)
Nº4	45	Taquicardia ventricular	Arteria coronaria principal izquierda que surge del seno derecho de Valsalva con un curso interarterial e intramioacárdico (AOLCA)
Nº5	65	Síndrome coronario agudo	Arteria coronaria derecha que se origina desde el seno izquierdo de Valsalva (AORCA)
Nº6	25	Muerte súbita	Arteria coronaria derecha que se origina desde la arteria coronaria principal izquierda con curso intramural e intraarterial (AORCA)
Nº7	67	Síndrome coronario agudo	Arteria coronaria derecha que se origina desde el seno izquierdo de Valsalva (AORCA)



un 0% y en seguimiento posterior se mantienen asintomáticos sin evidencias de isquemia.

Conclusiones: La correcta identificación de las AOCA permite un manejo adecuado que puede incluir cirugía cardíaca. En nuestro centro, operamos a 7 pacientes sin complicaciones.

Resultados del programa de trasplante corazón del hospital guillermo grant benavente

Enrique Seguel, Fabricio Fasce, Patricio Cordova, Aleck Stockins, Camila Canales, Constanza Araneda

Hospital Guillermo Grant Benavente

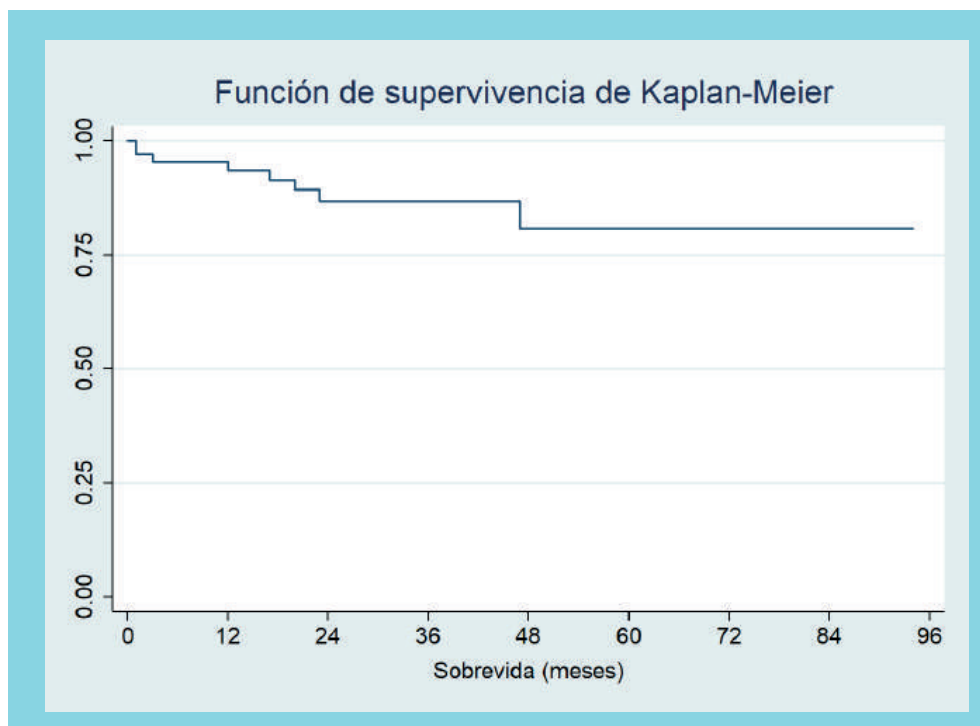
Introducción: El programa de trasplante cardíaco del Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB) comenzó el 2017. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados inmediatos y a mediano plazo del programa.

Método: Estudio descriptivo de los pacientes trasplantados en el HGGB entre mayo 2017 y agosto 2025 (N= 78). Se describen las características clínicas de receptores y donantes; las intervenciones; las complicaciones post operatorias; la mortalidad a 30 días y la supervivencia hasta el 31 de agosto 2025.

Resultados: Los receptores corresponden a 64 hombres (82%): Edad promedio 49,6 años (16 – 65 años). El diagnóstico correspondió a miocardiopatía dilatada en 48, isquémica en 17, valvular en 4 y otras causas en 9 (3 por displasia arritmogénica, 2 por miocardiopatía hipertrófica en fase dilatada,

2 por antraciclina, 1 no compactada y 1 miocarditis de células gigantes). Fracción de eyección promedio del ventrículo izquierdo 19,6% (15 – 25%). El PRA promedio fue 5,5% (0 – 60%). Diez pacientes con cirugías previas. 55 pacientes con dispositivos (40 DAI y 15 TRC). El estatus de urgencia fue IA en 17 (1 en asistencia con Centrimag®, 9 con ECMO), IB en 26 y II en 36. El tiempo de espera promedio fue 44,1 días (18 para estatus IA, 33 para estatus IB y 61 para estatus II). Los donantes correspondieron a 56 varones con edad promedio de 35 años (rango 16 – 55). El mismatch promedio fue 2,5% (-32 – 62%). El tiempo promedio de isquemia fría fue 194 minutos (rango 60 – 268). En el post operatorio hubo 8 pacientes que requirieron ECMO por disfunción del injerto. Hubo 5 exploraciones por sangrado y una por dehiscencia esternal, 2 hemopericardios que se solucionaron por punción; un ACV hemorrágico que requirió una craneotomía descompresiva y un ACV embólico del tronco. Dos pacientes requirieron marcapasos. A los 30 días fallecen 5 pacientes (6,4%). El seguimiento promedio fue 29 meses. Fallecen 6 pacientes. La supervivencia al año fue 91% y a 5 años 85,9%.

Conclusiones: La incorporación del HGGB a la red de trasplante permitió ofrecer este tratamiento a pacientes de la Red Sur portadores de insuficiencia cardíaca terminal de diversas causas, principalmente miocardiopatía dilatada e isquémica. El programa permitió aumentar la cobertura de donantes hacia el sur del país. Los resultados inmediatos y a mediano plazo son comparables con lo descrito en la literatura internacional.





TRABAJOS ORALES

JUEVES 11 DE DICIEMBRE

SALÓN PRAT / 08:30 – 10:00 Hrs.

Fibrilación auricular paroxística y su asociación con enfermedad coronaria

Alfredo Parra Lucares, Hector Ugalde Prieto

Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: La fibrilación auricular (FA) paroxística es la arritmia cardíaca más frecuente a nivel mundial, con incidencia creciente debido a su relación con la edad. En Chile, su asociación con enfermedad coronaria (EC) y síndrome coronario agudo (SCA) está poco explorada, pese a que en urgencias muchos pacientes con FA paroxística presentan angina, infradesnivel del ST o troponinas elevadas.

Objetivo: Determinar la prevalencia y predictores de EC significativa en FA paroxística.

Métodos: Estudio prospectivo, unicéntrico, en 189 pacientes sin EC previa, seleccionados de 20.500 coronariografías entre 1992–2024 en nuestro laboratorio de hemodinamia. Se excluyeron a 18 pacientes con EC documentada previa (9 con bypass coronario, 7 con infarto previo, 2 con intervención coronaria percutánea previa), resultando en una cohorte de 189 pacientes. Se definió EC significativa como obstrucción luminal $\geq 50\%$ en al menos una arteria coronaria mayor o sus ramas principales ($\geq 70\%$ para ramas, $\geq 50\%$ para tronco coronario izquierdo). Se determinaron variables demográficas y clínicas, y se compararon pacientes con y sin EC mediante regresión logística uni- y multivariada.

Resultados: Edad media 67 años, 56,6% hombres, 70,4% hipertensos, 18% diabéticos. Clínicamente, 66% reportó angina, 42% troponinas elevadas, 29% cambios del ST, 19% alteraciones ecocardiográficas y 5% pruebas de isquemia positivas. La prevalencia de EC fue 11,6%. Las lesiones afectaron principalmente ADA (74%), ACx (44%) y ACD (44%); 48% tenían enfermedad de un vaso, 26% de dos y 4% de tres. En el análisis multivariable, sexo masculino (OR 0.28, IC 95% 0.10–0.84, $p=0.023$), hipertensión (OR 5.01, IC 95% 1.25–20.19, $p=0.023$) y prueba de isquemia positiva (OR 8.72, IC 95% 1.85–41.02, $p=0.006$) fueron predictores independientes. No hubo mortalidad intra ni post-procedimiento; complicaciones menores ocurrieron en 3% de los pacientes estudiados.

Conclusión: La prevalencia de EC en FA paroxística fue baja y sin impacto en mortalidad. Hipertensión y prueba de isquemia positiva identifican a los pacientes con mayor riesgo, orientando de mejor manera la selección de estudios invasivos.

Diferencias género específicas en factores descompensantes y presentación clínica en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca. resultados registro genesis (registro género específico en sujetos hospitalizados con insuficiencia cardíaca en santiago).

Paola Varleta, Tomás Carrasco, María Teresa Arau, Franco Chianale, Constanza Valenzuela, Alicia Tapia, David Chilikuinga, Giovanna Valentino, Mónica Acevedo

Fundación SOCHICAR, Hospital Clínico P.
Universidad Católica de Chile

Introducción: La falla cardíaca (HF) produce alta morbi-mortalidad y reducción de la calidad de vida. Desde el registro ICARO (2013), no disponemos de información sobre la presentación clínica y tratamiento de HF en Chile. Así mismo, no existe reporte sobre las diferencias por sexo en HF en el país.

Objetivo: Determinar la presentación clínica, causas descompensantes, y tratamiento en pacientes hospitalizados con HF, realizando análisis sexo-específico.

Métodos: Registro observacional y prospectivo, en 2 hospitales de Santiago. Ingresaron sujetos ≥ 18 años, hospitalizados por HF aguda de novo, o HF crónica descompensada. En este reporte se analizan los primeros 204 pacientes. Se realizó un análisis descriptivo y según sexo. Se compararon diferencias a través de prueba de chi cuadrado para variables categóricas y prueba T o Mann-Whitney según la distribución de las variables continuas.

Resultados: 204 pacientes (127 hombres y 77 mujeres), edad promedio 69a. Presentaron HF con fracción de eyección reducida (HFrEF) 81 hombres (64%) y 25 mujeres (33%), $p<0.001$; HF con fracción de eyección levemente reducida (HFmrEF) 18 hombres (14%) y 12 mujeres (16%), $p=0.783$, y HF con fracción de eyección preservada (HFpEF) 28 hombres (22%) y 40 mujeres (52%), $p<0.001$. Las etiologías más

	HFrEF (FE < 45%)	HFpEF (FE \geq 45%)	p
TECA/ARA2/Sacubitril			
ingreso	57%	55%	0.074
alta	77%	53%	0.001
FUROSEMIDA/HCTZ			
ingreso	45%	48%	0.787
alta	64%	59%	0.458
β-BLOQUEO			
ingreso	63%	64%	0.856
alta	89%	75%	0.011
BLOQ. MINERALOCORTICOIDES			
ingreso	40%	19%	0.001
alta	75%	43%	<0.001
SGLT2			
ingreso	35%	27%	0.144
alta	72%	49%	<0.001
4 FANTÁSTICOS beta-ARALDINE + Group 1 PPAR agonist + SGLT2 + 3 diuretics with other diuretics			
ingreso	25%	14%	0.0045
alta	58%	23%	<0.001



frecuentes de HF en hombres fueron: isquémica (42%), hipertensiva (28%) e idiopática (17%). En mujeres: hipertensiva (39%), isquémica (22%) e idiopática (9%). La presencia de fibrilación auricular/flutter al ingreso fue 40% en hombres, y 58% en mujeres, $p=0.159$. La insuficiencia cardíaca descompensada (hombres 64% y mujeres 53%) y el edema pulmonar agudo (hombres 21% y mujeres 26%) fueron las presentaciones clínicas más frecuentes. La FA/flutter, el síndrome coronario agudo y la insuficiencia renal aguda fueron las principales causas descompensantes. El NT-proBNP de ingreso en hombres y mujeres fue 15.349 y 9067 pg/mL ($p=0.232$). Para el análisis de fármacos al ingreso y al alta, se dividió la población según $FE \geq 45\%$ y $<45\%$ (tabla). No hubo diferencia significativa en la mortalidad intrahospitalaria: 3.5% HFpEF y 2.5% HFrEF.

Conclusión: En hospitalizados por HF, el fenotipo más frecuente en mujeres es HFpEF y en hombres, HFrEF, siendo la etiología más prevalente en hombres la isquémica, y en la mujer, la hipertensiva. El uso de medicación según guías mejoró significativamente al alta, pero en HFrEF, el uso de los 4 fantásticos, es aún bajo.

Diferencias en el acceso a cuidados cardiológicos avanzados en el infarto miocárdico de acuerdo con el sexo y su impacto en la mortalidad intrahospitalaria

Gonzalo Martínez, María Ignacia Allende, Juan Francisco Bulnes, Alberto Fuensalida, Alejandro Martínez, Paula Muñoz Venturelli

Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

Introducción: La incidencia, factores de riesgo y mortalidad del infarto miocárdico (IM) presentan marcadas diferencias entre hombres y mujeres. No existe claridad sobre si el acceso a cuidados avanzados en el IM difiere de acuerdo con el sexo.

Objetivos: Analizar en pacientes con IM el acceso a cuidados avanzados y la mortalidad intrahospitalaria (MIH) y sus diferencias de acuerdo con el sexo.

Métodos: Análisis retrospectivo del Grupo Relacionado por Diagnóstico (GRD) chileno, con información de los egresos de 65 hospitales del país entre los años 2018 a 2024. Se identificó IM con el código CIE-10 I21 como primer diagnóstico de ingreso y reconoció como cuidados avanzados i) el acceso a Unidad Cardiológica Monitorizada (UCO); ii) Coronariografía; y iii) Revascularización Miocárdica (trombolisis, angioplastia y cirugía de revascularización miocárdica). Se analizó la asociación entre sexo y MIH con regresión logística multivariada en modelos aditivos.

Resultados: Se identificaron 56.208 pacientes con IM.

Edad promedio $64,5 \pm 12,7$ años, 30,5% mujeres. Las mujeres fueron significativamente mayores y presentaron una mayor carga de factores de riesgo, con excepción de tabaquismo. La MIH global (cruda) fue de 8,6%, pero difirió por sexo: hombres 7,7% vs. mujeres 10,5% ($p < 0,001$). Las mujeres tuvieron un significativo menor acceso a cuidados avanzados (análisis multivariado, tabla 1): UCO OR 0,81 (0,76-0,85); Coronariografía OR 0,95 (0,91-0,99); Terapia de reperfusión OR 0,53 (0,51-0,55). Al analizar diferencias en MIH de acuerdo con el sexo en modelos multivariados aditivos (tabla 2), se observó una significativa mayor MIH en mujeres en modelo 1 (ajustado por edad) OR 1,09 (1,03-1,17); en modelo 2 (ajustado por edad + factores de riesgo y gravedad del infarto) OR 1,15 (1,06-1,34); pero no en modelo 3 (ajustado por modelo 2 + acceso a cuidados avanzados) OR 1,04 (0,96-1,12).

Conclusión: En esta base de datos nacional de pacientes con IM, las mujeres presentaron una significativa mayor MIH, mayor carga de factores de riesgo y menor acceso a cuidados cardiológicos avanzados. Nuestros resultados sugieren que el factor determinante en la diferencia en MIH por sexo es el acceso diferencial a cuidados avanzados cardiológicos.

Salud cardiovascular ideal y riesgo de eventos cardiovasculares mayores en una cohorte poblacional: estudio MAUCO 2014–2024

Claudia Bambs Sandoval, Hugo Verdejo Pinochet, Laura Huidobro Muñoz, Franco Godoy Herrera, Sandra Cortés Arancibia, Javiera Léniz Martelli, Fabio Paredes Peñaloza, Claudia Marco Cáceres, Caterina Ferreccio Read

Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile, Universidad Católica del Maule, Universidad de Chile, Instituto de Salud Pública

Antecedentes: la relación entre salud cardiovascular ideal (SCV) y la incidencia de eventos cardiovasculares mayores (MACE) ha sido poco estudiada en poblaciones latinoamericanas con alta carga de enfermedades crónicas.

Métodos: se analizaron 7.661 participantes de la cohorte MAUCO (Maule, Chile central) reclutados entre 2014 y 2020. Se excluyeron quienes tenían enfermedad cardiovascular previa. Se evaluaron 2 desenlaces: MACE clásico de 3 puntos (infarto agudo de miocardio no fatal, accidente cerebrovascular no fatal y muertes cardiovasculares) y MACE extendido que incluye lo anterior más insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica crónica y enfermedades ateroscleróticas o vasculares mayores. Se realizó un análisis de sobrevida para estimar tasas de incidencia y razones de riesgo (HR) de MACE clásico y MACE extendido según número de métricas de SCV (score Life's Simple 7, American Heart Association 2010) ajustadas por edad, sexo y nivel educacional. Los aná-



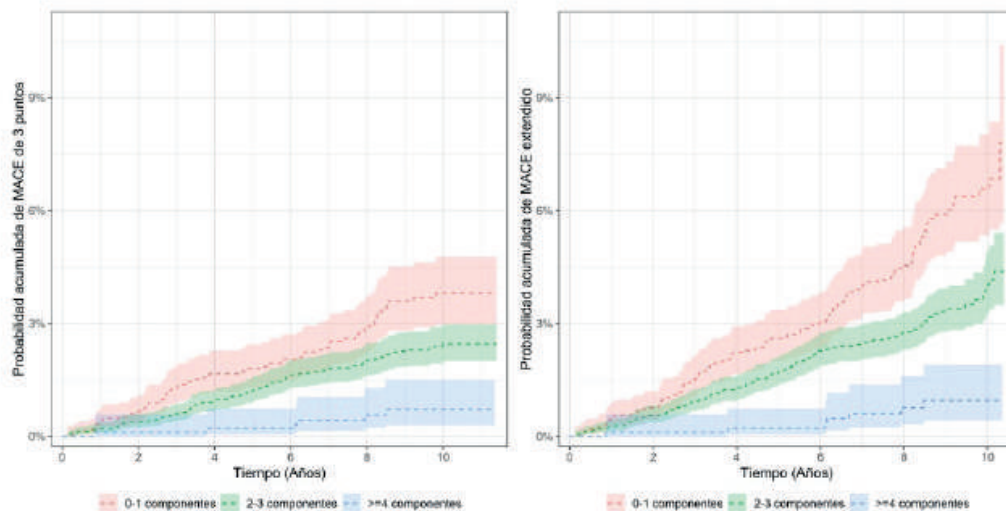
lisis se realizaron con el software estadístico R 4.1.1. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: la media de seguimiento fue 7,9 años. Se registraron 382 muertes y 253 MACE, incluyendo 68 muertes de causa cardiovascular. 28% de los participantes presentó 0–1 y solo 0,4% presentó 6–7 métricas de SCV ideal. La probabilidad acumulada de presentar MACE clásico a 10 años fue de 0,7%, 2,4% y 3,8% en el grupo con ≥ 4 , 2–3 y 0–1 métricas de SCV ideal, respectivamente. Para MACE extendido la probabilidad acumulada fue 0,9%, 4,4% y 7,8% para las mismas categorías de SCV ideal. Ajustado por covariables, la presión arterial ideal, la glicemia ideal y el no fumar se

asociaron a una reducción significativa del riesgo de MACE extendido en 54% (HR 0,46 IC95%: 0,3–0,71), 32% (HR 0,68 IC95% 0,53–0,88) y 32% (HR 0,68 IC95% 0,53–0,89) respectivamente.

Conclusión: la población de la cohorte MAUCO presenta un bajo nivel de salud cardiovascular ideal. Sin embargo, existe un gradiente inverso y escalonado entre el número de métricas de salud cardiovascular ideal y la incidencia de eventos cardiovasculares mayores. La presión arterial, la glicemia y el tabaquismo emergen como principales objetivos de estrategias preventivas poblacionales e individuales para reducir la morbilidad cardiovascular en esta población.

Incidencia acumulada de eventos cardiovasculares mayores y razón de riesgos según métricas de salud cardiovascular ideal: Cohorte MAUCO 2014–2024



Métricas	Hazard Ratio ¹ (IC 95%) ajustado	
	MACE clásico ²	MACE extendido ³
No fumador	0.67 (0.49-0.91)*	0.68 (0.53-0.89)*
Índice de masa corporal <25kg/m ²	1.18 (0.8-1.75)	0.94 (0.66-1.33)
Dieta saludable	0.32 (0.04-2.32)	0.48 (0.12-1.94)
Actividad física ≥ 3 veces/semana	0.5 (0.22-1.13)	0.59 (0.31-1.11)
Colesterol total <200 mg/dL	1.05 (0.78-1.41)	1.03 (0.8-1.32)
PAS ⁴ <120 y PAD ⁵ <80 mmHg	0.62 (0.38-0.995)*	0.46 (0.3-0.71)**
Glicemia <100 mg/dL	0.65 (0.48-0.88)*	0.68 (0.53-0.88)*

¹ Modelo de Cox fue ajustado por todas las variables mostradas en la tabla más edad, sexo y nivel educacional.

² MACE clásico de 3 puntos: eventos cardiovasculares con desenlace mayor (infarto al miocardio, infarto cerebral y muertes de causa cardiovascular).

³ MACE extendido: MACE clásico más insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica crónica y enfermedades ateroscleróticas o vasculares mayores.

⁴ PAS: presión arterial sistólica

⁵ PAD: presión arterial diastólica

* valor $p < 0,05$

** valor $p < 0,001$



Percepción de los profesionales de la salud sobre la perspectiva de género en enfermedades cardiovasculares: estudio semicuantitativo

Cheryld Mutel González, Mauricio Soto Vásquez, Jennifer Carolina González Amigo, Carlos Ignacio Muñoz Rodríguez, Danilo Javier Pérez González

Hospital Hernán Henríquez

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres en prevalencia, manifestación clínica y acceso al tratamiento. La implementación de perspectiva de género en práctica clínica cardiovascular requiere evaluación de percepciones profesionales.

Objetivos: Evaluar percepción de profesionales de la salud sobre perspectiva de género en enfermedades cardiovasculares e identificar brechas en formación e implementación práctica.

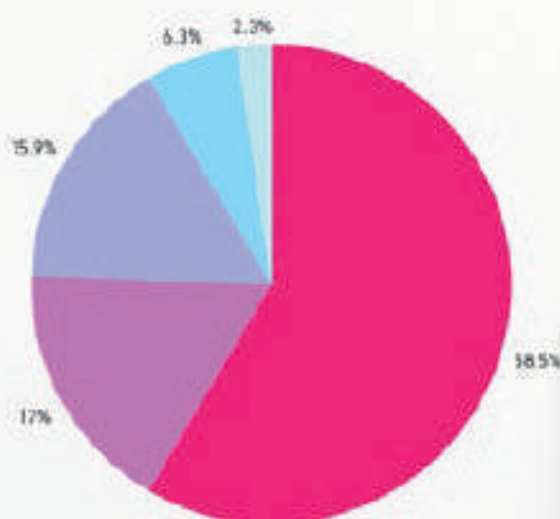
Métodos: Estudio observacional, transversal mediante encuesta estructurada a 176 profesionales de salud de centros

sanitarios chilenos durante agosto 2025. Se evaluaron variables demográficas, percepciones sobre diferencias de género, formación específica, implementación práctica y barreras percibidas. Análisis descriptivo y estratificado por estamento y género del profesional.

Resultados: El 91.5% reconoció diferencias de género en enfermedades cardiovasculares, pero solo 12.5% reportó formación suficiente. El 46.6% adaptaba evaluación según género del paciente y solo 7.4% reportó protocolos institucionales con perspectiva de género. La principal barrera fue falta de formación (58.5%). Las profesionales mujeres percibieron mayor inequidad diagnóstica hacia mujeres que hombres (47.9% vs 27.8%). El 73.6% calificó equidad en tratamiento como poco o algo equitativa.

Conclusiones: Existe alto reconocimiento teórico de diferencias de género en enfermedades cardiovasculares, pero brechas significativas en formación, herramientas institucionales e implementación práctica. Se requieren programas de capacitación específica y desarrollo de protocolos con perspectiva de género.

Principales Barreras para incorporar el enfoque de género en la evaluación cardiovascular



FALTA DE FORMACION

NO LO CONSIDERA NECESARIO

FALTA SENSIBILIDAD EN EL EQUIPO

ESCASEZ DE RECURSOS

OTRAS RAZONES



Infarto agudo al miocardio. evolucion historica en 30 años de registro.

Álvaro Ugalde

Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: El Infarto agudo al miocardio (IAM) es la primera causa de muerte en el país. Se han implementado conductas que mejoran su pronóstico. Esto no se ha explorado en nuestro país, lo que motiva esta presentación que pretende mostrar la evolución del IAM en un periodo de 30 años y analizar la utilización de los nuevos tratamientos y sus resultados

Método: Registro consecutivo de pacientes con IAM desde 01/1988 a 12/2017. Se revisan características clínicas, estudio, tratamiento, evolución hospitalaria y a 5 años. Se separan en 6 grupos de 5 años y se comparan las características estudiadas, para esto se utiliza la prueba de chi cuadrado o t de student, con un $p < 0.05$ como significativo

Resultados: 2683 pacientes totales, los grupos están formados por 369,486,506,575,431 y 308 pacientes. Edad media 60.6 años, similar en los grupos, 77% sexo masculino, también similar. Cae algo el tabaquismo y suben la hipertensión y dislipidemia. El dolor torácico es el síntoma principal de consulta, con leve disminución, la hora de consulta disminuye de 9 a 6h, y la de ingreso, de 11.4 a 9.8, el Killip inicial disminuye, también el % de supradesnivel st (82 a 67) y el infarto anterior (49 a 42). Mejora la terapia de reperfusión de 25 a 50%, especialmente por el uso de Angioplastia primaria (0.5 a 48), mejora el uso de aspirina (84 a 100%), otro antiagregante (0 a 95%). Disminuyen las complicaciones (58 a 27%), aumenta el uso de ecocardiograma (70 a 93%) y de coronariografía (58 a 99%), consiguientemente la revascularización (19 a 83%). Disminuyen los días de hospitalización (20 a 8) y lo más relevante, la mortalidad (20 a 7%). Al alta aumenta el uso de aspirina (90 a 99%), b-bloqueo (32 a 85%), IECA (22 a 68%), estatinas (0 a 99%) y otro antiagregante plaquetario (3 a 90%) y al seguimiento disminuye la mortalidad a 5 años (27 a 13%).

Conclusiones: Este registro muestra los cambios que han ocurrido en el manejo del IAM a lo largo del tiempo y se aprecia claramente la mejoría en terapia de reperfusión, especialmente angioplastia primaria, la aplicación de terapia farmacología más adecuada, la mayor agresividad en estudiar a los pacientes y en revascularizar a los que lo requieren, y al final de esto, una clara mejoría en la mortalidad tanto hospitalaria como en el seguimiento. Hay algunas cosas que aun requieren mejoría, pero, la conclusión clara es que hemos mejorado.

TRABAJOS ORALES

JUEVES 11 DE DICIEMBRE

SALÓN O'HIGGINS / 08:30 – 10:00 Hrs.

Implementación de un protocolo de aislamiento y cultivo primario de células intersticiales valvulares humanas como un modelo de estenosis aórtica in vitro

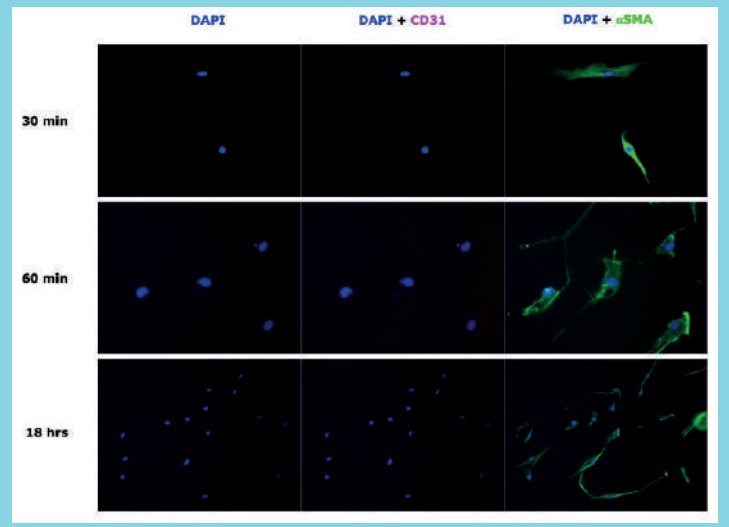
Esteban Romero Hernández, Sergio Bustamante Muñoz,
Rafael Selman Abuchaipe, Matías Ubilla Silva, Camilo Gutiérrez Rojas,
Claudio Zamorano Young, Zully Pedrozo Cibils.

Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: La estenosis aórtica (EA) es la valvulopatía más frecuente del adulto, y la fibrocalcificación de sus vellos la etiología más prevalente. Siendo el reemplazo valvular quirúrgico o percutáneo la única terapia efectiva actual. La diferenciación hacia un fenotipo osteoblástico de las células intersticiales valvulares (CIV) es el fenómeno fisiopatológico fundamental. Estas células se han convertido en el blanco de estudio etiológico y potencial diana terapéutica. Sin embargo, su cultivo representa un gran desafío.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue implementar un protocolo de aislamiento y cultivo de CIV humanas provenientes de muestras de valvulares de individuos adultos portadores de estenosis aórtica, como modelo in vitro para el estudio de la EA.

Métodos: Se reclutaron muestras de válvula aórtica explantada en cirugía de reemplazo valvular aórtico de pacientes portadores de EA fibrocalcífica en el Hospital Clínico





Universidad de Chile (N=4). Estas fueron procesadas en ventanas temporales y concentraciones diferentes de colagenasa II. Se detectaron los marcadores para CIV (a-SMA) y células endoteliales (Cd31) usando inmunocitoquímica.

Resultados: Para la digestión enzimática se probaron concentraciones crecientes de Colagenasa II (0,8, 1 y 2,5 mg/mL) y diferentes tiempos (30 minutos, 1, 4 y 18 horas). Fue posible aislar células vivas, posterior a 30 min y 1 hora de digestión con concentraciones de 2,5 y 0,8 mg/mL respectivamente, al igual que a 18 horas. Las células aisladas fueron positivas para el marcador a-SMA, y no se observó señal para Cd31. Además, estas fueron capaces de replicarse tras diferentes pasajes, indicando que pueden utilizarse para varios tipos de experimentos in vitro a futuro.

Conclusión: Se describe un protocolo exitoso de cultivo in vitro de CIV, extraídas de muestras de válvulas aórticas explantadas durante cirugía de estenosis aórtica fibrocálcica en individuos adultos. Este protocolo es un modelo factible, robusto y reproducible, que utiliza tiempos cortos de digestión, permitiendo la replicación y viabilidad de las mismas tras varios pasajes que aporta valiosamente en el estudio de los mecanismos fisiopatológicos que intervienen en esta enfermedad, con el fin de aportar en el conocimiento y diseño de potenciales dianas terapéuticas. *Financiamiento: Fundación de ayuda al corazón (FUNDACOR), Proyecto Fondecyt 1230650 y Beca de Doctorado Nacional ANID.

Implementación de registro de pacientes y biorrepositorio del proyecto aortic-chile: un estudio sobre enfermedad aórtica en pacientes chilenos

Franco Samuel Araya Bascuñán, César Paulsen,
Federico Turner, Juan Francisco Calderón

Clínica Alemana, Instituto Nacional del Tórax

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en Chile, con más de 33 mil defunciones registradas en 2022. Dentro de ellas, la enfermedad aórtica (AD) constituye un conjunto heterogéneo de condiciones genéticas, congénitas y adquiridas que afectan la integridad de la aorta y pueden derivar en aneurismas, disecciones o roturas. A pesar de los avances médicos, la ausencia de registros clínicos estructurados y biorrepositorio, ha limitado la comprensión de sus trayectorias clínicas y bases moleculares.

Objetivo: En este contexto, el proyecto AORTIC-Chile busca implementar una plataforma que integre un registro clínico estandarizado y un biorrepositorio de tejido aórtico, con el fin de consolidar datos clínicos, sociodemográficos y

genómicos que permitan generar evidencia para el diagnóstico temprano, la estratificación del riesgo y el desarrollo de terapias personalizadas en pacientes chilenos.

Materiales y método: Para ello se diseñó un registro de pacientes en REDCap a partir de la adaptación de instrumentos internacionales y nacionales, conformando un registro con 10 formularios que incluyen cuestionarios de calidad de vida como EQ-5D y SF-36. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AD atendidos en el Instituto Nacional del Tórax, previa firma de consentimiento informado. Durante procedimientos quirúrgicos se recolectaron fragmentos de tejido aórtico considerados como desecho, procesados para cultivo celular ex vivo, preservación y extracción de ADN genómico compatible con análisis WES y WGS. Todas las muestras y su almacenamiento fueron gestionados mediante la plataforma NorayBanks, asegurando trazabilidad y confidencialidad.

Resultados: Como resultado se logró implementar un registro clínico en REDCap con formularios estandarizados, establecer protocolos para el tratamiento y preservación muestra clínicas y derivados para análisis ómicos y consolidar una plataforma de biorrepositorio con registro seguro en NorayBanks. AORTIC-Chile constituye la primera infraestructura nacional que combina un registro clínico con un biorrepositorio de tejido aórtico, lo que representa un avance estratégico para la investigación clínica y molecular en el país y abre la posibilidad de un abordaje más preciso y personalizado de la enfermedad aórtica dentro de la población chilena.

Redefiniendo la evaluación de la raíz aórtica: estandarización del diámetro máximo cúspide a cúspide en la imagen multimodal

J. Rodrigo Fernández, Axel Hernández Pineda, Gisela Teixido Tura,
Javier Solsona Caravaca, Ruperto Olivero Soldevila, Jorge Jalil Milad,
Paul McNab Martin, Luigi Gabrielli-Nervi, José Rodríguez Palomares

Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica,
Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona

Antecedentes: La medición precisa de la raíz aórtica es crucial, ya que la indicación quirúrgica depende de umbrales exactos. Las guías ESC 2024 recomiendan medir “cúspide a cúspide” por TC/RMC, pero existe debate sobre si usar el punto medio (MID) o el diámetro máximo (MAX). Persiste la duda sobre cuál se correlaciona mejor con la ecocardiografía transtorácica (ETT), el método con mayor evidencia pronóstica.

Objetivo: Determinar el método óptimo de medición de la raíz aórtica evaluando reproducibilidad y correlación con ETT.

Métodos: Se incluyeron voluntarios sanos, pacientes con

116

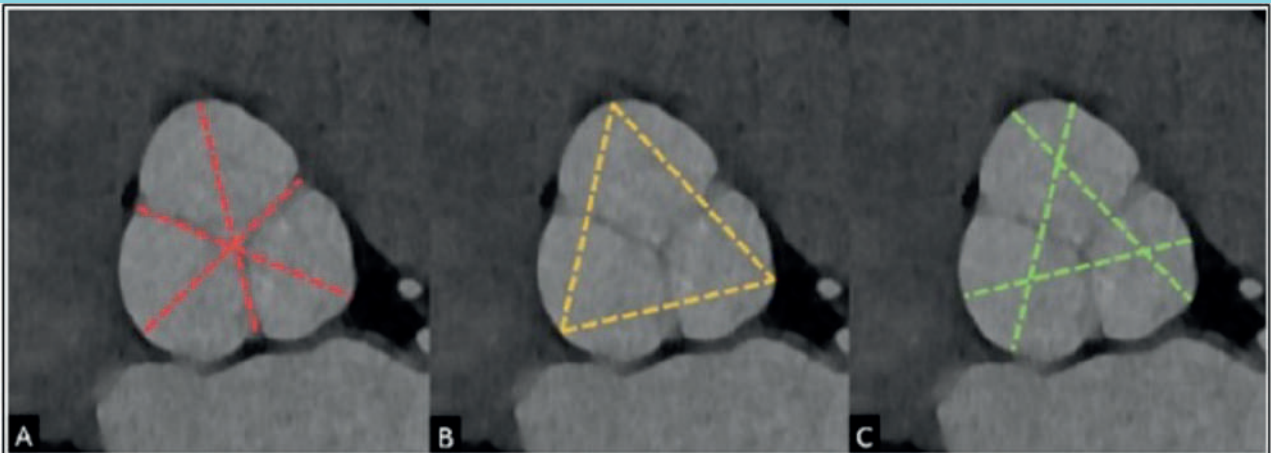


Figura 1. Diferentes enfoques para la medición de la raíz aórtica. **A.** Diámetro cúspide a comisura (CC): definido como una línea central desde el punto medio de la cúspide hasta la comisura opuesta. **B.** Diámetro cúspide a cúspide en el punto medio (MID): definido como la línea que intersecciona los centros de las cúspides. **C.** Diámetro máximo cúspide a cúspide (MAX): definido como la mayor distancia posible entre los bordes de las cúspides.

válvula aórtica bicúspide (BAV) y con enfermedad aórtica torácica hereditaria (HTAD), con ETT y TC/RMC previas (≤ 12 meses, ≤ 6 meses en HTAD). Dos expertos midieron diámetros cúspide a comisura (CC), MID y MAX en TC/RMC; en ETT se usó el método borde a borde. Se evaluó variabilidad intra/interobservador mediante coeficiente de correlación intraclass (CCI) y concordancia con ETT mediante coeficiente de Lin.

Resultados: Se incluyeron 103 pacientes (65 con diámetros 30–40 mm, 22 < 30 mm, 16 > 40 mm). Grupo BAV presentó fusión RCC-LCC 83% y RCC-NCC 17%. HTAD: Marfan 68%, no sindrómica 16%, Ehlers-Danlos vascular 11%, Loeys-Dietz 5%. La medición MAX produjo diámetros consistentemente mayores que MID (diferencia media: $2,7 \pm 1,2$ mm en RCC-NCC y $4,4 \pm 1,2$ mm en RCC-LCC). Correlación con ETT: CC 0,70, MID 0,76, MAX 0,93 (todos $p < 0,05$).

Tabla 1. Características clínicas de la población				
Parámetro	Población total (n=103)	Grupo bicúspide (n=30)	Grupo HTAD (n=38)	Grupo control (n=35)
Mujer	36 (34%)	8 (27%)	22 (58%)	5 (14%)
Edad (años)	38 \pm 13	38 \pm 12	33 \pm 11	44 \pm 14
Altura (cm)	173 \pm 12	178 \pm 10	173 \pm 12	168 \pm 12
Peso (kg)	73 \pm 15	80 \pm 14	73 \pm 15	66 \pm 13
IMC (kg/m ²)	26 \pm 4	26 \pm 4	25 \pm 4	23 \pm 4
Superficie corporal (m ²)	1,9 \pm 0,2	2,0 \pm 0,2	1,9 \pm 0,2	1,8 \pm 0,2
Frecuencia cardíaca (lat/min)	66 \pm 13	64 \pm 11	67 \pm 14	68 \pm 13
Presión arterial sistólica (mmHg)	122 \pm 15	124 \pm 12	119 \pm 14	121 \pm 21
Presión arterial diastólica (mmHg)	70 \pm 11	72 \pm 10	68 \pm 11	65 \pm 17
Enfermedad aórtica¹				
Estenosis aórtica	0	0	0	0
Insuficiencia aórtica	27 (26%)	16 (53%)	7 (18%)	4 (11%)
Doble lesión aórtica	3 (3%)	3 (10%)	0	0
Diámetros de la raíz aórtica (mm)				
MID RCC-NCC	35,1 \pm 5,3	36,1 \pm 5,2	37,6 \pm 4,1	31,5 \pm 4,5
MID RCC-LCC	34,3 \pm 5,4	33,0 \pm 5,3	34,2 \pm 5,6	31,6 \pm 5,0
MID LCC-RCC	34,8 \pm 5,1	36,8 \pm 4,4	36,8 \pm 3,6	30,8 \pm 4,8
MAX RCC-NCC	37,8 \pm 5,6	38,7 \pm 5,0	40,7 \pm 4,3	33,9 \pm 5,0
MAX RCC-LCC	38,6 \pm 6,2	37,4 \pm 5,9	42,7 \pm 4,4	35,2 \pm 5,6
MAX LCC-NCC	39,1 \pm 5,4	40,6 \pm 4,5	41,7 \pm 4,0	35,1 \pm 5,2
Diámetro ETT PEL	38,7 \pm 5,6	39,5 \pm 5,3	41,3 \pm 4,3	35,0 \pm 5,3
Raíz asimétrica*	23 (22%)	13 (43%)	3 (8%)	3 (9%)
Modalidad de imagen				
Tomografía computarizada cardiovascular	68 (66%)	20 (67%)	30 (80%)	18 (47%)
Resonancia magnética cardiovascular	35 (34%)	10 (33%)	5 (14%)	20 (53%)
Mediana del intervalo entre TCC y RMC y ETT	1,4 (0,4; 4,0)	1,8 (0,3; 9,6)	1,8 (0,4; 4,1)	1,1 (0,4; 2,3)

Los datos se expresan como número (porcentaje), media \pm DE, o mediana (RIC).

MID = Diámetro cúspide a cúspide en el punto medio; MAX = Diámetro máximo cúspide a cúspide; RCC = Cúspide coronaria derecha; LCC = Cúspide coronaria izquierda; NCC = Cúspide no coronaria; ETT = Ecocardiografía transtorácica; PEL = Vista parasternal de eje largo; TCC = Tomografía computarizada cardiovascular; RMC = Resonancia magnética cardiovascular.

* Asimetría de la raíz aórtica definida por una diferencia ≥ 5 mm entre cualquiera de los diámetros MID.

(*) Más que leve.

Tabla 2. Correlación entre el diámetro L-L en ETT de la raíz aórtica y las diferentes convenciones de diámetro de RCC a NCC mediante TCC y RMC.

	ETT diámetro L-L	Diámetro cúspide a cúspide en punto medio				Diámetro máximo cúspide a cúspide			
	Media (mm)	Media (mm)	Diferencia	Bland-Altman*	CCC de Lin†	Media (mm)	Diferencia	Bland-Altman*	CCC de Lin†
Grupo bicúspide	39,5 \pm 5,3	36,1 \pm 5,2	3,4 \pm 2,5†	3,4 (-1,6; 8,5)	0,73 (0,59–0,86)	38,7 \pm 5,0	0,9 \pm 2,0†	0,9 (-3,0; 4,7)	0,91 (0,85–0,97)
Grupo HTAD	41,3 \pm 4,3	37,6 \pm 4,1	3,7 \pm 2,2†	3,7 (-0,6; 8,0)	0,61 (0,47–0,75)	40,7 \pm 4,3	0,6 \pm 2,2†	0,6 (-3,8; 5,0)	0,86 (0,77–0,94)
Grupo control	35,5 \pm 5,3	31,5 \pm 4,5	3,5 \pm 1,6†	3,5 (0,4; 6,6)	0,75 (0,65–0,85)	33,9 \pm 5,0	1,1 \pm 1,4†	1,1 (-1,6; 3,8)	0,94 (0,91–0,98)
Población total	38,7 \pm 5,6	35,1 \pm 5,3	3,5 \pm 2,1†	3,5 (-0,6; 7,7)	0,70 (0,70–0,82)	37,8 \pm 5,6	0,9 \pm 1,9†	0,9 (-2,9; 4,6)	0,93 (0,91–0,96)

Los datos se expresan como media \pm DE.

ETT L-L = Ecocardiografía transtorácica, medición de borde a borde; RCC = Cúspide coronaria derecha; NCC = Cúspide no coronaria; TCC = Tomografía computarizada cardiovascular; RMC = Resonancia magnética cardiovascular; CCC = Coeficiente de correlación de concordancia.

* Bland-Altman: prueba para evaluar la concordancia entre las mediciones de ETT y TCC/RMC, expresada como sesgo y límites de concordancia (inferior, superior).

† Coeficiente de correlación de concordancia de Lin: prueba de consistencia entre mediciones de ETT y TCC/RMC, reportada con un intervalo de confianza del 95%.

‡ $p < 0,05$.



Reproducibilidad interobservador: MID 0,97, MAX 0,99 ($p < 0,05$); intraobservador: MID 0,99, MAX 1,00 ($p < 0,05$).

Conclusiones: El método MAX no solo obtiene los mayores diámetros, sino que presenta mejor concordancia con ETT y excelente reproducibilidad, lo que favorece su uso en seguimiento longitudinal y comparaciones entre modalidades. Se requieren más estudios para confirmar su valor pronóstico.

El aumento del tejido adiposo epicárdico en pacientes con síndrome metabólico disminuye precozmente con un agonista del receptor de GLP1

Paul MacNab, Luigi Gabrielli, Paulina Jofré, Jongsun Lim, Mariana Boncompite, Douglas Greig, Amelia Quiroz, María P. Ocaranza, Jorge Jalil

Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

Introducción: El aumento del tejido adiposo epicárdico (TAE) genera mayor presión externa sobre el corazón y liberación de citoquinas proinflamatorias que promueven remodelado, fibrosis y disfunción diastólica. Existe evidencia importante del beneficio de los agonistas del receptor de GLP1 en el tratamiento de pacientes con falla cardíaca con fracción de eyección preservada, pero a pesar de su indicación actual en pacientes con obesidad y síndrome metabólico (SM), su rol protector cardiovascular más allá de la reducción de la obesidad es menos conocido. Hemos planteado que el uso de agonistas del receptor de GLP1 en pacientes con SM puede reducir precozmente la grasa pericárdica.

Objetivos: Comparar el grosor del TAE de sujetos normales vs pacientes con SM y evaluar el efecto del agonista del receptor de GLP1 liraglutide después de 3 meses de tratamiento sobre el grosor del TAE.

Métodos: Se compararon 18 sujetos sanos (edad $52 \pm 1,7$ años, 10 mujeres, IMC $23,4 \pm 2,5$ Kg/m²) y 23 pacientes con SM (edad $54,9 \pm 14$ años, 12 mujeres, IMC $33,6 \pm 0,61$ Kg/m²). A los pacientes con SM se les administró liraglutide durante 12 semanas (0,6 mg/d sbc x primeras 2 sems, 1,2 mgsbc/d x 2 sems adicionales y 1,8 mg sbc/d x 8 semanas más). El grosor del TAE se midió por ecocardiograma usando metodología convencional con la que hemos reportado previamente buena reproducibilidad y poca variabilidad intra e inter observador (Congreso Sochicar 2024).

Resultados: (promedio \pm ES). El grosor del TAE fue $3,6 \pm 0,15$ cm en sujetos sanos y $5,1 \pm 0,25$ cm en los pacientes con SM ($p < 0,001$). Luego de 12 semanas de tratamiento con liraglutide los pacientes con SM redujeron el peso en 6 % ($p < 0,01$) que se asoció a disminución del grosor del TAE en

18% ($p < 0,02$). La función diastólica VI, inicialmente normal en estos pacientes ($E/e' = 8,7 \pm 2,9$, $E/A = 1,01 \pm 0,07$), no se modificó.

Conclusiones: El grosor del TAE está aumentado significativamente en pacientes con SM sin falla cardíaca. El agonismo del receptor de GLP1 disminuye precozmente la grasa pericárdica además de reducir la obesidad. Fondecyt 1231685, 1221585, Anillo ACT240058.

Disfunción del ventrículo derecho e insuficiencia tricuspídea como predictores de respuesta a la terapia de resincronización cardíaca: estudio observacional en 72 pacientes

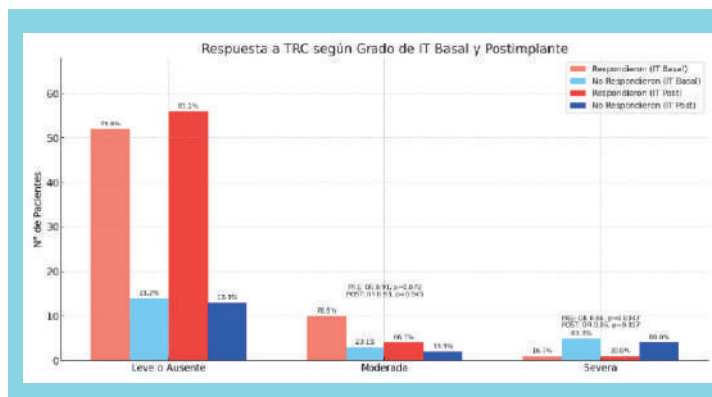
Sebastián Sanhueza, Alex Bittner, Damian Urbina, Javier Alegira, Josefina Castillo, Alejandro Paredes, Ismael Vergara

Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica

Introducción: La respuesta a la terapia de resincronización cardíaca (CRT) es variable y depende de múltiples factores estructurales y funcionales. En este estudio evaluamos el impacto de la disfunción sistólica del ventrículo derecho (VD) y de la insuficiencia tricuspídea (IT) basal y su evolución ecocardiográfica como predictores de respuesta a la CRT.

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida sometidos a CRT entre 2020 - 2023. Se incluyeron los pacientes con registro de parámetros de ventrículo derecho pre y post implante (72/153). Se definió respuesta como mejoría en al menos un punto de la clase NYHA más aumento $\geq 5\%$ en la FEVI o reducción $\geq 15\%$ del diámetro telesistólico del VI al año. Se evaluaron parámetros ecocardiográficos de función del VD (TAPSE, FAC, onda S, diámetro VD) y grado de IT según criterios de la ASE.

Resultados: 29 pacientes (40,3%) eran mujeres, con una edad promedio de 65,8 años. El 80,6% presentaba bloqueo completo de rama izquierda (BCRI), y la FEVI basal pro-



medio fue de 27.2%. Al momento del implante, 21 pacientes (29.2%) presentaban disfunción sistólica del VD; esta cifra disminuyó a 18 pacientes (25.0%) postimplante. La disfunción del VD basal se asoció con menor FEVI postimplante (30.6% vs 40.5%, $p = 0.001$) y se asoció también con menor tasa de respuesta clínica: (71.4% vs 92.0%; OR: 0.22; IC95%: 0.05–1.01; $p = 0.060$). En el subgrupo con disfunción basal del VD, aquellos cuya función mejoró mostraron mayor tasa de respuesta clínica (66.7% vs 41.7%), aunque sin significancia estadística ($p = 0.488$; OR: 2.8; IC95%: 0.46–16.93). La distribución de los pacientes con insuficiencia tricuspídea fue respecto al basal: 6 pacientes (8.3%) no presentaban IT, 46 (63.9%) tenían IT leve, 13 (18.1%) moderada y 6 (8.3%) severa. La IT basal agrupada mostró asociación significativa con la respuesta a CRT (78.8% con IT leve o menos, 76.9% con IT moderada, y solo 16.7% con IT severa; $p = 0.0047$). El análisis extendido combinando IT basal y su evolución mostró una asociación significativa ($p = 0.0079$). Los pacientes con IT severa basal que no mejoraron no respondieron (0%) versus el 50% que desarrollaron IT severa post implante (OR 2.0, 0.05 – 78, $p = 1$).

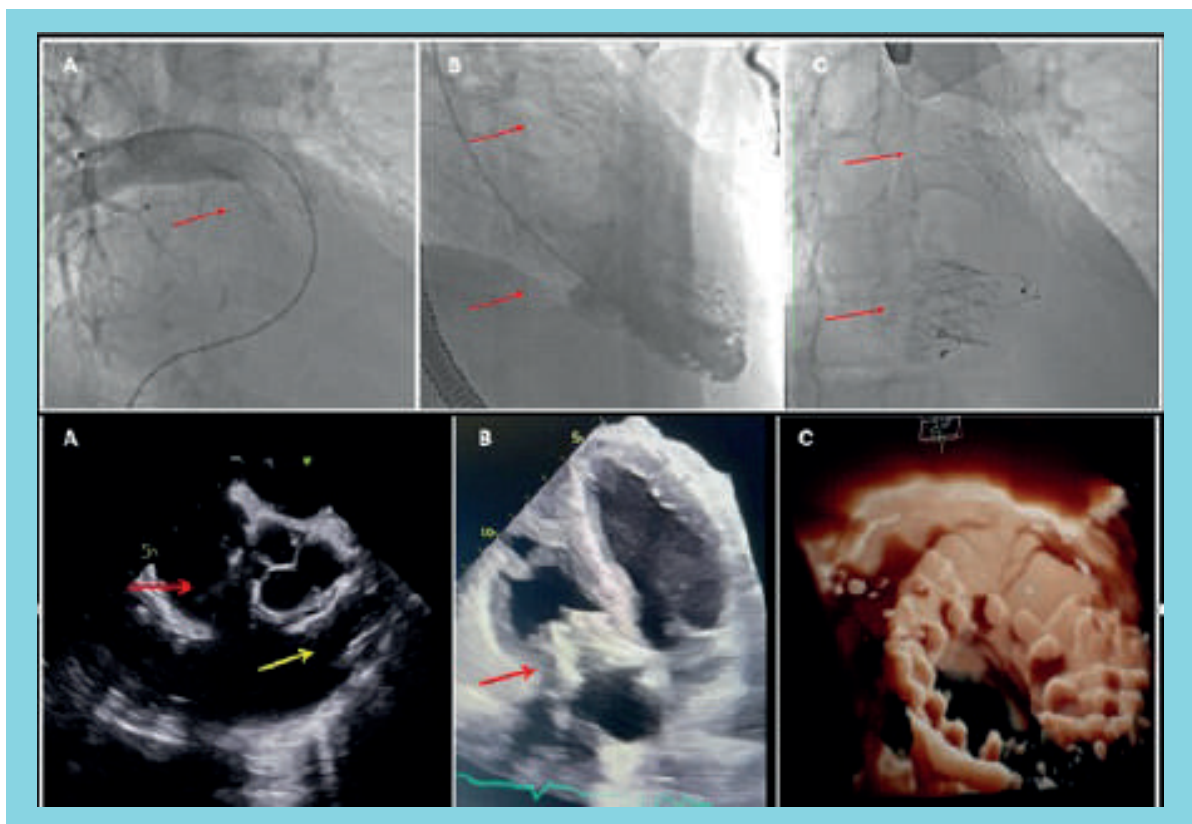
Conclusión: La disfunción del VD se asocia con peor recuperación de la función ventricular izquierda y a menor respuesta clínica tras la TRC. Asimismo, la presencia de IT severa basal o adquirida se relaciona con una tasa de respuesta menor.

Serie inicial de implantes exitosos de válvula tricuspídea ortotópica LUX en Chile

Nicolás Veas, Luis Pérez, Reinaldo Venegas, Manuel Méndez, Fernando Verdugo, Martín Valdebenito, Jaime Álvarez, Rodrigo Álvarez, Agustina Niccolai

Clínica BUPA Santiago

Introducción: La insuficiencia tricuspídea severa representa un desafío terapéutico de alta morbilidad, especialmente en pacientes inoperables o de alto riesgo quirúrgico. En Chile existen tres estrategias percutáneas disponibles: reparación borde a borde, implante heterotópico en vena cava e implante ortotópico tricuspídeo. Este último constituye un avance tecnológico que permite la corrección anatómica directa de la válvula nativa. Serie de casos: Presentamos la experiencia inicial en dos centros de Chile con cuatro pacientes sometidos a implante exitoso de válvula tricuspídea LUX por insuficiencia tricuspídea severa sintomática, todos considerados malos candidatos para triclip y con contraindicación a cirugía convencional. La selección incluyó screening sistemático con angio-TAC cardiaco gatillado, resonancia cardiaca para evaluación de la función del ventrículo derecho y sondeo cardiaco derecho. Todos los pacientes fueron evaluados en Heart Team y quedaron bajo anticoagulación crónica, por lo que la ausencia de contraindicaciones a esta terapia





fue requisito de selección. Uno de los casos correspondió a un paciente con síndrome carcinoide, en el que se implantó además una válvula Harmony en posición pulmonar.

Métodos: Los implantes se realizaron mediante acceso yugular anterior bajo anestesia general y guía combinada ecocardiográfica transesofágica y fluoroscópica. En los cuatro pacientes se logró un posicionamiento preciso y liberación exitosa de la prótesis tricuspídea LUX, con abolición de la regurgitación tricuspídea severa sin complicaciones intraprocedimiento.

Resultados: Todos evolucionaron con mejoría clínica y reducción de clase funcional. El ecocardiograma de control confirmó la ausencia de regurgitación tricuspídea significativa y adecuada función protésica. No se registraron complicaciones relacionadas al dispositivo en el seguimiento inmediato.

Conclusiones: Esta serie describe los primeros implantes exitosos de válvula tricuspídea ortotópica LUX en Chile, confirmando la factibilidad y seguridad del procedimiento en pacientes de alto riesgo. La incorporación de esta tecnología amplía el espectro terapéutico disponible en el país, complementando las técnicas borde a borde y los dispositivos heterotópicos previamente desarrollados.

mente para su colocación.

Materiales y métodos: Presentamos una serie de casos de 3 años de seguimiento de pacientes que fueron a cirugía cardíaca y requirieron de cierre esternal con sistema Stracos entre septiembre de 2022 hasta agosto 2025. A un total de 8 pacientes se les aplicó el sistema Stracos para cierre esternal en el periodo en estudio. 6 de ellos luego de cursar con infección y dehiscencia de su cierre primario con alambres esternales requirieron ATB ev, aseo quirúrgico y VAC y tras lograr una herida limpia fue posible el cierre con Stracos. 2 pacientes fueron a cierre primario con Stracos tras la cirugía cardíaca por alto riesgo clínico de dehiscencia (senilidad, diabetes mal compensada y osteoporosis).

Resultados: Los 8 pacientes tuvieron un cierre satisfactorio con el sistema Stracos, sin necesidad de reintervención desde el implante de este. Durante el seguimiento los pacientes cursaron con estabilidad esternal, sin nuevos episodios de dehiscencia, reacción a cuerpo extraño ni infección del sitio quirúrgico.

Conclusión: Concluimos que el sistema Stracos es un sistema seguro para el cierre esternal que puede ofrecer ventajas en términos de morbilidad y costos sanitarios para pacientes

TRABAJOS ORALES VIERNES 12 DE DICIEMBRE SALÓN PRAT / 08:30 – 10:00 Hrs.

Cierre esternal con sistema de osteosíntesis STRACOS, serie de casos y resultados. 3 años de seguimiento.

Cesar Robinson Quinteros Ibáñez, Ernesto Aránguiz,
Julio Ibarra, Manuel Novajas

Hospital Dr. Gustavo Fricke

Introducción: Sin duda, el cierre esternal y el riesgo de infección o dehiscencia de la esternotomía siguen siendo un problema para los equipos de cirugía cardíaca. El titanio que se usa para los productos del sistema StraCos™ es altamente biocompatible con el cuerpo humano por lo que su uso es seguro. El sistema StraCos™ es el único sistema de osteosíntesis torácico que no requiere de tornillos o alambres porque es un producto que se implanta y ajusta a presión gracias a instrumentos de alta precisión y calidad diseñados específicamente



que cursan con dehiscencia pero especialmente si se aplica desde el post operatorio inmediato a pacientes seleccionados de alto riesgo de dehiscencia esternal.

Validación externa de la puntuación de riesgo de admisión a la unidad de cuidados intensivos cardíacos de la clínica mayo, en pacientes del hospital regional de temuco de chile entre los años 2023 y 2024

Aivonlec Espinoza Contreras, Catalina Fuentes De Celis, Cheryld Mutel González, Rocío Danton Schnettler, Mauricio Soto Vásquez, María Elizabeth Salazar Maulén, Katalina Gallardo Rivera, Daniela Sanzana Díaz, José Valdebenito Santana

Hospital Hernán Enriquez

Introducción: La estratificación de riesgo de los pacientes es un proceso crucial e indispensable en las Unidades de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) para optimizar la toma de decisiones clínicas, actualmente no existen scores validados ampliamente para estas unidades. El score de Puntuación de Riesgo de Admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos Cardíacos de la Clínica Mayo (M-CARS) ha demostrado ser útil en la población estadounidense y tailandesa, se destaca principalmente por su simplicidad al emplear sólo 7 variables para predecir mortalidad (4 clínicas y 3 de laboratorio). Sin embargo, desconocemos la aplicabilidad en la población chilena.

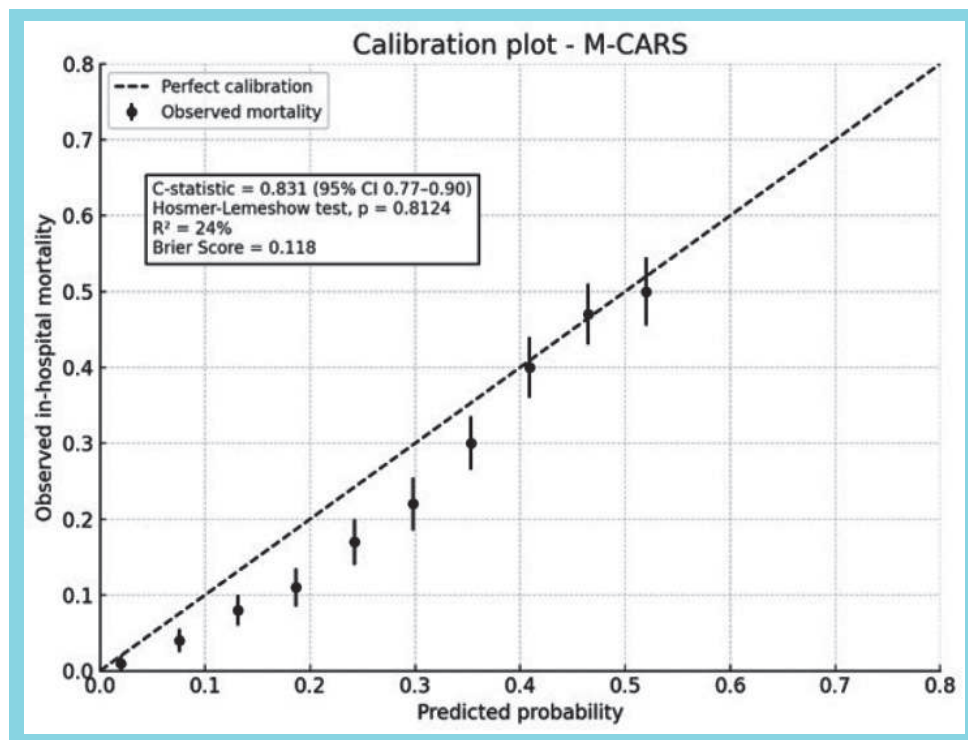
Objetivo: Validar el M-CARS como predictor mortalidad

hospitalaria en todos los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos cardíacos (UCIC) del Hospital Regional de Temuco durante el periodo 2023 - 2024.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en pacientes ingresados en la UCIC del Hospital Regional de Temuco, Chile, entre los años 2023 y 2024. Se recolectaron datos demográficos, clínicos y de laboratorio para calcular el score M-CARS al ingreso.

Resultados: El resultado primario fue la mortalidad hospitalaria. Se evaluó el rendimiento del M-CARS mediante el área bajo la curva ROC (AUC), Brier Score, Calibración de Hosmer-Lemeshow.

Resultados: Se incluyeron un total de 397 pacientes en el análisis estadístico. La mortalidad hospitalaria fue del 11%. El score M-CARS mostró una buena discriminación (AUC = 0.8311; IC 95%: 0.766-0.896) y una buena precisión (Brier Score = 0.118) en predecir probabilidad de mortalidad hospitalaria. El modelo de regresión logística mostró que el puntaje M-CARS se asoció significativamente con un mayor riesgo de mortalidad hospitalaria (OR = 1.89; IC95%: 1.59-2.25; $p < 0.001$), esto implica que por cada punto adicional en el score M-CARS, las probabilidades de mortalidad hospitalaria aumentan en un 89%. La prueba de Hosmer-Lemeshow ($p = 0.8124$) confirma que el modelo M-CARS está bien calibrado. El análisis del índice de Youden identificó un punto de corte óptimo de 0.21; con una sensibilidad del 63.6% y una especificidad del 89.0%.





Conclusión: Los hallazgos sustentan que el M-CARS es una herramienta válida y confiable para estimar el riesgo de mortalidad hospitalaria en paciente críticamente enfermos. Combina simplicidad operativa con buen rendimiento predictivo. Su aplicación clínica podría mejorar la estratificación del riesgo y la toma de decisiones en la UCIC.

Caracterización clínica, paraclínica y evolutiva del síndrome de takotsubo en una unidad coronaria de tercer nivel en Chile

Reynaldo de la Rúa García, Carlos Torres Herrera, Arquímedes Silvio Salazar, Cesar Del Castillo Gordillo, Alberto Francisco Olave Sepúlveda

Hospital de Carabineros

Introducción: El síndrome de Takotsubo, o miocardiopatía por estrés, constituye una causa relevante de disfunción

ventricular aguda, clínicamente semejante al síndrome coronario agudo, pero con etiología y pronóstico diferentes. A nivel nacional, la evidencia disponible se limita a reportes de casos aislados, por lo que este estudio aporta la primera serie de pacientes en Chile, contribuyendo al conocimiento epidemiológico y clínico de esta entidad.

Objetivo: Caracterizar las manifestaciones clínicas, paraclínicas y evolución del síndrome de Takotsubo en una unidad coronaria.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, realizado entre agosto de 2012 y diciembre de 2024 en la Unidad Coronaria del Hospital de Carabineros de Chile. Se incluyeron adultos con diagnóstico confirmado de Takotsubo según criterios modificados de la Clínica Mayo, excluyéndose enfermedad coronaria obstructiva, miocardiopatía dilatada previa y registros incompletos. Se analizaron variables clínicas, ecocardiográficas, electrocardiográficas, terapéuticas y evolutivas.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas, hemodinámicas y antecedentes cardiovasculares de la muestra.

		n	%			n	%
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS				HEMODINAMIA			
Sexo				Inestable		3	15,79%
Femenino		17	89,47%	Estable		16	84,21%
Masculino		2	10,53%	Presión arterial sistólica* (mmHg)		127	23,45
Edad* (Años)		75,21	12,67	Presión arterial diastólica* (mmHg)		70,42	11,04
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS				Frecuencia cardíaca* (lpm)		82,32	27,06
Dolor torácico		14	73,68%	Clasificación de Killip y Kimball			
Disnea		6	31,58%	- KK I		3	15,79%
Síncope		1	5,26%	- KK II		1	5,26%
Síntomas neurovegetativos		9	47,37%	Shock		2	10,53%
Arritmias		8	42,11%	ANTECEDENTES CV			
Estrés gatillante				Hipertensión arterial		16	84,21%
Negativo		16	84,21%	Diabetes mellitus		5	26,32%
No reportado		3	15,79%	Cardiopatía isquémica		3	15,79%
Tipo de Arritmia				Enfermedad renal crónica		2	10,53%
Taquiarritmia sinusal		3	15,79%	Dislipidemias		3	15,79%
Fibrilación auricular		2	10,53%	Hábito tabáquico		1	5,26%
Extrasístole ventricular		2	10,53%				
Extrasístole supraventricular		1	5,26%				

*Media ± Desviación Estándar; CV: cardiovascular

Tabla 2. Características terapéuticas y paraclínicas de la muestra.

Tabla 2. Características clínicas y parámetros de la muestra				Ingreso		Egreso		
	n	%		n	%	n	%	
CORONARIOGRAFÍA								
Sin lesiones	18	94,74%	ECOCARDIOGRAFÍA					
Lesiones coronarias	1	5,26%	FEVI %					
ELECTROCARDIOGRAFÍA								
Ritmo sinusal	17	89,47%	≥ 50% Función sistólica preservada	5	26,32%	3	42,86%	
Taquiarritmia	5	26,32%	40-49% Disfunción sistólica leve	6	31,58%	3	42,86%	
Bradiarritmia	2	10,53%	30-39% Disfunción sistólica moderada	8	42,11%	1	14,29%	
Supradesnivel del segmento ST	10	55,56%	Acinesia apical	8	42,11%	2	25,00%	
Infradesnivel del segmento ST	3	16,67%	Hipercontractilidad basal	4	21,05%	1	12,50%	
Onda T negativa	6	33,33%	Trombo en el ápex ventricular	3	15,79%	0	0,00%	
TRATAMIENTO				CARACTERIZACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA				
Ácido acetilsalicílico	14	77,78%	Apical (Clásica)	14	73,68%			
Clopidogrel	12	68,67%	Medio ventricular	4	21,05%			
Atorvastatina	14	77,78%			Egreso			
IECA/ARA	14	77,78%			0	0,00%	6	31,58%
ISGLT2	2	11,11%					Med	RIQ
MRA	4	22,22%						
Diuréticos	3	16,67%						
Inotrópico	1	5,56%						
VMI	1	5,56%						
ECMO	1	5,00%						
TRATAMIENTO AL ALTA								
Betabloqueantes	12	70,59%						

ECMO: Oxigenación por membrana extracorpórea; **FEVI %:** Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (%); **IECA/ARA:** Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina / Antagonistas del receptor de angiotensina II; **ISGLT2:** Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; **Med:** mediana; **MRA:** Antagonistas de los receptores de mineralocorticoides; **RIQ:** rango intercuartílico; **VMI:** Ventilación mecánica invasiva.



Resultados: Se analizaron 19 pacientes, predominando mujeres (89,47%, n=17) con edad media de 75,21±12,67 años. Los síntomas más frecuentes fueron dolor torácico (73,68%, n=14), síntomas neurovegetativos (47,37%, n=9) y disnea (31,58%, n=6). El estrés gatillante fue negativo en 84,21% (n=16). La hipertensión arterial fue el antecedente principal (84,21%, n=16). La coronariografía fue normal en 94,74% (n=18). En el ECG predominó el ritmo sinusal (89,47%, n=17) y el supradesnivel del ST (55,56%, n=10). Ecocardiográficamente, la variante apical fue la más común (73,68%, n=14). Al ingreso, la disfunción sistólica moderada (FEVI 30-39%) predominó en el 42,11% (n=8), y al egreso, el 42,86% (n=3) fue dado de alta con FEVI >50%. Complicaciones observadas fueron shock cardiogénico en 15,79% (n=3) y fibrilación auricular en 10,53% (n=2). El tratamiento al alta incluyó betabloqueo en el 70,59% (n=12). La mortalidad a los 6 meses alcanzó 31,58% (n=6).

Conclusiones: El síndrome de Takotsubo en esta cohorte chilena afectó principalmente a mujeres mayores hipertensas, con predominio del patrón apical y buena recuperación de la función ventricular al egreso. Sin embargo, la mortalidad a 6 meses fue considerable, lo que evidencia la necesidad de un seguimiento estrecho y la urgencia de desarrollar registros multicéntricos que permitan dimensionar mejor el impacto de esta entidad en la población nacional.

Tratamiento percutáneo Chile mediante dispositivo percutáneo TRICVAVLVE, registro multicéntrico TRV-CHILE seguimiento anual

Alberto Barriá, Bastián Abarca, Nicolas Veas, Martin Valdebenito, German Armijo, Jorge Sandoval

Hospital Clínico Universidad de Chile
Hospital Sótero del Río
Hospital San Juan de Dios
Ins. Nac. Enf. Resp. Y Cirugía Torácica

Introducción: En portadores de reflujo tricúspideo severo, el riesgo de mortalidad en reemplazo quirúrgico registrado

entre 5 y 15%, mayoría casos se opta por tratamiento médico con deterioro progresivo. Hemos presentado recientemente resultados a corto plazo de reemplazo tricúspideo heterotópico prótesis tricvalve siendo exitoso en todos los casos.

Objetivo: evaluar evolución clínica a mediano plazo en pacientes sometidos a tricvalve.

Métodos: portadores IT severa diagnosticado ecocardiografía, sintomáticos, con o sin falla derecha ecográfica, presión de sistólica arteria pulmonar < 60mmHg en sondeo. Evaluación factibilidad implante por angioTAC de tórax para diámetros cavas superior (VCS)/inferior(VCI). Procedimiento pabellón hemodinamia, bajo anestesia local o general según la tolerancia. Doble acceso femoral venoso ipsilateral, se posiciona catéter pigtail hacia arteria pulmonar derecha. Guía rígida 260cm hacia VCS. Se ingresa prótesis valvulada sistema DeliveryF27 llegando VCS y se despliega bajo fluoroscopia. Avanza segunda prótesis y se libera VCI/entrada aurícula derecha, bajo visión ecográfica. Posterior retiro sistema entrega y cierre acceso venoso sutura percutánea. Evolución inmediata, 3, 6 y 12 meses

Resultados: Septiembre 2023 - agosto 2025 Hospital Sótero del Río, Clínica BUPA, Hospital Clínico Universidad de Chile, Instituto del Tórax: 20 casos. 12 sexo femenino. 84% se encontraban en fibrilación auricular. Enfermedad coronaria 10% casos, DM2 74%, accidente cerebrovascular previo 23%, daño hepático 15%. CF 3 o 4 en 79%, todos edemas extremidades inferiores y bajo diuréticos de asa. Laboratorio proBNP 3923□4700UI, INR 1.7(1.5-5.9), creatinina 1.4(1.0-3.6)mg/dl, GOT 51□48, GPT 47□62mg/dl. Tabla 1 evaluación ecográfica y sonde cardiaco derecho (en archivo) Implante tricvalve factible en 100% casos, no hubo complicaciones vasculares, 2 casos embolización prótesis VCS sin consecuencia clínica ningún caso conversión quirúrgica. Estadía 8 (0-57) días. Sobrevida 3 meses 100% casos. CF 1 - 2 a 3 meses 89% casos. Sobrevida 6 meses 95% casos. CF 1-2 a 6 meses 94% casos. A 12 meses un 95% de los casos se mantienen en CF 1 a 2 y no se registraron nuevas muertes

Conclusión: Implante dispositivo Tricvalve para correc-

Fracción eyección VI	53±5.3%
Reflujo tricúspideo severo	5 casos
masivo	9
torrencial	6
Volumen auricular izq/derecho ml	93.2±60.5 / 78.4±81.1
Diámetro ventricular derecho mm	50±8
TAPSE	11.6±8.9
Presion media art pulmonar sondeo	27.3 ±5.8
Resistencia pulmonar sondeo wood	2.3±0.8



ción de síntomas IT severa es factible, en procedimiento de bajo riesgo, con mejor sobrevida a corto y mediano plazo respecto a terapia quirúrgica.

Resultados intrahospitalarios de implante valvular percutáneo y cirugía de reemplazo valvular en pacientes mayores con estenosis aórtica severa

Gonzalo Martínez, Marilaura Núñez, Olivia Sanhueza, Pedro Villablanca, Mario Araya, Felipe Norambuena, Juan Francisco Bulnes, Alejandro Martínez, Paula Muñoz Venturelli

Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile, Clínica Alemana

Introducción: El implante valvular aórtico percutáneo (TAVI) se ha consolidado como el tratamiento de elección para la estenosis aórtica severa en pacientes de edad avanzada. Las guías LATAM recomiendan que TAVI sea la alternativa de elección en los pacientes mayores de 75 años. Sin embargo, su implementación sigue siendo limitada.

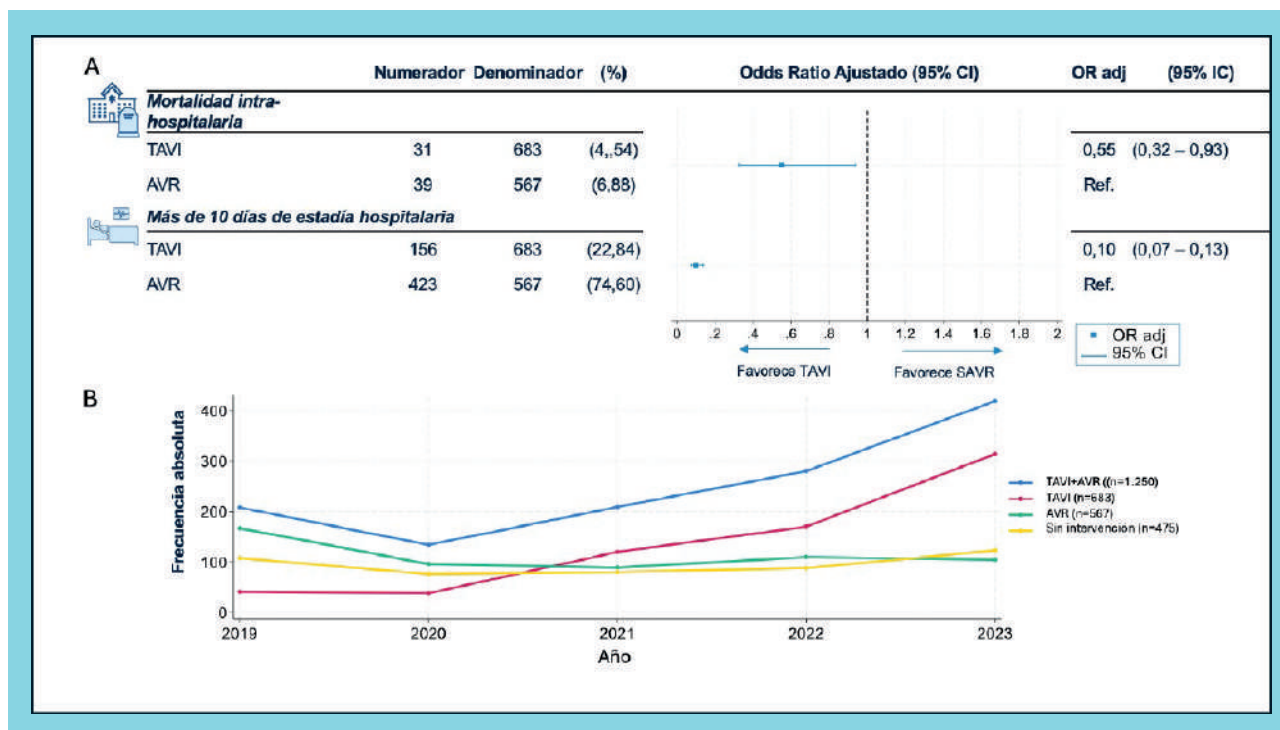
Objetivos: Comparar los resultados intra-hospitalarios (IH) de TAVI versus cirugía de reemplazo valvular aórtico (AVR) en pacientes mayores con estenosis aórtica severa en Chile.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo utilizando la base de datos nacional IR-DRG entre 2019 y 2023, que incluyó 12 hospitales públicos. Se seleccionaron los pacientes con estenosis aórtica severa y analizó la población de 75 años o más. Se utilizó T de student, test exacto de Fisher, OR

y regresión logística de efectos aleatorios.

Resultados: De 3.679 sobre la válvula aórtica, 1.250 correspondieron a pacientes ≥ 75 años: 683 TAVI y 567 AVR. Los pacientes tratados con TAVI eran de mayor edad (82,2 vs. 79,0 años, $p < 0,001$) y más comúnmente mujeres (54,2% vs. 45,7%, $p = 0,003$). La mortalidad IH cruda fue de 4,5 (31/683) para TAVI y 6,9 (39/567) para AVR. Al ajustar por variables confundentes en modelo de regresión logística, la mortalidad IH de TAVI fue significativamente menor comparado con AVR (ORadj: 0,55; IC 95%: 0,32–0,93), lo que representa una reducción relativa del 45%. Además, la estancia hospitalaria fue más corta (mediana: 4 vs. 14 días, $p > 0,001$), con una significativa menor probabilidad de estadía mayor a 10 días (ORadj: 0,10 (IC 95%: 0,07–0,13). Estos resultados se mantuvieron consistentes a lo largo del período analizado. Figura A. Durante el estudio, el número de procedimientos en pacientes mayores de 75 años aumentó de manera sostenida (208 en 2019 vs. 419 en 2023), impulsado principalmente por el crecimiento de TAVI (41 en 2019 vs. 314 en 2023). No obstante, 475 pacientes diagnosticados con estenosis aórtica severa no recibieron ningún tratamiento valvular. Figura B.

Conclusiones: En Chile, a pesar de las recomendaciones de guías regionales, solo el 55% de los pacientes ≥ 75 años con estenosis aórtica severa recibe TAVI, a pesar de ofrecer claras ventajas en términos de mortalidad y recuperación hospitalaria frente a AVR. Los hallazgos refuerzan la necesidad urgente de ampliar el acceso equitativo a TAVI en Chile mediante políticas de inversión dirigidas.





Limitaciones fisiopatológicas al ejercicio según cpet en adolescentes y adulto joven con cardiopatía congénita compleja.

Bernardita Lopetegui, Jocelyn Mieres, Morin Lang, Yeny Briones

Hospital Sotero del Río, Universidad Finis Terrae,
Universidad de Chile

Introducción: Pacientes con cardiopatías congénitas complejas presentan menor capacidad de ejercicio que sus pares sanos, aunque la evidencia sobre su función cardiopulmonar es variable. El test de esfuerzo cardiopulmonar (CPET), considerado gold standard para evaluar la capacidad funcional (CF), permite estimar función cardiovascular, pulmonar y periférica. Sin embargo, la mayoría de los estudios se enfoca en el valor del consumo O₂ (VO₂) pico, omitiendo un análisis detallado de las limitaciones fisiopatológicas al ejercicio (LFPE).

Objetivo: Describir las LFPE en adolescentes y adultos <40 años con antecedente de cirugía de Fontan (F) o Tetralogía de Fallot (TOF), mediante análisis detallado del CPET.

Metodología: Estudio transversal, aprobado por Comité Ética SSMSO. Se analizaron 182 CPET realizados entre 2013 y 2015 en el Centro Cardiopatías Congénitas-HSR. Se incluyeron 66 pacientes <40 años: 39 F (59%) y 27 TOF (41%); se excluyeron 2 con RER <1.0. Se evaluaron variables clínicas y de CPET en umbral anaeróbico (VT1) y esfuerzo pico. La CF se clasificó según AHA/NYHA. Las LFPE se categorizaron como cardíacas, ventilatorias, periféricas o por desacondicionamiento, con criterios definidos.

Resultados: Edad promedio F: 21 años (66% hombres, IMC 24 ± 5,1); TOF: 21,5 años (37% hombres, IMC 24,4 ±

5,1). El 40% del grupo F y 60% del grupo TOF alcanzaron CF clase I. Se observaron limitaciones ventilatorias y musculares periféricas relevantes en ambos grupos, así como alta proporción de desacondicionamiento. En TOF destacó el bajo pulso O₂, sugerente de volumen sistólico reducido. En F, >80% presentó respuesta cronotrópica limitada al ejercicio.

Tabla 1.
Categorización de pacientes Grupo Cirugía de Fontan N = 39

Capacidad Funcional

- I = 16 (41%)
- II = 20 (51%)
- III = 3 (8%)

Limitación cardíaca

- Respuesta Cronotropa atenuada = 16 (41%)
- Medicamentos o MP que limitan FC = 17 (43%)
- Pulso O₂ < 12 = 13 (33%)

Limitación ventilatoria

- VE/V'O₂ peak > 40 = 18 (46%)
- VE/V'CO₂ en ejercicio peak > 33 = 12 (31%)
- Reserva Respiratoria baja = 5 (17%)

Limitación periférica

- Carga relativa promedio 1.9 W/kg (rango 0.9 - 3.3)
- Eficiencia mecánica promedio 8%

Desacondicionamiento

- Ascenso precoz de FC = 34 (87%)
- promedio del % de FCME al VT1: 85%
- <50 %V'O₂ al VT1 = 1

Tabla 2.
Categorización de pacientes Grupo Tetralogía de Fallot N = 27

Capacidad Funcional

- I = 16 (59%)
- II = 9 (34%)
- III = 2 (7%)

Limitación cardíaca

- Respuesta Cronotropa atenuada = 13 (48%)
- Medicamentos o MP que limitan FC = 5 (18%)
- Pulso O₂ < 12 = 16 (59%)

Limitación ventilatoria

- VE/V'O₂ peak > 40 = 9 (33%)
- VE/V'CO₂ en ejercicio peak > 35 = 6 (22%)
- Reserva respiratoria baja = 9 (33%)

Limitación periférica

- Carga relativa promedio 2 W/kg (rango 1.3 - 3)
- Eficiencia mecánica promedio 8%

Desacondicionamiento

- Ascenso precoz de FC = 26 (96%)
- promedio del % de FCME al VT1: 84%
- <50 %V'O₂ al VT1 = 2

Criterios de Clasificación

Clasificación CF (AHA/NYHA):

- Clase I: VO₂ > 24 ml/kg/min
- Clase II: VO₂ 17,5–24 ml/kg/min
- Clase III: VO₂ < 17,5 ml/kg/min

Limitaciones Fisiopatológicas al Ejercicio :

- Cardíaca:** FC <85% de la máxima estimada; pulso O₂ <12 ml/lát (sin betabloqueo); caída de saturación >4%.
- Ventilatoria:** reserva respiratoria <20%; VE/V'O₂p >40, VE/V'CO₂p >33; caída de saturación >4%.
- Periférica:** carga <3 WR/kg; eficiencia mecánica <18%.
- Desacondicionamiento:** VO₂ al VT1 <50% del VO₂p; FC >65% FCp en VT1; carga pico <3 WR/kg.



Conclusión: La limitación al ejercicio en pacientes con cirugía de F o TOF es multifactorial, destacando limitaciones ventilatorias, periféricas y por desacondicionamiento. El análisis detallado del CPET permite orientar intervenciones personalizadas, incluyendo programas de ejercicio, con potencial para mejorar la capacidad funcional en esta población.

TRABAJOS ORALES VIERNES 12 DE DICIEMBRE SALÓN O'HIGGINS / 10:40 – 12:10 Hrs.

Malnutrición por exceso y disbiosis intestinal: implicancias en el riesgo cardiovascular infantil

Karina Rozas Sanchez, Patricio Huerta Godoy, María Virginia Araya
Álvarez, Zulma Huanca Gutiérrez, Carlos Soto Saavedra

Universidad de Tarapacá, Instituto Cardiológico Iquique

Introducción: La malnutrición por exceso infantil, es un problema de salud pública creciente y con repercusiones a

largo plazo. Esta condición podría estar asociada a disbiosis intestinal, alterando la homeostasis metabólica e inmunológica. La obesidad infantil acompañada de disbiosis no solo podría impactar la salud inmediata, sino que podría establecer mayor riesgo de enfermedad cardiovascular en edad adulta.

Objetivo: Evaluar la relación entre disbiosis intestinal y la malnutrición por exceso en escolares.

Método: Estudio descriptivo, corte transversal. Muestra intencionada no probabilística incluyó 100 escolares entre 9 a 14 años, 47 fueron evaluados para microbiota intestinal (MI) mediante PCR. Se utilizaron kits específicos para extracción ADN bacteriano y cuantificación de Bacteroidetes y Firmicutes a través de Unidades Abundancia Relativa (UAR). Análisis estadístico Stata 19, medidas tendencia central y pruebas bivariadas (χ^2 y RR). Aprobado por Comité Ético Científico de la Universidad.

Resultados: Población estudiada 52% sexo masculino, 16% etnia Aymara y 54.6% NSE bajo. Valores promedio: edad 12.5 años, peso 51.8 kgs., talla 155 cms., IMC/Edad 21.2, Perímetro cintura /edad (PCe) 77.4 cms. La Malnutrición por Exceso (MNPE) alcanzó un 44%, destacando obesidad 18 %, Obesidad Abdominal según PCe 27 % e Índice de alimentación no saludable (IANS) 72.7%. La cuantificación UAR bacteroidetes fue alta y firmicutes baja, al analizar la

Figura 1. Distribución de la relación de Bacteroidetes aumentados según MNPE, Alimentación Inadecuada y Perímetro de Cintura Alterado.

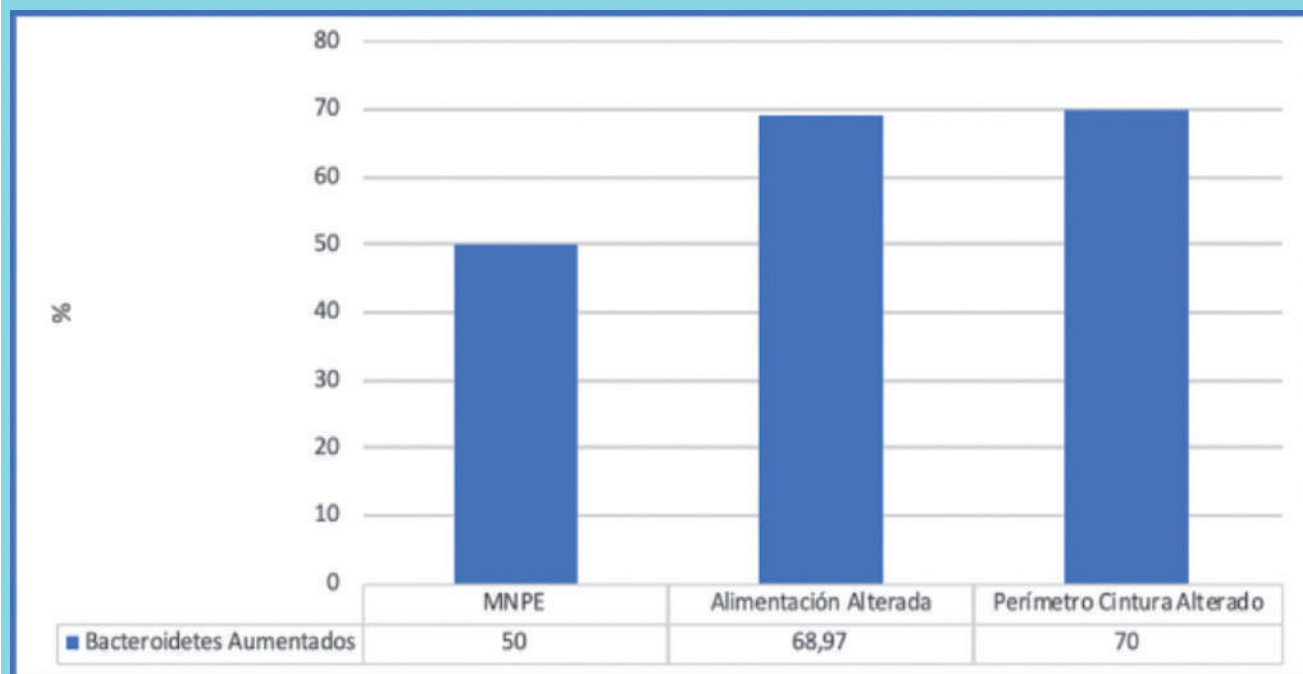




Tabla 1. Distribución de las variables según prueba estadística.

Variable	Prueba estadística	Promedio	DS	IC
Peso	Media, DS e IC	50.11	1.73	46.63 – 53.60
Talla	Media, DS e IC	1.48	0.10	1.46 – 1.50
IMC	Media, DS e IC	22.50	0.63	21.23 – 23.77
Perímetro cintura	Media, DS e IC	75.38	1.56	72.24 – 78.52
Variable	Prueba estadística	%		
Sexo Masculino	Frecuencia relativa	52.0	-	-
Etnia Aymara	Frecuencia relativa	16.0	-	-
NSE Quintil 1	Frecuencia relativa	54.65	-	-
MNPE	Frecuencia relativa	44.0	-	-
Obesidad abdominal (perímetro de cintura)	Frecuencia relativa	27.0	-	-
Índice alimentario no saludable	Frecuencia relativa	72.73	-	-
Variable	Prueba estadística	%	p value	
Bacteroidetes aumentados/MNPE	Chi2	50.0	0.35	
Bacteroidetes aumentados/ Índice alimentario no saludable	Chi2	68.97	0.58	-
Bacteroidetes aumentados/Perímetro cintura alterado	Chi2	70.0	0.98	
Variable	Prueba estadística	Riesgo Relativo		IC
Bacteroidetes aumentados/MNPE	Riesgo Relativo	0.47	0.35	0.06-2.71
Bacteroidetes aumentados/ Índice alimentario no saludable	Riesgo Relativo	0.87	0.58	0.55-1.37
Bacteroidetes aumentados/Perímetro cintura alterado	Riesgo Relativo	0.98	0.98	0.29-3.28

asociación de UAR de bacteroidetes y las diferentes variables se encontró que 50% presentan MNPE ($p=0.35$), el 68.9% con IANS ($p=0.58$), el 70% con alteración de PCe. El Riesgo Relativo de UAR bacteroidetes versus IANS, calculado es: RR 0.87 (IC 0.55-1.37), RR 0.47 de presentar obesidad (IC 0.06-2.71) y RR 0.98 de PCe alterado (0.29-3.28).

Conclusiones: Los escolares presentaron disbiosis intestinal caracterizada por el predominio de bacteroidetes sobre firmicutes. No se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre disbiosis, IANS y MNPE. Sin embargo, la evidencia científica indica que la disbiosis puede elevar el riesgo cardiovascular infantil. Su influencia parece ser mayor en mantenimiento de la obesidad que en su origen. Nuevos estudios deberían investigar la relación con otros factores de riesgo como la hipertensión en escolares.

Hipertrofia ventricular izquierda en pacientes pediátricos con diagnóstico de hipertensión arterial: Prevalencia con distintos métodos de normalización de masa de ventrículo izquierdo

Jocelyn Eliana Mieres Herrera, Daniela Carrillo,
Claudia González, Juan Carlos Flores

Hospital Sotero del Río

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) en pediatría ha mostrado un aumento progresivo, con prevalencia reportada entre 2–5%. La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) es la complicación más frecuente como daño de órgano blanco, lo que obliga a un manejo más estricto de la presión arterial. La prevalencia de HVI varía ampliamente (12–64%) según el método de normalización de la masa ventricular izquierda (MVI)



Tabla 1.
DIAGNÓSTICO DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA
SEGÚN LOS DISTINTOS AUTORES

Foster 2008

Z score por talla $\geq +2$

Foster 2016

Z score por masa magra $\geq +2$

Marwick 2015: MVI indexado por superficie corporal(sc)

Hombres $> 115 \text{ g/m}^2$

Mujeres $> 95 \text{ g/m}^2$

Khoury 2009: MVI indexada por Altura ^{2,7}

Mayor al P95

Simone MVI indexada por Altura ^{2,7}

$>38,6 \text{ g/m}^{2,7}$

AHA MVI indexada por Altura ^{2,7}

$>51 \text{ g/m}^{2,7}$

Chinali 2015 MVI indexada por Altura ^{2,16}

$>45 \text{ g/m}^{2,16}$

y el punto de corte utilizado. Las guías internacionales difieren en sus criterios diagnósticos, generando incertidumbre sobre la real magnitud de este hallazgo en niños hipertensos.

Objetivo: Describir la prevalencia de HVI en pacientes pediátricos con diagnóstico reciente de HTA confirmado por monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA), comparando los métodos de normalización de MVI más utilizados en la literatura y en guías internacionales.

Material y métodos: Estudio transversal, aprobado por comité ético, incluyó pacientes con diagnóstico de HTA mediante MAPA, sin patologías cardíacas que alterara la postcarga. Se revisaron fichas clínicas para obtener datos demográficos, antropometría y ecocardiograma (modo M). La MVI se normalizó por z-score según talla (Foster 2008), z-score por masa magra (Foster 2016), talla^{2,7} (Khoury 2009, AHA, Simone 2009), talla^{2,16} (Chinali 2015) y superficie corporal (Marwick 2015). Se definió HVI de acuerdo con puntos de corte descritos en cada referencia.

Resultados: Se incluyeron 98 pacientes, 40,8% mujeres, edad promedio $13,9 \pm 3,2$ años. El 82,7% presentaba malnutrición por exceso. Según MAPA, 31,6% tenía HTA ambulatoria, 62,2% HTA enmascarada y 6,1% HTA de delantal blanco. La prevalencia de HVI varió de forma importante según el método: Foster 2008 1,2%; Foster 2016 2%; Marwick 2015 2%; AHA 5,1%; Khoury 2009 28,5%; Simone 2009 34,7%; Chinali 2015 45,9%, siendo este último el más sensible para

detectar HVI.

Conclusiones: La prevalencia de HVI en niños hipertensos depende fuertemente del método de normalización y punto de corte utilizado, lo que podría subestimar o sobreestimar la afectación de órgano blanco. La indexación por talla 2,7 es el más utilizado en la literatura, el corte sugerido según nuestro estudio es el de Simone 2009. La indexación por talla^{2,16} (Chinali 2015) mostró la mayor sensibilidad y podría ser la más adecuada para identificar precozmente pacientes en riesgo, optimizando la oportunidad de intervención terapéutica y prevención de complicaciones cardiovasculares a largo plazo.

“Disminución de la masa ventricular izquierda en pacientes con diagnóstico de Anorexia Nerviosa: prevalencia con distintos métodos de normalización.”

Jocelyn Eliana Mieres Herrera, Myriam Ferreriro Campbell

Hospital Sotero del Río

Introducción: La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno psiquiátrico grave. Es la segunda causa de muerte psiquiátrica en pediatría. Siendo la cardiovascular responsable del 30% de las muertes. Las complicaciones cardiovasculares están en el 80% de los casos y pueden ser estructurales, funcionales y eléctricas entre otras. La literatura ha reportado una disminución de la masa ventricular izquierda (DMVI) en pacientes con AN, debida a remodelación del ventrículo, por la disminución de la precarga y de la resistencia vascular

Tabla 1.
DIAGNÓSTICO DE DISMINUCIÓN DE LA MASA VENTRICULAR IZQUIERDA SEGÚN LOS DISTINTOS AUTORES.

Foster 2008

Z score por talla menor o igual -2

Foster 2016

Z score por masa magra menor o igual -2

Marwick 2015: MVI indexado por superficie corporal(sc)

Hombres $< 50 \text{ g/m}^2$

Mujeres $< 44 \text{ g/m}^2$

Díaz 2018: MVI indexada por Altura ^{2,7}

Menor al P5

Chirinos 2010 MVI indexada por Altura ^{1,7}

Menor al p5

Chinali 2015 MVI indexada por Altura ^{2,16}

$<19,3 \text{ g/m}^{2,16}$



periférica. Lo que se ha asociado a mayor riesgo de complicaciones. Estudios han mostrado que la DMVI se correlaciona con la disminución del índice de masa corporal (IMC). El ecocardiograma es más utilizado para medir la MVI (Modo M), sin embargo, la literatura difiere en la forma de definir y el método de normalización utilizado.

Objetivo: Describir la prevalencia de DMVI en pacientes pediátricos con AN comparando los métodos de normalización de MVI encontrados en la literatura.

Material y métodos: Estudio transversal, que incluyó pacientes con AN. Se revisaron fichas clínicas para obtener datos demográficos, antropometría y ecocardiograma (modo M). La MVI se normaliza por z-score según talla (Foster 2008), z-score por masa magra (Foster 2016), talla1,7 (Chirinos 2010) talla2.7 (Díaz 2018), talla2.1 (Chinali 2015) y superficie corporal (Marwick 2015). Se definió DMVI de acuerdo con puntos de corte descritos en cada referencia.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes, 84% mujeres, edad promedio $14,9 \pm 1,76$ años. El 42 % presentaba desnutrición o riesgo de desnutrición y el 18% malnutrición por exceso. Según IMC el 38% AN entre moderada y extrema. La prevalencia de la DMVI varió de forma importante según el método: Foster 2008: 70%; Chirinos 2010: 62%; Díaz 2018: 44 %; Marwick 2015: 14%; Chinali 2015: 8%, Foster 2016: 6%; siendo el primero el más sensible para detectar DMVI y el que posee mejor coeficiente de asociación ($r:0.57$ $p<0.0001$)

Conclusiones: La prevalencia de DMVI en pacientes pediátricos con AN depende del método de normalización y punto de corte utilizado, lo que podría subestimar o sobreestimar la DMVI. La normalización de la MVI por z-score según talla (Foster 2008) mostró mayor sensibilidad y además presentó mayor efecto de asociación con el IMC, por lo que podría ser la más adecuada para identificar precozmente pacientes de riesgo cardiovascular y optimizar las intervenciones terapéuticas.

Uso de modelos basados en inteligencia artificial para la estandarización del tamaño de estructuras cardíacas en niños con sobrepeso y obesidad

Rodolfo Amstein Ferretti, Maximiliano Marine Durandea, Tomás Basaure Larraín, Guillermo Larios Goldenberg

Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

Introducción: Los modelos estadísticos tradicionales utilizados para estandarizar estructuras cardíacas (EC) subestiman sistemáticamente su tamaño en niños con sobrepeso y obesos.

Objetivo: Desarrollar y evaluar modelos basados en redes neurales que estandaricen el tamaño de EC en niños con sobrepeso y obesidad.

Métodos: Entrenamos regresores de distribución basados

Table 1: Variables demográficas y medidas antropométricas de la población (N=1674)

Variable	Promedio	DE
Sexo, masculino (%)	58.90	—
Edad, años	9.02	3.62
Estatuta, cm	134.43	22.49
Peso, kg	41.70	19.77
Z-IMC	1.86	0.65
SSVV, mm	22.17	3.55

en redes neuronales para predecir la media (μ) y la desviación estándar (σ) de las dimensiones de una EC (Senos de Val-salva (SSVV)) a partir de edad, sexo, altura, peso y Z-Score de IMC (Z-IMC). Se normalizó la distribución de aquellas variables que eran continuas. La μ y σ predichas por cada modelo se usaron para calcular el Z-Score de SSVV de cada participante. Se incluyeron los siguientes modelos: perceptrón multicapa (MLP), red neuronal probabilística que estima la media y escala gaussiana (PNN), red neuronal profunda para regresión cuantílica (DNN), red de densidad mixta (MDN), red con dropout Monte Carlo (MCD) y ensemble profundo (DeepEns). Se incluyeron participantes de 2-18 años con Z-IMC $>+1$ con ecocardiograma estructuralmente normal entre 2015 y 2025 en nuestro centro, excluyendo aquellos con patologías sistémicas. Los modelos se compararon con un Z-Score tradicional basado en la superficie corporal (SC; PHN 2017) y uno reciente basado en GAMLSS (Dallaire 2025). Para cada modelo, calculamos la media de los Z-Score, el error cuadrático medio (ECM) y el coeficiente de correlación de Pearson (en relación al Z-IMC).

Resultados: Analizamos 1803 pacientes con un Z-IMC promedio de $+1,86 (\pm 0,65)$. En comparación con los z-scores basados en SC y GAMLSS, los modelos de redes neurales tenían medias más cercanas a cero y ECM más bajo, excepto para MCD. Se observaron correlaciones más altas con el Z-IMC para BSA $>$ GAMLSS $>$ MCD $>$ DNN. En los otros, la correlación fue $<0,01$.

Conclusiones: Varios modelos de aprendizaje profundo podrían potencialmente usarse para estandarizar las estructuras cardíacas.

Table 2: Métricas obtenidas de modelos de Z-Score tradicionales y generados por deep learning

Modelo Z-Score	Promedio	IC 95%	ECM	r
SC (PHN 2017)	-0.213	(-0.258, -0.168)	0.049	0.152
GAMLSS (Dallaire 2025)	0.157	(0.116, 0.198)	0.046	0.060
MLP	0.001	(-0.056, 0.059)	0.039	0.005
PNN	0.007	(-0.046, 0.060)	0.012	0.006
DNN	0.001	(-0.052, 0.055)	0.015	0.019
MDN	0.001	(-0.056, 0.059)	0.039	0.005
MCD	-0.024	(-0.085, 0.037)	0.073	0.053
DeepEns	0.004	(-0.049, 0.057)	0.011	0.009



Cuando menos... es más. extracción percutánea de electrodos de estimulación cardiaca en un centro de referencia nacional.

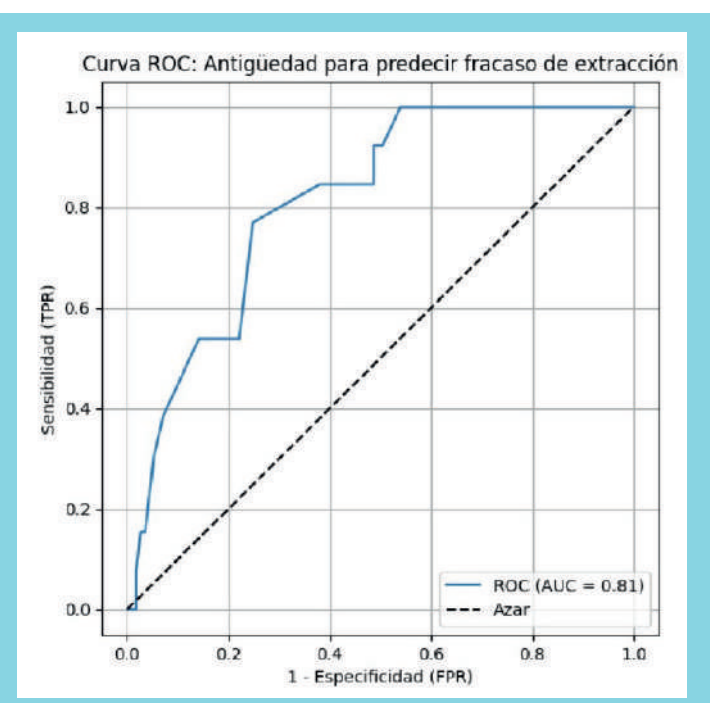
Constanza Galleguillos Galindo, Cristhian Jerez Fernández, Cristián Marín López, Maurice Cortés Sarmiento, Andrea Lui Gil, Ricardo Escobar Gómez, Rodrigo Altamirano Assad, César Paulsen Muñoz, Mauricio Cereceda Brantes

Instituto Nacional del Tórax, Hospital Salvador

Introducción: La extracción percutánea de electrodos de dispositivos cardiacos implantables (DCI) es un procedimiento cada vez más frecuente. Aunque la literatura mundial avala el procedimiento, los resultados dependen de la experiencia del operador y de características del dispositivo.

Objetivos: Evaluar la eficacia, seguridad y factores asociados a la complejidad técnica en procedimientos de extracción percutánea de electrodos de DCI en un centro de referencia nacional.

Metodología: Estudio analítico retrospectivo tipo cohorte no concurrente. Se revisaron los registros clínicos de los pacientes sometidos a extracción percutánea de electrodos de DCI entre el 01/07/2021 y el 02/01/2025 en el Instituto Nacional del Tórax. Se realizó un análisis de la asociación entre variables clínicas y los desenlaces del procedimiento. Se utilizaron pruebas de Chi-cuadrado para variables categóricas, T-test para comparar medias entre grupos y curvas ROC para determinar puntos de corte predictivos. Se utilizó el software PSPP. Un valor de $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.



Resultados: Se incluyeron 62 pacientes, con 126 electrodos (36.5% auricular, 23% ventricular derecho, 11.1% ventricular izquierdo, 28.6% desfibrilador y 0.8% en His). La edad media de los sujetos fue de 57.3 años (15–88 años), con predominio masculino (80.6%). La antigüedad de los electrodos fue de 5.5 ± 5.3 años (0.05 – 26 años). La tasa global de éxito fue de un 89.7% de los electrodos y las complicaciones severas se presentaron en el 3.2% de los casos. La mortalidad fue de 1.6%, en un paciente que persistió con shock séptico refractario tras una extracción sin incidentes. El abordaje subclavio fue suficiente en el 96% de los casos y el 58.7% requirió uso de dispositivos de extracción. Electrodos de desfibrilación se asociaron a una mayor complejidad en la técnica ($p=0.008$). La antigüedad del sistema se asoció significativamente con la necesidad de técnica compleja ($p<0.001$) y con el éxito del procedimiento ($p=0.016$). Un punto de corte ≥ 8 años, predijo el fracaso de la extracción con una sensibilidad de 77% y una especificidad de 75%.

Conclusiones: La extracción percutánea de electrodos es segura y efectiva. La antigüedad del sistema y el tipo de electrodo son factores que permiten anticipar la complejidad y éxito del procedimiento.

Impacto del uso de catéter de arteria pulmonar en los pacientes que ingresan con diagnóstico de shock a la unidad de paciente crítico cardiovascular del hospital regional de temuco.

Danilo Javier Pérez González, Jennifer González Amigo, Cheryld Mutel González, Carlos Muñoz Rodríguez, Mauricio Soto Vásquez, Joaquín Pérez García

Hospital Hernán Henríquez

Introducción: La frecuencia de uso del catéter de arteria pulmonar (CAP) es muy variable entre los centros y ha disminuido con técnicas de monitoreo no invasivo. Los últimos años ha resurgido información del impacto que tiene su uso.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes y la frecuencia de uso de CAP en pacientes con shock al ingreso de la Unidad de Paciente Crítico Cardiovascular (UPC CV). En ambos grupos determinar diferencias en gravedad, número máximo y tiempo de uso de drogas vasoactivas (DVA). Determinar el riesgo de mortalidad intrahospitalaria de pacientes con y sin CAP.

Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectiva entre los años 2023 y 2024. Se extrajeron datos de fichas clínicas de todos los pacientes ingresados al servicio de UPC CV con diagnóstico de shock hemodinámico, se corroboró el correcto diagnóstico de shock. Los datos fueron analizados con STATA y con la guía de un bioestadístico. Se estableció



ron frecuencias y promedios. Se determinó riesgo relativo de muerte mediante regresión binomial con intervalo de confianza (IC) y valor p mediante prueba de Fisher.

Resultados: De un total de 116 pacientes con diagnóstico de shock al ingreso, 30 pacientes no cumplían criterios de hipoperfusión, 15 pacientes tenían registros incompletos y 71 pacientes cumplían criterios de inclusión. De éstos, el 67.6% corresponde a hombres, 61.9% son hipertensos y 43.7% son diabéticos. El CAP fue utilizado en un 42.3%, siendo este grupo levemente de mayor edad (62.9 vs 59.3 años), score de APACHE II más elevado (21.2 vs 16.3), mayor número de DVA (3 vs 2), mayor tiempo de uso de DVA (7.3 vs 2.9 días) y mayor tiempo promedio de hospitalización (11 vs 5.8 días). La mortalidad intrahospitalaria en el grupo de uso de CAP fue de 33.3% vs 43.9% en quienes no lo usaron, con un riesgo relativo (RR) de 0.76 (IC: 0.41-1.40) $p=0.46$. En el subgrupo con score de APACHE II mayor a 17 puntos, quienes usaron CAP la mortalidad fue de 33.3% vs 73.7% en quienes no lo usaron, con un RR de 0.45 (IC: 0.23-0.88) y un valor $p=0.02$.

Conclusiones: El uso de CAP en pacientes con shock no disminuyó la mortalidad global, pero sí mostró un impacto positivo en la mortalidad de quienes presentaron mayor gravedad al ingreso. Estos hallazgos evidencian la importancia de una adecuada selección de pacientes para su uso.

Método: Se incluyeron 3,546 participantes de ≥ 15 años de la Encuesta Nacional de Salud de Chile 2016–2017. La mortalidad se determinó mediante enlace con el Registro Civil e Identificación de Chile. Se calculó un puntaje LE9 dividido en cuartiles, que incorporó un Índice de Integración Social, a partir de nueve componentes de salud y conductuales. La asociación entre LE9 y mortalidad por todas las causas se examinó mediante curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y modelos de riesgos proporcionales de Cox ajustados por factores sociodemográficos y de estilo de vida. Se exploraron asociaciones no lineales utilizando splines cúbicos restringidos. El desempeño predictivo de LE9 se comparó además con LE8 empleando criterios de ajuste del modelo (AIC, BIC) y medidas de discriminación (estadísticos C, ROC-AUC).

Resultados: Durante una mediana de seguimiento de 5 años, fallecieron 169 participantes (4.8%). Las curvas de supervivencia mostraron menores probabilidades de supervivencia en el cuartil más bajo de LE9 en comparación con los cuartiles superiores (log-rank <0.001). En comparación con los participantes en Q1, aquellos en Q4 presentaron un 51% menor riesgo de mortalidad por todas las causas tras el ajuste completo por factores de confusión (HR: 0.49; IC95%: 0.31–0.82). Al comparar los índices, LE9 mostró un ajuste del modelo marginalmente mejor que LE8, aunque el desempeño predictivo global de ambos frente a la mortalidad fue similar.

Conclusiones: Los puntajes más altos de LE9 se asociaron con una menor mortalidad por todas las causas, con diferencias superiores a ocho años entre los cuartiles extremos. Los efectos protectores fueron más marcados en mujeres y adultos mayores.

TRABAJOS ORALES

VIERNES 12 DE DICIEMBRE

SALÓN SAN CRISTÓBAL A / 14:00 – 15:30 Hrs.

Incorporación de la integración social en score modificado de Life's Essential 9: asociación con la mortalidad por todas las causas y comparación con LE8

Felipe Díaz Toro, Víctor Pedrero, Fanny Petermann-Rocha, Gabriela Nazar

Universidad Andres Bello -
Instituto de Investigación del Cuidado en Salud (IICS)

Antecedentes: La inclusión de la integración social en el Life's Essential 8 (LE8) podría mejorar su validez predictiva y contribuir a una evaluación más equitativa de la mortalidad al considerar de mejor manera el contexto social.

Objetivo: Evaluar la asociación longitudinal entre el puntaje Life's Essential 9 (LE9) y la mortalidad por todas las causas en la población chilena, y examinar si la incorporación de la integración social al marco de LE8 mejora su capacidad predictiva.

Cuantificación automatizada de placa por angiografía coronaria por tomografía computarizada mejora la estratificación de riesgo respecto al score de calcio en pacientes menores de 60 años

Jorge Dahdal, Ruurt A. Jukema, Teemu Maaniitty, Nick S. Nurmohamed, Juhani Knuuti, Roel S. Driessen, Antti Saraste, Ibrahim Danad, Paul Knaapen

Clínica Alemana

Introducción: El score de calcio coronario (SCC) y la angiografía coronaria por tomografía computarizada (Angio-TC) son herramientas validadas para la estratificación de riesgo en enfermedad coronaria. Sin embargo, el SCC cuantifica exclusivamente el componente calcificado de la placa, lo que podría limitar su capacidad pronóstica en pacientes jóvenes con mayor carga de placa no calcificada.

Objetivo: Comparar el valor pronóstico del SCC con la



cuantificación automatizada de placa coronaria mediante Angio-TC asistida por inteligencia artificial (IA), en distintos grupos etarios.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con sospecha de enfermedad coronaria y sin antecedentes de cardiopatía isquémica. Todos fueron sometidos a SCC y Angio-TC. La cuantificación de placa se realizó mediante una plataforma automatizada basada en IA (Cleerly Inc.). Se analizaron el porcentaje de volumen de ateroma (PAV%) y de placa no calcificada (NCPV%), definidos como el volumen de placa dividido por el volumen del vaso. El desenlace primario fue un compuesto de mortalidad y/o infarto agudo al miocardio (IAM). Se construyeron modelos de regresión de Cox ajustados por síntomas, factores de riesgo y revascularización. La discriminación pronóstica se evaluó mediante análisis ROC dependiente del tiempo.

Resultados: Se incluyeron 2.404 pacientes ($1.021 \leq 60$ años; $1.383 > 60$ años). La prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus fue mayor en el grupo > 60 años. El SCC = 0 fue más frecuente en ≤ 60 años (45 % vs. 21 %, $p < 0.01$). Durante un seguimiento mediano de 7 años, 208 pacientes (8.7 %) presentaron el desenlace: 4.9 % en ≤ 60 años y 11.4 % en > 60 . En ≤ 60 años, el modelo con PAV% mostró mejor capacidad pronóstica que el SCC (AUC 0.772 vs. 0.739; $p = 0.01$); no se observaron diferencias en > 60

años ($p = 0.30$) (Figura). El NCPV% no superó al SCC en ningún grupo. Para la predicción de IAM, los modelos con PAV% o NCPV% mostraron mejor rendimiento que SCC en ambos grupos etarios.

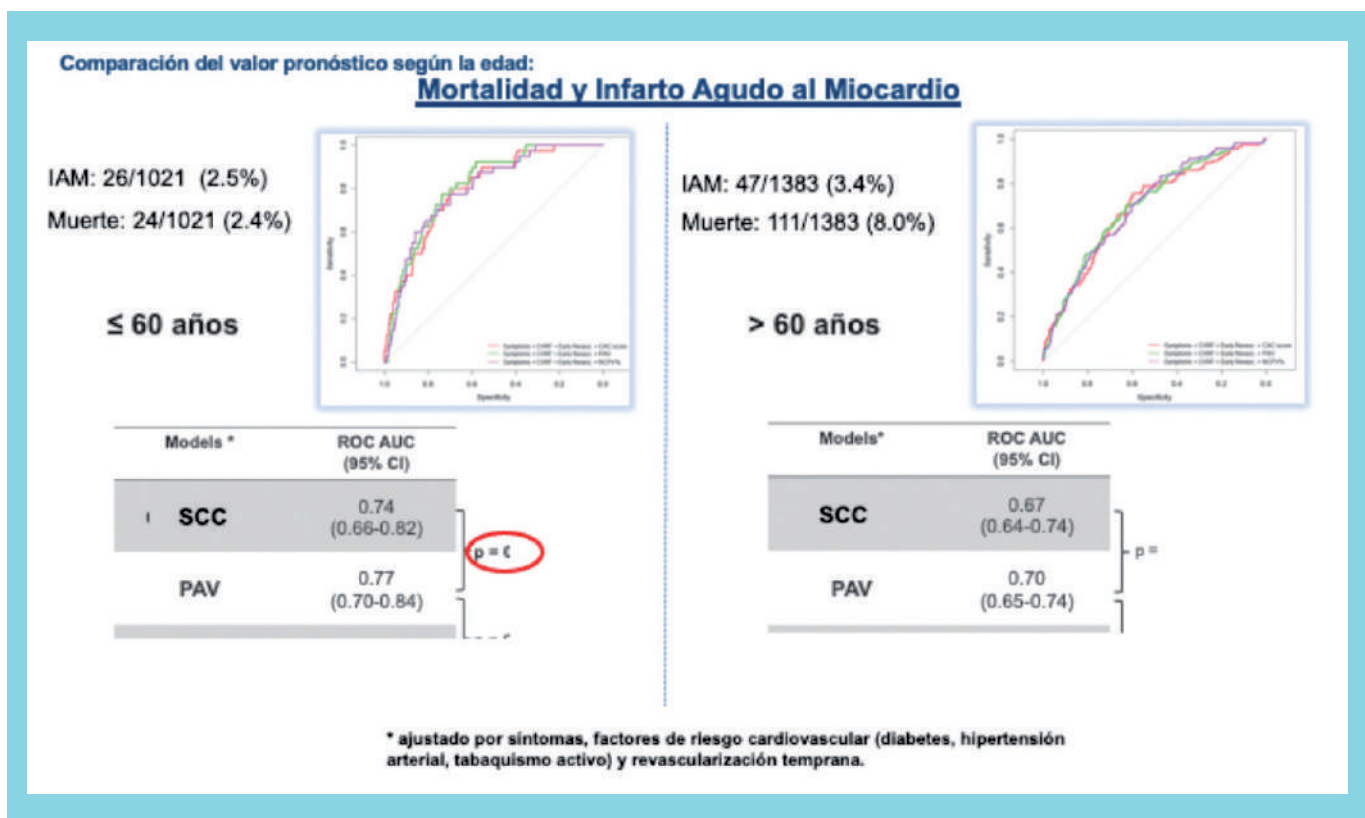
Conclusión: En pacientes ≤ 60 años, la cuantificación automatizada de placa coronaria mejora la estratificación pronóstica en comparación con el SCC.

Remodelamiento de los Túbulos-T y su asociación con la expresión de BIN1 durante la atrofia cardíaca

Daniela Figueroa-Riveros, Ailine Díaz, Magdalena González, Georhan Mancilla, Zuliy Pedrozo

NIFBF, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile
Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: La atrofia cardíaca se induce por una reducción crónica de la carga hemodinámica ventricular, como lo acontecido en el reposo prolongado, lo que lleva a la contractilidad ineficiente. Los Túbulos-T, invaginaciones del sarcolema, facilitan la contracción sincronizada y eficiente de los cardiomiocitos y BIN1 es una proteína crucial para la formación y el mantenimiento de los mismos. Junto a Dinamina-2 (DNM2), ambas proteínas han sido asociadas con el remodelamiento de los Túbulos-T en el mús-





culo cardíaco y esquelético, respectivamente. Hasta el momento, se desconocen los cambios de BIN1 y DNM2 y su relación con los Túbulo-T y la disfunción durante la atrofia cardíaca.

Objetivo: Determinar en un modelo preclínico de atrofia cardíaca la ultraestructura de los Túbulo-T, así como los cambios de expresión de BIN1 y DNM2.

Métodos: Se utilizaron ratones C57BL/6, con suspensión de las extremidades posteriores (HSU) para inducir una disminución de la carga hemodinámica. Se realizaron ecocardiografías y se midieron los niveles de expresión de proteínas y mRNA de BIN1 y DNM2. Utilizando microscopía electrónica de transmisión e inmunocitoquímica se analizaron los Túbulo-T a través del programa ImageJ y el análisis del espectro de frecuencia por derivada de Fourier. El análisis estadístico se realizó utilizando una prueba t no pareada. Los datos se expresan como media \pm SEM (n=4-8). MED-UCH#23672.

Resultados: Los ratones HSU presentaron atrofia cardíaca asociada a una disminución en la fracción de eyección, el acortamiento fraccional y el grosor de la pared posterior del ventrículo izquierdo durante la sístole. Se observó además una disminución tanto de la densidad electrónica como del número de los Túbulo-T en el tejido cardíaco de los ratones HSU. Por otra parte, mientras los niveles proteicos de BIN1 y DNM2 se redujeron, los niveles de mRNA de BIN1 disminuyeron y los de DNM2 aumentaron. A pesar de lo anterior, el contenido de DNM2 aumentó en los Túbulo-T, mientras la frecuencia de BIN1 en los Túbulo-T disminuyó en los cardiomiocitos provenientes de los animales HSU.

Conclusiones: En la atrofia cardíaca, la disfunción sistólica se relaciona a la pérdida de la ultraestructura y cantidad de los Túbulo-T, asociada con la disminución en la expresión de las proteínas BIN1 y aumento de DNM2 en estas estructuras. Agradecimientos: Fondecyt 1230650, Fundación de ayuda al corazón (FUNDACOR), ACCDiS ANID-FONDAP 15130011 y APOYO 1523A00008.

Experiencia inicial y resultados a corto y mediano plazo de la técnica de ozaki en pacientes pediátricos con enfermedad valvular aórtica

María José Núñez Sánchez, María de los Ángeles Vera Herrera, Francisco Boye Ramírez, Guillermo Zamora Barros, Luis Sánchez Tolentino, Javiera Retamal Martínez

Hospital L. Calvo Mackenna

Introducción: La patología de la válvula aórtica (VAo) en pacientes pediátricos requiere una solución quirúrgica que idealmente se adapte al crecimiento y evite la anticoagulación crónica. La neocuspidización de la VAo con pericardio autólogo, conocida como técnica de Ozaki, es una alternativa

prometedora que busca superar las limitaciones de las prótesis convencionales en niños.

Objetivos: Evaluar los resultados a corto y mediano plazo de la técnica de Ozaki en pacientes pediátricos sometidos a cirugía electiva por enfermedad aórtica.

Método: Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes sin cardiocirugía previa sometidos a Ozaki en el Hospital Luis Calvo Mackenna entre 2017-2023, con un seguimiento postquirúrgico de al menos 2 años. Se analizaron las características clínicas, hallazgos ecocardiográficos, complicaciones y mortalidad.

Resultados: Se identificaron 9 pacientes, mediana de edad 10 años (1 a 16 años, 6 casos < 12 años), 55% sexo masculino. La patología inicial fue congénita en 8 casos (89%, 7 VAo bicúspide/displásica y 1 enfermedad aórtica asociada a comunicación interventricular). Un caso fue secundario a endocarditis bacteriana en VAo previamente sana. Cuatro pacientes habían sido sometidos a valvuloplastia aórtica percutánea antes del año de edad. La indicación quirúrgica fue estenosis aórtica en 4 pacientes, insuficiencia aórtica en 4 casos y enfermedad mixta en 1. La media de tiempo de circulación extracorpórea fue de 127 minutos, la mediana de días en Unidad de Cuidados Intensivos postoperatorio de 5.5 días y de ventilación mecánica invasiva 1 día. Se documentó competencia valvular en ecocardiograma postoperatorio en todos los pacientes. No se registraron complicaciones mayores. No hubo mortalidad en la serie. Durante el seguimiento (mediana de 4.4 años), 7 pacientes (78%) mantienen VAo funcional (insuficiencia o estenosis menos que moderada en último ecocardiograma). Ningún paciente ha sido reoperado ni cumple criterios para nueva reintervención de VAo.

Conclusiones: La neocuspidización de la VAo con pericardio autólogo es una alternativa segura y efectiva para el manejo quirúrgico de la enfermedad aórtica en pacientes pediátricos, con resultados funcionales favorables, baja tasa de complicaciones y reoperación a corto y mediano plazo.

Validación del puntaje euroscore ii como predictor de mortalidad en cirugía cardíaca en el hospital clínico de la pontificia universidad católica de chile

Santiago Besa, Álvaro Torres, Pedro Ugarte, Gunther Krogh, Rodrigo González, Luis Garrido, Pedro Becker

Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

Introducción: El EuroSCORE II es un modelo ampliamente utilizado para predecir mortalidad en cirugía cardíaca, pero su validez en poblaciones latinoamericanas sigue siendo limitada.



Figura 1. Curva ROC del Euroscore II como predictor de mortalidad en pacientes sometidos a cirugía cardíaca en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile (2020-2025)

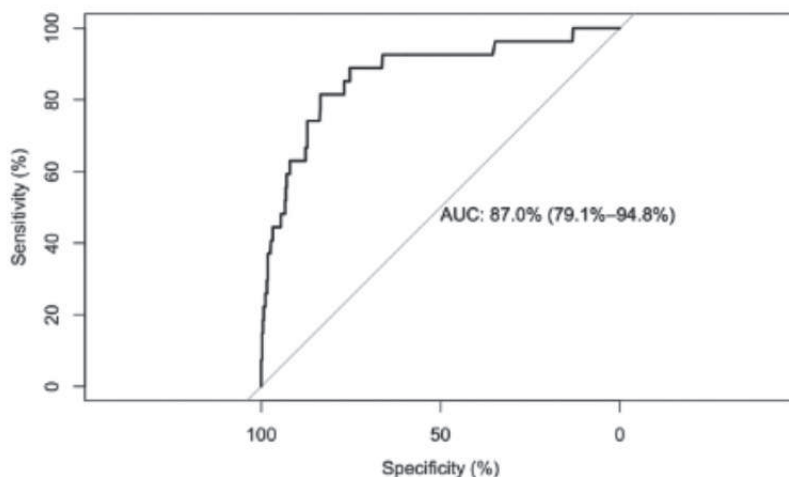
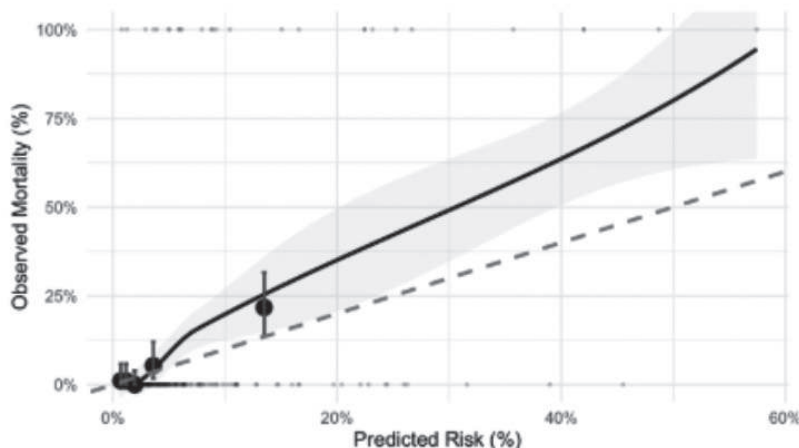


Figura 2. Comparación entre la mortalidad predicha por el modelo Euroscore II y la mortalidad observada (con intervalos de confianza del 95%) en deciles de riesgo en pacientes sometidos a cirugía cardíaca en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile (2020-2025)



Objetivo: Validar externamente el EuroSCORE II como predictor de mortalidad perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardíaca en un centro chileno de alta complejidad.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en 464 pacientes adultos operados entre 2020 y 2025 en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se calculó el EuroSCORE II y se registró la mortalidad perioperatoria (intrahospitalaria o a 30 días). Se evaluó la capacidad discriminativa mediante curva ROC (AUC) y la calibración a través de la comparación entre mortalidad predicha y observada por deciles. Se identificaron puntos de corte óptimos usando el índice de Youden.

Resultados: La edad promedio fue de 63,3 años (DE: 11,6), y la mortalidad perioperatoria fue de 5,8%. El modelo mostró buena capacidad discriminativa (AUC: 0,87) y calibración general aceptable, con subestimación leve en los deciles de mayor riesgo. Se observó un rendimiento consistente en subgrupos por sexo y edad.

Conclusión: El EuroSCORE II es una herramienta válida para predecir la mortalidad perioperatoria en cirugía cardíaca en Chile. Se recomienda su uso clínico, junto con nuevas validaciones multicéntricas y el desarrollo de modelos adaptados al contexto latinoamericano.



Seguridad y factores de riesgo de morbilidad en el cierre de comunicación interventricular en lactantes pequeños

Nicole Soto Riquelme, María de los Ángeles Vera Herrera, Guillermo Zamora Barros, Francisco Boye Ramírez, Luis Sánchez Tolentino, Javiera Retamal Martínez

Hospital Luis Clavo Mackenna

Introducción: El cierre quirúrgico de la comunicación interventricular (CIV) es un procedimiento frecuente en cardiocirugía pediátrica. El bajo peso y menor edad al momento de la cirugía se han asociado con mayor morbilidad. El momento óptimo de intervención debe equilibrar los beneficios y riesgos de la corrección temprana con el potencial riesgo de aplazarla.

Objetivo: Investigar la influencia del peso, la edad y otras variables perioperatorias en los resultados quirúrgicos de pacientes menores de 7 meses (m) sometidos a cierre de CIV, y determinar factores de riesgo (FR) de morbilidad postoperatoria (post-op).

Métodos: Cohorte retrospectiva que incluyó a todos los pacientes menores de 7m con peso ≤ 6 kg portadores de CIV aisladas, excluyendo otras comorbilidades complejas, sometidos a cirugía correctora entre los años 2019 y 2025. Para el análisis comparativo, se estratificó por grupos de peso (< 4.5 kg vs ≥ 4.5 kg) y edad (< 3 m vs ≥ 3 m). Se evaluaron potenciales predictores de morbilidad utilizando modelos de regresión multivariada. Se definió un resultado compuesto de morbilidad incluyendo necesidad de marcapasos definitivo (MP) y otros eventos adversos.

Resultados: Se identificaron 81 pacientes (46% sexo masculino, < 4.5 kg 55% y < 3 m 27%). Mediana de edad 3.9m (mínima 29días) y de peso 4.8 kg (2.8-6kg). Antecedente de prematuridad en 27% y Trisomía 21 en 38%. El tipo más frecuente fue CIV perimembranosa (70%). La media de circulación extracorpórea fue 50 minutos, mediana de días post-op en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) 8 días y de ventilación mecánica invasiva 1 día. No hubo mortalidad en la serie. No se registraron CIVs residuales significativas ni otras reintervenciones. 5 pacientes requirieron MP por bloqueo AV completo (6.3%), 2 con defectos amplios extendidos al inlet. 13% presentaron arritmias transitorias, 3.7% quilotorax y 2.4% enterocolitis. No se reportó hipodébito, parálisis diafragmática, complicaciones neurológicas ni renales. El análisis comparativo no identificó diferencias significativas ($P < 0.05$) entre los grupos de peso y edad en la incidencia de complicaciones post-op. El análisis multivariado identificó prematuridad y menor edad como FR independientes de morbilidad.

Conclusión: La baja morbilidad y ausencia de mortalidad respaldan la seguridad del procedimiento sin diferencias al

estratificar por peso y edad. Prematuridad y menor edad como FR independientes subrayan la necesidad de una evaluación de riesgo individualizada.

TRABAJOS ORALES

VIERNES 12 DE DICIEMBRE

SALÓN O'HIGGINS / 16:50 – 18:20 Hrs.

Del intestino al corazón: endotoxemia y remodelado fibrótico en un modelo murino de enfermedad coronaria isquémica

Katherine Rivera, Laura Parra, Laura Manjarrés, Attilio Rigotti, Marcelo Andía

Pontificia Universidad Católica de Chile

Antecedentes: La endotoxemia de bajo grado, resultante de la translocación de lipopolisacáridos intestinales, puede amplificar la inflamación sistémica e influir en el pronóstico post-infarto. Sin embargo, su papel en la progresión de la fibrosis y el remodelado cardíaco adverso durante la enfermedad coronaria isquémica no se ha dilucidado por completo.

Método: Este estudio analizó la evolución temporal de la endotoxemia, inflamación y el depósito diferencial de colágeno cardíaco en ratones SR-B1 KO/ApoE-R61h/h, un modelo murino letal de enfermedad coronaria isquémica inducida por dieta aterogénica (HFCD). Ratones machos recibieron HFCD durante 0, 7, 14 y 21 días ($n = 3-6$, por grupo). Se midieron los niveles de endotoxinas plasmáticas (LAL), neutrófilos circulantes (citometría de flujo), fibrosis cardíaca (trícromico de Masson) y depósito ventricular de colágeno tipo I y III (Picrosirius red, luz polarizada). Se aplicó Kruskal-Wallis y correlación de Spearman. HFCD incrementó de forma progresiva la endotoxemia (1,59 EU/mL a 21 días, $p = 0,002$) y la neutrofilia (+40 pp vs. basal, $p = 0,0136$), con fuerte correlación entre ambos ($r = 0,8653$, $p < 0,0001$). La fibrosis evolucionó de lesiones focales a compromiso difuso del ventrículo izquierdo, predominando en subendocardio.

Resultados: El área total de colágeno aumentó de 2,19% (basal) a 27,01% (21 días, $p = 0,0028$), con incrementos significativos tanto en colágeno tipo I (18,37%, $p = 0,0038$) y tipo III (5,92%, $p = 0,0104$), y mayor relación I/III ($p = 0,0376$). La endotoxemia se correlacionó estrechamente con colágeno total ($r = 0,9033$), tipo I ($r = 0,8857$), tipo III ($r = 0,8330$), y relación I/III ($r = 0,5912$).

Conclusiones: Estos hallazgos vinculan la disfunción de la barrera intestinal y la inflamación sistémica con el remode-



lado fibrótico ventricular, destacando al eje intestino-corazón como una diana terapéutica clave en enfermedad coronaria avanzada.

Incremento del diámetro de la raíz aórtica en adultos post operados de transposición de grandes arterias

Natalie Vega Almendra, Diego Pérez Páez, Julio Manríquez Ortiz, Carlos Goset Poblete, Andres Fantuzzi Selle, Luis Cárdenas Melo, Daniel Pérez Ibarra

Clínica Santa María

Introducción: La d-transposición de grandes arterias (d-TGA) es el segundo defecto cardiaco cianótico más común. El manejo quirúrgico es el switch arterial (ASO), con buena sobrevida. Sus complicaciones a largo plazo incluyen dilatación progresiva de la raíz neo-aórtica, estenosis supra-ventricular pulmonar (ESVP), disfunción ventricular (DFX) y obstrucción coronaria.

Objetivos: Describir el diámetro de la raíz aórtica (RAO) medido por ecocardiografía (ECO) en una muestra de pacientes adultos operados de d-TGA, y buscar su correlación con edad, IMC y masa de VI.

Métodos: Estudio descriptivo y analítico de pacientes >15 años, con d-TGA y ASO, en seguimiento en Clínica Santa María entre 2015-2025. Se analizaron fichas clínicas y ECO. Se creó base de datos en REDCap. Se evaluaron medidas de tendencia central. Se evaluó normalidad de variables continuas con test de Shapiro-Wilk. Para correlación se aplicó Pearson. Se construyeron modelos de regresión lineal múltiple para identificar predictores independientes del RAO. Se

consideró significativo un $p < 0.05$. El análisis estadístico se realizó en Stata 19.

Resultados: Se analizaron 28 pacientes de edad promedio 25 años (16–37). 82% hombres. La media de IMC fue 24.2 (17.6 - 31.5). 82.1% tenía TGA simple. Ninguno con obstrucción coronaria. ECO actual: 4 pacientes (14.3%) con ESVP. 4 pacientes con DFX derecha. El índice de Masa Ventricular Izquierda (imVI) presentó gran dispersión: media 91.6 (60–313) y mediana de 76.9 gr/m². 2 pacientes presentaron imVI > 120 gr/m², ambos con TGA compleja y Coartación aórtica. La media de RAO fue 35 mm (28–48). 42.9% con RAO>35 mm y 17.8% >40 mm. Para el análisis estadístico se excluyeron los 2 outliers de imVI. Existe una relación lineal significativa entre imVI y RAO ($R = 0.64$ con $p = 0.0007$) pero no significativa para IMC ni edad. La RAO tendió a aumentar con edad con $p=0.05$. Se construyó un modelo de regresión lineal múltiple ($R^2 = 0.71$, $p < 0.01$), donde el imVI fue el principal predictor independiente del diámetro de raíz aórtica.

Conclusiones: Los resultados muestran fuerte correlación entre imVI y RAO. El imVI puede indicar remodelación ventricular, y puede verse afectado por hipertensión arterial, valvulopatía y obesidad. Se deben crear estudios longitudinales para analizar el efecto de la edad sobre el imVI y comparar controles sin TGA. Encontrar predictores puede dirigir la prevención cardiovascular de los pacientes en programas de congénitos adultos.

Efecto del envejecimiento sobre el estrés oxidativo y la respuesta inflamatoria en la cirugía cardíaca con circulación extracorpórea en pacientes tratados con antioxidantes: resultados de un ensayo clínico aleatorizado

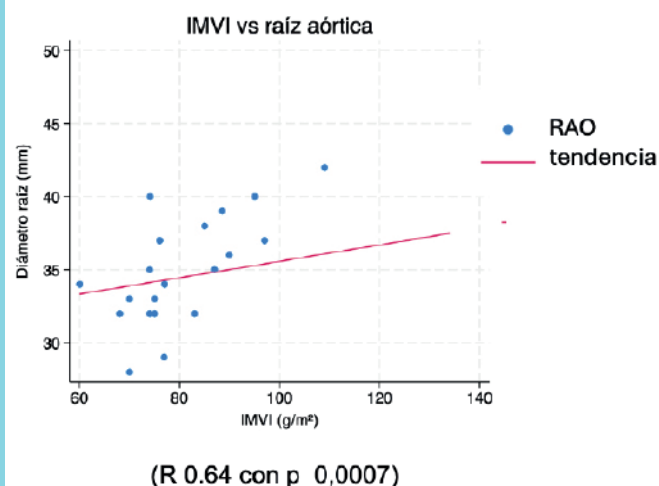
Tomás Nef, Santiago Gelerstein, Isidora Alcantar, José Lillo-Moya, Rodrigo Castillo, Rubén Aguayo, Ramón Rodrigo, Abraham Gajardo

Universidad de Chile, Hospital Salvador

Introducción: La fibrilación auricular postoperatoria (FAPO) es la complicación arritmica más frecuente de la cirugía cardíaca con circulación extracorpórea (CCCE). La CCCE provoca un intenso estrés oxidativo (EO) e inflamación por isquemia-reperusión (IR), mecanismos clave en la fisiopatología de la FAPO. Aunque el EO aumenta con la edad, se desconoce si los pacientes mayores presentan una respuesta exacerbada a la IR por CCE y si pueden beneficiarse más de una terapia antioxidante.

Objetivo: Determinar el efecto de la edad en la respuesta de EO e inflamación inducida por CCCE, y evaluar si la suplementación antioxidante modifica estas respuestas y previene la FAPO.

Correlación (r Pearson)





Métodos: Ensayo clínico aleatorizado en 203 pacientes sometidos a CCCE, asignados 7 días antes de la cirugía a placebo o antioxidantes orales (ácidos grasos poliinsaturados n-3, vitamina C, y vitamina E). Los participantes se clasificaron en jóvenes (44–59 años) y mayores (≥ 60 años). Se midieron marcadores de EO (malondialdehído [MDA], capacidad antioxidante FRAP) e inflamación (leucocitos) antes y después de la CCCE. Se compararon los cambios relativos pre/post según edad y tratamiento mediante regresión lineal, y se analizó la incidencia de FAPO mediante modelos de Cox.

Resultados: La terapia antioxidante atenuó de forma significativa el EO y la inflamación inducidos por la CCCE en ambos grupos etarios. En el grupo placebo, los pacientes mayores mostraron mayor incremento de MDA ($p=0,023$) y menor FRAP ($p=0,002$) que los jóvenes; estas diferencias desaparecieron con antioxidantes ($p>0,05$). No observamos cambios significativos en la razón de leucocitos. Además, la suplementación redujo el riesgo de FAPO, con un beneficio más pronunciado en los mayores ($HR=0,17$; $p=0,005$) que en los jóvenes ($HR=0,40$; $p=0,036$).

Conclusión: Los pacientes mayores presentan una respuesta más intensa de EO frente a la CCCE, lo que podría explicar su mayor riesgo de FAPO. Nuestra terapia antioxidante atenúa estos efectos y resulta especialmente beneficiosa en este grupo de pacientes con alto riesgo de FAPO.

Reparación quirúrgica primaria de tetralogía de fallot en adultos

Katia Rivera Ladino, Rodrigo González, Jhon Arenas, Francisca Arancibia, Ronald Acuña, Polentzi Uriarte, Pamela Zelada, Daniel Springmuller, Ana Rubilar

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica, Hospital Clínico Universidad Católica

Introducción: En la actualidad, la reparación primaria de la Tetralogía de Fallot (TF) se realiza antes del año de vida, siendo anecdótica en la edad adulta. La mortalidad operatoria publicada para la reparación primaria en el adulto se describe entre el 5-6%, con una tasa de supervivencia de 75% a los 10 años. Se presenta nuestra experiencia en reparación primaria de TF en el adulto.

Material y método: estudio retrospectivo observacional, desde enero del 2000 a julio 2025. Incluye 25 pacientes, 14 hombres (56 %), con edad promedio en la cirugía de 30 años. El espectro anatómico incluía 19 estenosis subvalvular y/o valvular pulmonar, 5 atresias pulmonares (1 con colaterales aorto-pulmonares) y 1 con agenesia de velos pulmonares. Tenían cromosomopatías 7 pacientes. Se revisaron las fichas clínicas, procedimientos quirúrgicos realizados y seguimien-

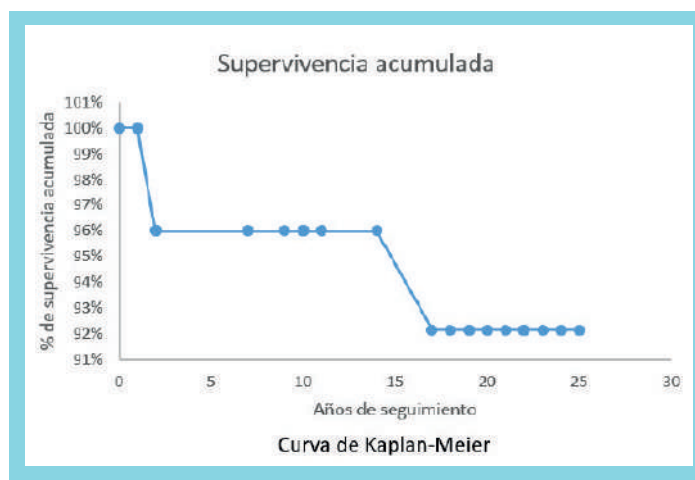
to a largo plazo.

Resultados: 22 pacientes (88%) fueron derivados desde hospitales de adultos. Las causas de no reparación en la infancia fueron diagnóstico tardío 16 (64%), declarado no operable 7 (28%) o por rechazo familiar 2 (8%). 8 pacientes (32%) tuvieron procedimientos paliativos previos. El hematocrito promedio pre operatorio era de 63.5 ± 2.8 %. La reparación incluyó el cierre de la comunicación interventricular con parche de Dacrón y ampliación del tracto de salida del ventrículo derecho. Las técnicas más utilizadas fueron el parche infundibular con preservación de la válvula nativa en 12 (48%) y el parche transanular con implante de prótesis biológica en posición pulmonar en 7 pacientes (28%). Una paciente fue sometida a procedimientos de unifocalización de colaterales aorto pulmonares y finalmente a cierre de CIV con parche de dacrón (fenestrado). En 11 pacientes (44%) se dejó una CIA de descarga (Tabla 1). El promedio de estadía

Figura 1. Cirugías paliativas previas, técnica y procedimientos quirúrgicos.

Cirugías paliativas previas	N°	%
Fistula Blalock Taussig	4	16%
Conducto VD-APs	2	8%
Ampliación del TSVD	1	4%
Stent en colateral aortopulmonar	1	4%
Total	8	32%
Técnicas quirúrgicas		
Preservación de VP nativa	12	48%
PTA con implante de VP biológica	7	28%
PTA sin implante de VP	3	12%
Conducto VD-APs	3	12%
Unifocalización	1	4%
Procedimientos añadidos		
Comunicación interauricular descarga	11	44%
Comunicación interventricular descarga	1	4%
Plastia de válvula tricúspide	2	8%
Bentall mecánico	1	4%

VD-APs: ventrículo derecho - arterias pulmonares, TSVD: tracto de salida del ventrículo derecho, VP: válvula pulmonar, PTA: parche transanular



hospitalaria fue de 9.2 ± 1.9 días, con una mortalidad de 0% al alta hospitalaria. La supervivencia acumulada es del 95% a los 5, 10, 15 años y 92% a los 20 años (Gráfico 1). Las muertes registradas son por sepsis e infarto. Durante este período de seguimiento han requerido procedimientos adicionales 4 pacientes, 1 implante de válvula pulmonar, 2 embolizaciones de colaterales aorto-pulmonares y 1 angioplastia de arterias pulmonares. El 81.2% se encuentran en CF I.

Conclusiones: la reparación quirúrgica primaria en adultos con TF en nuestro medio puede realizarse con baja mortalidad y buena sobrevida. Los pacientes requieren seguimiento crónico de por vida.

Resultados a mediano plazo del reemplazo valvular aórtico con técnica de neocuspidización con pericardio autólogo (técnica de OZAKI)

Enrique Seguel, Rodrigo Reyes, Roberto González, Aleck Stockins, Luis Figueroa

Hospital Guillermo Grant Benavente

Introducción: La neocuspidización de la válvula aórtica es una técnica desarrollada por el Dr. Ozaki, en Japón, que utiliza el pericardio del paciente para construir los velos aórticos con una plantilla (AvNeo®) de forma estandarizada.

Objetivo: Evaluar los resultados clínicos y ecocardiográficos de los pacientes intervenidos con técnica de Ozaki.

Material y Método: Estudio prospectivo de los pacientes a los que se realizó una reemplazo de válvula aórtica con Técnica de Ozaki entre 2019 y 2024 ($n=61$). Se analizan variables demográficas, preoperatorias e intraoperatorias. Se evaluó el resultado inmediato y complicaciones operatorias; y los gradientes trans valvulares, aparición de insuficiencia aórtica >3 , necesidad de reintervenciones y la supervivencia hasta julio 2025.

Resultados: 45 pacientes de género masculino. Edad

promedio de 52.6 ± 12.3 años (rango 22 - 80). La patología valvular correspondió a estenosis en 45. Nueve pacientes con endocarditis activa (1 en prótesis). La morfología de las válvulas correspondió a bicúspides en 38. La fracción de eyección del VI preoperatoria fue $57. \pm 12.2\%$. Para los pacientes con estenosis, el gradiente trans valvular máximo fue 76.4 ± 33.1 mmHg. El riesgo operatorio por EuroSCORE II fue 2,3%. Todas las intervenciones fueron electivas. Hubo 8 cirugías asociadas (3 cirugías coronarias, 3 reparaciones mitrales, 1 reparación tricuspídea y 1 cierre de CIV). Los tiempos de pinzamiento aórtico y bomba fueron 93.7 ± 21.5 y 100.9 ± 20.9 minutos. Hubo 2 conversiones a reemplazo con prótesis. Ecocardiograma de salida mostró una buena morfología de la válvula, bajo gradiente trans aórtico y ausencia de insuficiencia aórtica en todos los casos. Una paciente (endocarditis de prótesis) presentó disfunción del VI y requirió asistencia con ECMO post operatorio. Tres pacientes presentaron AC x FA. No hubo mortalidad operatoria. El seguimiento fue de 34 ± 14.4 meses. El gradiente máximo promedio a los 6, 12, 24 y 36 meses fue 10,7; 13,5; 14,3 y 21,5 mmHg respectivamente. Cuatro pacientes presentan una insuficiencia >3 . Tres pacientes fueron reintervenidos a los 2, 4 y 7 meses de la cirugía (dos por insuficiencia y uno por endocarditis). Hubo 2 fallecidos.

Conclusión: La cirugía de neocuspidización de válvula aórtica con técnica de Ozaki es una técnica reproducible con una baja tasa de complicaciones operatorias. Puede ser una alternativa en el tratamiento de la enfermedad valvular aórtica en pacientes seleccionados.

Uso de los inhibidores del cotransportador de sodio - glucosa tipo 2 (SGLT2) en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada y los cambios tempranos en la medición de strain auricular al ecocardiograma de superficie

David Chilikuinga, Luigi Gabrielli

Hospital Clínico Universidad de Chile

Antecedentes: En las guías clínicas para el manejo y tratamiento de pacientes con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección preservada (ICFEP), el uso de inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2 (inhibidores de SGLT-2) se ha convertido en un estándar de atención. El objetivo es evaluar en pacientes con ICFEP estable si el uso de inhibidores de SGLT2 se relaciona con una mejoría de la función auricular izquierda (AI).

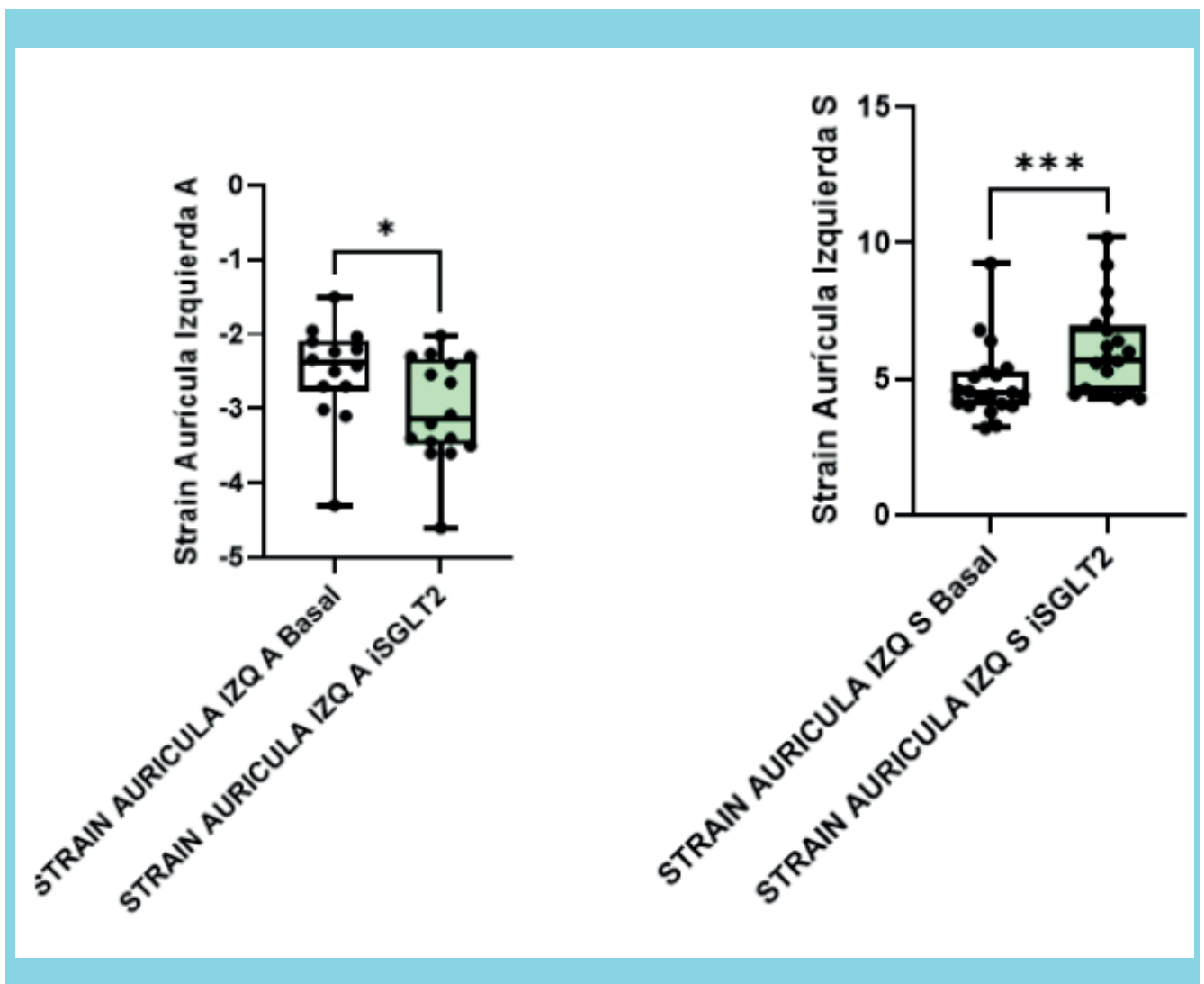
Método: Estudio de cohorte prospectivo. Se incluyeron

pacientes post hospitalizados con diagnóstico de ICFEP en condición estable y tratamiento médico óptimo. Se les realizó una ecocardiografía transtorácica completa y posteriormente recibieron un inhibidor de SGLT-2 como parte de su tratamiento, con seguimiento de 30 días. Posteriormente, se realizó una ecocardiografía transtorácica final. La función de la AI se evaluó mediante deformación por speckle tracking (deformación positiva de la AI durante la sístole ventricular para la función de reservorio de la AI y deformación negativa de la AI durante la contracción auricular para la función sistólica de la AI). Los resultados se evaluaron con pruebas no paramétricas (post Shapiro-Wilk), Wilcoxon signed-rank y la prueba de correlación de Spearman.

Resultados: Se incluyeron veinte pacientes; edad promedio 78 (60-88 años), 80% eran mujeres. Se observó una reducción significativa de la presión pulmonar sistólica (PSAP)

y una mejoría significativa de la excursión sistólica del plano anular tricúspide (TAPSE) después de la administración del inhibidor de SGLT-2. Con respecto al análisis del strain auricular, observamos una mejoría significativa en las AIs y la ALa después de la administración del inhibidor de SGLT-2. Encontramos correlación significativa entre el cambio de la ALa y el cambio de PSAP después del tratamiento (Spearman R: - 0,59; IC 95%: -0,8663 a -0,04181; p: 0,036); también el cambio de las AI y el cambio de E/A después del tratamiento (Spearman R: - 0,60; IC 95%: -0,85 a -0,11; p: 0,011).

Conclusiones: El uso de inhibidores del SGLT-2 en pacientes con ICFEP estable muestra una mejoría temprana (30 días) en la función sistólica y de reservorio de la AI. Esta mejoría en la función de la AI se relacionó parcialmente con cambios en la función ventricular derecha (PSAP y TAPSE) y una mejor función diastólica del ventrículo izquierdo.





TRABAJOS PÓSTER

JUEVES 11 DE DICIEMBRE:
10:00 – 10:40 Hrs.

Clasificación de shock cardiogénico SCAI y riesgo de mortalidad a corto plazo en distintas unidades de cuidados intensivos cardiológicos: una revisión sistemática con meta-análisis

Abraham Gajardo Cortez, Santiago Ferriere, Nicolás Lavados, Archibald Chester, Thomas Kouyomdjian, Daniel Durán, Eduardo Villa, Josefa Bonacic

Facultad de Medicina Universidad de Chile

Introducción: La clasificación SCAI es el estándar actual para estratificar el shock cardiogénico (SC). Aunque los estudios de validación muestran un aumento progresivo de la mortalidad desde el estadio A al E, existe heterogeneidad en las estimaciones del riesgo específico por estadio y en cómo este varía entre distintos tipos de unidades de cuidados intensivos cardiológicos (UCIC).

Objetivo: Evaluar la asociación entre los estadios SCAI y la mortalidad a corto plazo en pacientes con SC ingresados en UCIC médicas versus quirúrgicas/mixtas (QxMx).

Métodos: Se realizó una revisión sistemática con meta-

análisis (PROSPERO CRD420251061064) siguiendo las guías Cochrane y PRISMA. Se incluyeron estudios observacionales y experimentales publicados entre 2019 y abril de 2025 en PubMed y Scopus, que evaluaran adultos con SC clasificados mediante SCAI en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario. La selección y extracción de datos se efectuaron de forma independiente por dos revisores, con discrepancias resueltas por un tercero. El desenlace primario fue la mortalidad a corto plazo (intra-hospitalaria o a 30 días). De forma diferenciada por UCIC médicas y QxMx, se estimaron los riesgos crudos de mortalidad por estadio SCAI y los riesgos relativos (RR) entre estadios mediante modelos de efectos mixtos con intercepto aleatorio.

Resultados: Se incluyeron 39 estudios con un total de 95.083 pacientes. La mortalidad por estadio SCAI en UCIC médicas y QxMx fue, respectivamente: A 3% vs 1%, B 13% vs 14%, C 24% vs 21%, D 44% vs 37% y E 67% vs 55%. El ingreso en el estadio E se asoció a un marcado aumento del riesgo de muerte comparado con el estadio (RR=13,55 [IC95% 5,92–31,02] en UCIC médicas y RR=21,34 [IC95% 1,17–389,42] en UCIC QxMx). El riesgo de mortalidad aumentó de forma lineal entre estadios SCAI adyacentes, excepto entre B y C en UCIC QxMx, donde se observó un incremento más pronunciado (RR=4,06 [IC95% 1,31–12,59]).

Conclusión: La mortalidad específica por estadio SCAI es mayor en UCIC médicas que en UCIC QxMx. La progresión entre estadios se asocia a un aumento constante del riesgo de mortalidad, siendo la magnitud de esta asociación mayor en UCIC QxMx.

Tipo de UCIC	Estadio	RR vs Estadio Previo [IC 95%]	RR vs Estadio A [IC 95%]
Médica	B	2.25 [1.76, 2.89]	2.25 [1.76, 2.89]
Quirúrgica/Mixta	B	1.55 [0.93, 2.58]	1.55 [0.93, 2.58]
Médica	C	1.98 [1.41, 2.78]	4.46 [2.48, 8.02]
Quirúrgica/Mixta	C	4.06 [1.31, 12.59]	6.29 [1.22, 32.53]
Médica	D	2.06 [1.75, 2.43]	9.21 [4.34, 19.54]
Quirúrgica/Mixta	D	1.53 [1.24, 1.89]	9.61 [1.5, 61.34]
Médica	E	1.47 [1.36, 1.59]	13.55 [5.92, 31.02]
Quirúrgica/Mixta	E	2.22 [0.78, 6.35]	21.34 [1.17, 389.42]



Variable	Comparación / Relación	Resultado	Valor p
Sexo	Hombres vs Mujeres	Hombres con mayor distancia TM6M	0,004
Estatura	Correlación con distancia TM6M	Positiva	0,009
Verticalización temprana	≤24 h vs >24 h post-extubación	+54 m en distancia promedio	0,018
Verticalización temprana	≤24 h vs >24 h post-extubación	+0,9 m/min en velocidad promedio	0,022
Potasio (K ⁺) post-extubación	Asociación con distancia	-71 m por 1 mEq/L ↑	0,012
Bicarbonato (HCO ₃ ⁻) post-extubación	Asociación con distancia	+62 m por 1 mEq/L ↑ (tendencia)	0,059

Factores Clínicos y Bioquímicos Asociados al Rendimiento en el Test de Marcha de 6 Minutos en Pacientes Cardioquirúrgico.

Niger Araneda Chandia

Hospital Las Higueras, Talchuan

Introducción: Este estudio se realizó con el objetivo de identificar los factores clínicos, perioperatorios y bioquímicos asociados al rendimiento en la prueba de marcha de 6 minutos (TM6M) en pacientes cardioquirúrgicos sometidos a cirugía de revascularización miocárdica (CRM) o recambio valvular (RVAo) antes del alta. Además, buscó estimar la magnitud de estas asociaciones mediante tamaños de efecto y coeficientes de regresión, así como describir la distribución del rendimiento por deciles, evaluando si los pacientes con extubación y verticalización tempranas presentaban mejores resultados. Los hallazgos más relevantes mostraron que el sexo masculino y una mayor estatura se asociaron con un mejor rendimiento en el TM6M, lo cual coincide con la evidencia previa sobre factores antropométricos. Asimismo, se observó que los tiempos más cortos de extubación y primera verticalización se relacionaron con un mejor desempeño en la prueba, respaldando la importancia de la movilización temprana en pacientes críticos, tal como lo han demostrado estudios como los de Burtin et al. (2009), Adler & Malone (2012) y Schweickert et al. (2009). Por último, se identificó que marcadores bioquímicos peri-extubación, como niveles más altos de bicarbonato (HCO₃⁻) y menores de potasio (K⁺), tuvieron una asociación plausible con una mejor tolerancia al ejercicio submáximo.

Conclusión: Esta investigación destaca la influencia de factores antropométricos, la movilización temprana y el estado metabólico peri-extubación en la capacidad funcional de los pacientes cardioquirúrgicos. Estos resultados refuerzan la

importancia de estrategias como la verticalización precoz y el manejo adecuado del equilibrio ácido-base para optimizar la recuperación y el rendimiento físico en este tipo de pacientes.

Resultados y Evolución del Programa ECMO en Hospital Regional de Antofagasta (2021–2025)

Javier Labbé, Taina Urdaneta, Andrés Pumarino, Macarena Jiménez, Nicolás Drolett, Víctor De La Torre, Richard Ordenes, Héctor Olguín Aguirre

Hospital Regional de Antofagasta

Introducción: El soporte extracorpóreo mediante ECMO ha permitido ampliar las opciones terapéuticas en pacientes críticos del norte de Chile. El análisis de resultados permite identificar fortalezas y áreas de mejora, especialmente considerando las limitaciones tecnológicas y de recursos en un centro alejado de la capital.

Objetivos: Describir los resultados clínicos de los pacientes con ECMO entre 2021 y 2025 en el Hospital Regional de Antofagasta y analizar factores asociados a sobrevida según tipo de soporte.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de egresos hospitalarios con ECMO (2021–2025). Se registraron variables de egresos, estancia media, fallecidos y sobrevivientes, diferenciando el tipo de soporte (respiratorio V-V vs circulatorio V-A). Los datos fueron obtenidos de reportes institucionales y bases clínicas.

Resultados: Se analizaron 40 pacientes (edad media 55 años). Hubo 21 fallecidos (52,5%) y 19 sobrevivientes. La estancia media fue 49,3 días. La mayor mejoría se observó en ECMO respiratorio (V-V), donde la estrategia de manejo avanzado de la vía aérea y la implementación sistemática de lavados broncoalveolares contribuyeron a mejores resultados clínicos. En contraste, los pacientes con ECMO veno-arterial



Cuadro resumen – ECMO HRA 2021–2025

Año	Egresos	Fallecidos	Sobrevivientes	Estancia media (días)
2021	11	4	7	49,4
2022	5	2	3	60,6
2023	10	6	4	28,1
2024	9	6	3	33,1
2025	5	3	2	74,4
Total	40	21	19	49,3 (promedio)

(V-A) presentaron alta mortalidad, principalmente en contexto de post-cardiotomía. Incorporándose el venteo de cavidades izq. de forma sistemática. No se cuenta con asistencia de mayor duración (ventrículo izquierdo/derecho), lo que limita la transición a estrategias de soporte prolongado. Tampoco se ha implementado de forma sistemática la estrategia de “wake-up ECMO” (despertar precoz), reconocida como fundamental en la evolución de estos pacientes.

Conclusiones: El programa ECMO en Antofagasta ha mostrado resultados favorables en soporte respiratorio, con sobrevida mayor al 50%. Persisten desafíos relevantes en ECMO V-A post-cardiotomía y en la disponibilidad de asistencia prolongada. La incorporación de protocolos de despertar precoz y el acceso a dispositivos de asistencia ventricular representan pasos clave para mejorar los resultados futuros.

Reparación Anatómica en Transposición Congénitamente Corregida, Reporte de Casos.

Katía Rivera Ladino, Ronald Acuña, Rodrigo González, Polentzi Uriarte, Pamela Zelada, Daniel Springmuller, Francisca Arancibia, Ana Rubilar, Sofía Lay

Ins.Nac.Enf.Resp.y Cirugía Torácica, Hospital Clínico P. Univ. Católica De Chile, Hospital Talagante

Introducción: La transposición congénitamente corregida de las grandes arterias (cc-TGA) es una malformación rara y compleja, que representa aproximadamente el 0,05 a 1% de las cardiopatías congénitas. Existen dos estrategias terapéuticas: 1. reparación fisiológica, la más frecuente actualmente, consiste en reparar los defectos asociados manteniendo el ventrículo derecho como sistémico. 2. Reparación anatómica, que consiste en dejar al ventrículo izquierdo como sistémico mediante un “doble switch” quirúrgico (y reparar defectos

asociados). En esta última, se describen diferentes técnicas quirúrgicas como el Switch Auricular (Senning/Mustard) asociado a Switch Arterial, Rastelli o Nikaidoh, todas con una alta complejidad. Se presentan 4 pacientes con reparación anatómica en la infancia que mantienen seguimiento en nuestra Institución. Se revisaron las fichas clínicas, antecedentes, procedimientos realizados y seguimiento a largo plazo. Son 3 mujeres, 1 hombre, cuyas edades actuales son de 22 a 38 años y un promedio de seguimiento de 11 años. La técnica quirúrgica para la reparación se utilizó Senning/Rastelli en 3 pacientes, Senning/switch arterial en 1 paciente. La supervivencia en el seguimiento es 100%. Se han registrado reintervenciones en 2 pacientes, por re cambio de conducto valvulado ventrículo derecho-arterias pulmonares (VD-APs), y cirugía por obstrucción de baffle venoso pulmonar. Además, se registran intervenciones percutáneas, siendo en 2 pacientes balónplastia del conducto VD-APs y 1 angioplastia con stent del baffle venoso sistémico por obstrucción. Dos pacientes han presentado bloqueo auriculoventricular y han requerido implante de marcapaso. Un paciente con disfunción sistólica severa del ventrículo izquierdo se avanza en terapia de resincronización cardíaca. Con respecto a la función sistólica del ventrículo izquierdo, en 3 pacientes es normal, 1 está severamente disminuida (Senning /Jatene). Dos pacientes han presentado arritmias supraventriculares (Flutter y TPSV) y uno fue sometido a ablación de la misma. La capacidad funcional actual es I en tres de los cuatro pacientes y el pro BNP promedio es 329 pg/dl. Un paciente logra 3 embarazos y todos se encuentran con trabajo activo actualmente (Tabla 1).

Conclusión: En nuestro medio la reparación anatómica es infrecuente. El seguimiento a largo plazo de esta cardiopatía es esencial por la alta carga de eventuales complicaciones y requerimiento de procedimientos invasivos.



Diferencia Según Morfología Derecha e Izquierda del Adulto Postoperado de Cirugía de Fontan, Experiencia de más de 20 Años en un Centro Cardioquirúrgico

Christian Dagoberto López Santos, Andres Fantuzzi Selle, Daniel Pérez Ibarra, Luis Cárdenas Melo, Carlos Guerrero Maya, Julio Andrés Manríquez Ortiz, Natalie Vega Almendra

Clínica Santa María

Introducción: La cirugía de Fontan como cirugía paliativa en pacientes con cardiopatías congénitas univentriculares, ha llevado a mejorar el pronóstico a largo plazo de estos pacientes, superando ya a la edad adulta, y analizar su estado actual es vital en un centro cardiovascular.

Objetivo: Describir el estado actual del paciente adulto postoperado de cirugía de Fontan en nuestro centro cardiovascular diferenciando según morfología derecha e izquierda de ventrículo único.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes adultos mayores de 18 años, que se atienden en Clínica Santa María, con antecedente ventrículo único postoperado de cirugía de Fontan, y comparándolos dependiendo de la morfología derecho o izquierdo, del ventrículo sistémico. Análisis con t de student se considera diferencia estadística $p < 0.05$.

Resultados: Se analizaron 36 pacientes, 2 se excluyeron en estado Glenn. De 34 pacientes, en promedio a los 3 años se les completó la derivación cavopulmonar total (cirugía de Fontan). El 73% de estos son portadores de corazón con ventrículo único sistémico (VUS) de morfología izquierda, con edad media de 29 años, presentando mejor suficiencia de la válvula atrioventricular y menor porcentaje de necesidad de marcapa-

sos en comparación con el grupo de VUS de morfología derecha (ver tabla). El diagnóstico anatómico más frecuentes con VUS de morfología izquierda es la atresia tricuspídea (64%), y VUS de morfología derecha el síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico (SVIH) y doble salida de ventrículo derecho (DSVD) con 33% cada uno. La presión media del sistema Fontan presenta más alta VUS izquierda en tres mmHg, aun entre límites aceptables, y la diferencias entre concentración de hematocrito y la presión telediastólica de ventrículo sistémico no son estadísticamente significativas.

Conclusión: Los resultados observados en nuestros pacientes muestran que no hay diferencia estadísticamente significativa en los parámetros analizados para ambas morfologías de VUS en etapa de Fontan, sin embargo como muestra la literatura, es conocido que los pacientes progresan a deterioro multisistémico temprano en la edad adulta y presentar patologías asociadas al Fontan, por lo que es importante ampliar a otros parámetros y extender el seguimiento de los actuales para el mejor entendimiento de la enfermedad.

“Reemplazo de Aorta Ascendente y Arco Aórtico por Minitoracotomía: ¿Extubación Inmediata O Diferida? Perspectiva de un Estudio De Cohorte”

Carlos Torres Herrera, César Patricio Paulsen Muñoz, Jorge Agustín Pavón Cáceres, Pablo Andrés Salazar Elizalde, Miguel Angel Puga-Tejada, Federico Eduardo Turner González

Clínica Santa María, Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas IECD

Introducción: La mejora en las técnicas quirúrgicas y anestésicas ha dado paso a una recuperación post-cirugía cardíaca más temprana. La extubación en unidad de cuidados

	VU SISTÉMICO IZQUIERDO	VU SISTÉMICO DERECHO	p < 0.05
No. pacientes	25 (73.5%)	9 (25.7%)	
Edad del paciente (años)	29 (DE 7.17)	23 (DE 6.71)	0.021
Operado de Fontan (años)	3 (DE 5.57)	3 (DE 0.580)	0.999
Diagnóstico anatómico	Atresia tricuspídea (64%) Canal atrioventricular desblanceado (16%) Atresia Pulmonar con septum intacto (12%) Doble entrada ventricular izquierda (4%) Otros (4%)	Síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico (SVIH) (33%) Doble salida de ventrículo derecho (33%) Otras (34%)	
Función VU %	55% (46-65)	40% (30-47)	
Insuficiencia de válvula sistémica	Leve (45.7%)	Moderada (55%)	0.37
Hematocrito (%)	48% (DE 7.83)	47.2% (DE 13.85)	0.867
Hemoglobina (g/dl)	16.65 (DE 3.27)	15.90 (DE 4.68)	0.658
Presión media Fontan (mmHg)	13.83 (DE 6.31)	10 (DE 2.37)	0.021
Presión telediastólica de VU	8.4 (DE 2.97)	8 (DE 2.17)	0.718
Marcapasos	4 (16%)	2 (22%)	

**Table 2. Surgery features and clinical outcomes.**

	Total (N=176)	Immediate postoperative extubation (n=99)	ICU extubation (n=77)	P value
Type of surgery, n (%)				.4686
Elective	168 (95.5)	93 (93.9)	75 (97.4)	
Urgent	8 (4.5)	6 (6.1)	2 (2.6)	
Associated root or valve surgery, n (%)				
Root	6 (3.4)	4 (4.0)	2 (2.6)	.6971
Valve	133 (75.6)	77 (77.8)	56 (72.7)	.5507
Temperature, median (IQR)	30.0 (28.0 - 32.0)	31.0 (28.5 - 32.0)	30.0 (28.0 - 32.0)	.0138
ACC time (minutes), median (IQR)	72.5 (62.8 - 84.5)	69.5 (61.0 - 79.5)	78.0 (67.8 - 88.5)	.0016
CPB time (minutes), median (IQR)	88.0 (78.8 - 104)	82.0 (74.3 - 98.8)	95.5 (86.3 - 112)	<.001
Circulatory arrest time (minutes), median (IQR)	14.0 (12.0 - 18.0)	13.0 (11.0 - 18.0)	15.0 (12.0 - 18.5)	.1698
Blood transfusion, n (%)	37 (21.0)	10 (10.1)	27 (35.1)	.0008
Twelve-hour post-surgical bleeding (mL), median (IQR)	230 (170 - 315)	225 (170 - 300)	230 (170 - 360)	.7997
Reoperation, n (%)	5 (2.8)	2 (2.0)	3 (3.9)	.6546
Neurological deficit, n (%)	4 (2.3)	1 (1.0)	3 (3.9)	.3199
De novo atrial fibrillation, n (%)	27 (15.3)	9 (9.1)	18 (23.4)	.0164
Acute renal failure (KDIGO classification), n (%)				.2151
0	144 (81.8)	85 (87.6)	59 (76.6)	
1	23 (13.1)	10 (10.3)	13 (16.9)	
2	4 (2.3)	1 (1.0)	3 (3.9)	
3	5 (2.8)	3 (3.0)	2 (2.6)	
Post-surgical hospital length (days), median (IQR)	7.00 (5.00 - 11.0)	6.00 (5.00 - 8.00)	8.00 (5.00 - 13.5)	.0055

ACC, aortic cross-clamp; CPB, cardiopulmonary bypass; KDIGO, Kidney Disease: Improving Global Outcomes.

intensivos (E-UCI) implica una retirada más tardía de la ventilación mecánica. Para superar esta situación, ha surgido la extubación en pabellón (E-PB), con menor tasa de eventos adversos y menor estancia hospitalaria.

Objetivo: Evaluar la seguridad de la E-PB vs E-UCI tras el reemplazo aorta ascendente y arco aórtico (Re Ao Asc/Arc) con paro circulatorio y perfusión cerebral selectiva.

Material y métodos: Pacientes sometidos a Re Ao Asc/Arc en el periodo de Oct/2016 a Mar/2025. Todos fueron tratados por anestesiólogos especialistas en cirugía cardíaca. Se comparó E-PB vs E-UCI en términos del sangrado posquirúrgico, transfusión sanguínea, reintervención, déficit neurológico, fibrilación auricular de novo, insuficiencia renal aguda

y estancia hospitalaria.

Resultados: Se analizó 176 pacientes, 99 E-UCI (56.3%), mediana de edad de 62 años (rango intercuartil 55-71), 65 mujeres (36.9%). Se observó una clasificación funcional de la NYHA de 3-4 en 17/99 E-PB (17.2%) vs 21/77 E-UCI (27.3%; $p=.118$); mientras que se estimó un EuroSCORE ≥ 6 en 20/99 E-PB (20.2%) vs 18/77 E-UCI (23.4%; $p=.707$). La fracción de eyección auricular izquierda fue significativamente menor en E-UCI (55% vs 62%; $p<.001$). Requirió cirugía urgente en 8/176 pacientes (6/8 E-PB; $p=.468$) y 6/176 cirugía de raíz (4/6 E-PB; $p=.697$). Durante cirugía, la temperatura media fue significativamente mayor en un grado tras E-PB (31 vs 30; $p=.013$). Tras E-PB, el tiempo de pinza-



miento aórtico fue significativamente menor (69.5 vs 78 min; $p=.002$), así como el tiempo de derivación cardiopulmonar (82 vs 95.5 min; $p<.001$). El tiempo de parada circulatoria fue similar (13 vs 15 min; $p=.169$). Los pacientes sometidos a E-PB presentaron un significativo menor requerimiento transfusional (10.1 % vs 35.1 %; $p=.0008$), menor tasa de fibrilación auricular de novo (9.1 % vs 23.4 %; $p=.016$) y menor estancia hospitalaria (6 vs 8 días; $p=.005$). El sangrado posquirúrgico, tasa de reintervención, déficit neurológico e insuficiencia renal aguda fueron similares en ambos grupos.

Conclusión: La E-PB demostró ser más segura que la E-UCI en cuanto a menor necesidad de transfusiones sanguíneas, menor fibrilación auricular de novo y menor estancia hospitalaria posquirúrgica. Es necesario un ensayo clínico aleatorizado y controlado para confirmar estos resultados.

Cirugía Coronaria Off-Pump: Experiencia de 423 Casos en un Cirujano de Alto Volumen en el Norte de Chile

Javier Labbé, Taina Urdaneta, Andrés Pumarino,
Nicolás Drolett, Víctor De La Torre, Félix Morales

Hospital Regional de Antofagasta

Introducción: La cirugía de revascularización miocárdica sigue siendo esencial en la cardiopatía isquémica, enfrentando pacientes cada vez más complejos. La técnica sin circulación extracorpórea (OPCAB) reduce el impacto fisiológico

y es especialmente útil en octogenarios, aorta en porcelana, disfunción renal o ventricular. Sin embargo, su adopción en Chile ha sido limitada y depende del volumen y expertise del centro y del cirujano.

Objetivo: Describir la experiencia y evolución de la técnica OPCAB realizada por un cirujano de alto volumen en un hospital público del norte de Chile.

Métodos: Serie de 423 pacientes sometidos a OPCAB entre 2018–2024. Se analizaron variables demográficas, técnicas quirúrgicas, injertos y evolución perioperatoria en forma retrospectiva.

Resultados: Promedio anual de 60,4 casos (rango 35–88), con aumento progresivo de adopción desde 60% a 90%. Edad media 65 años (máx. 88). Se realizaron 1,7 bypass/paciente; 71% recibió ≥ 2 injertos. El 100% utilizó mamaria izquierda, 56% doble mamaria y 16% safena interna. Hubo complicaciones en 10 pacientes (2%), con mortalidad de 0,5% (2 casos), conversión a CEC en 3, mediastinitis en 2, balón de contrapulsación en 2 y ECMO en 2.

Conclusiones: La experiencia acumulada permite expandir la complejidad de OPCAB con seguridad, logrando resultados comparables a estándares internacionales ($<1\%$ mortalidad). Contar con un cirujano de alto volumen favorece ofrecer esta técnica a pacientes frágiles, siempre con un equipo entrenado para resolver complicaciones. Se requieren programas de entrenamiento para ampliar la implementación de OPCAB en Chile.

Resumen de resultados OPCAB (2018–2024)

Total pacientes	423
Edad promedio	64.7
Edad mínima	35
Edad máxima	88
Sexo (M/F)	363/60
Bypass promedio	1.7
Distribución bypass	{1:122, 2:197, 3:103, 4:1}
Uso safena	67
Uso doble mamaria	238
Uso radial	0
Complicaciones reportadas	10
Mortalidad 30 días	2
Casos por año	{2018:51, 2019:51, 2020:40, 2021:47, 2022:60, 2023:64, 2024:110}



Resultados de Cirugía de Reemplazo de Raíz Aórtica con Técnica de Reimplante Valvular Aórtico. Reporte Inicial de Resultados del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción.

Luis Figueroa, Enrique Seguel, Gustavo Pérez-Guerra, Aleck Stockins, Rodrigo Reyes

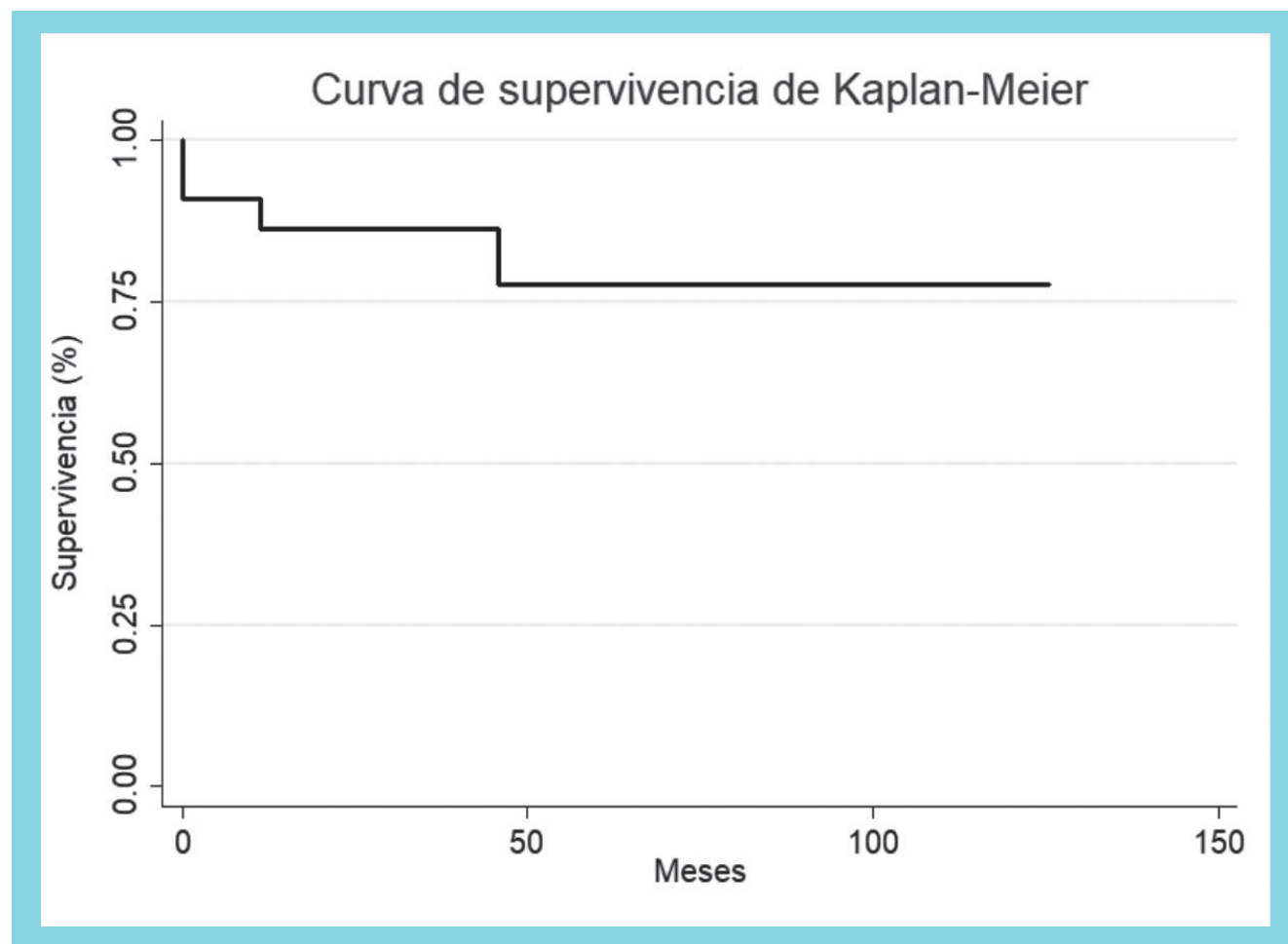
Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción; Universidad de Concepción

Introducción: El aneurisma de raíz aórtica puede tratarse mediante reemplazo valvular y de raíz (operación de Bentall) o preservando la válvula con técnica de reimplante (técnica de David). Se presentan los resultados de la técnica de David en el Hospital Guillermo Grant Benavente.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de 22 pacientes operados electivamente con técnica de David entre 1 de enero de 2015 y 31 de diciembre de 2023. Se analizaron variables clínicas, quirúrgicas y seguimiento hasta mayo 2025. Los resultados se expresan en promedio \pm Desviación standard y

el análisis de supervivencia y re intervenciones se realizaron mediante método de Kaplan-Meier.

Resultados: La edad promedio fue $51,7 \pm 16,08$ años (17–70), 18 hombres (72,2%), un 63,6% presentó hipertensión arterial, diabetes en un 9,09%, dislipidemia 4,5%, tabaquismo 31,8%, cardiopatía coronaria 4,5%, insuficiencia mitral 4,5%, fibrilación auricular 9,09%. La fracción de eyección fue $53 \pm 16\%$ y 18,2% tenían síndrome de Marfan. El diámetro medio de la raíz aórtica fue $54,5 \pm 6,1$ mm, con insuficiencia aórtica moderada/severa en 63,6% de los casos. Un 22,7% presentó Válvula bicúspide. El Euroscore II $3,6 \pm 1,9\%$. En 45,4% se realizó gesto quirúrgico valvular (plicatura central). Hubo tres cirugías asociadas (13,6%). El Tiempo de Circulación extra corpórea fue $161,6 \pm 40$ min y el clampaje de $142,1 \pm 33$ min. Hubo complicaciones en 40% (9 casos): 2 reintervenciones por sangrado, 1 pseudoaneurisma con mediastinitis, 4 pacientes fibrilación auricular, 2 ventilación prolongada. La mortalidad hospitalaria fue 9,1% (2 pacientes, shock distributivo). El seguimiento fue $45,6 \pm 29,8$ meses. Hubo 2 fallecidos (1 no cardiovascular, 1 postoperatorio de re intervención por aneurisma de arco aórtico posterior a di-





sección tipo B). Se registraron 2 reintervenciones valvulares por insuficiencia que fueron a reemplazo y 1 por aneurisma del arco anteriormente mencionado. La supervivencia global a 5 años fue 77,7%. El seguimiento libre de reintervención: 80,6% y libre de reintervención valvular un 88,7%.

Conclusión: La técnica de David es factible de realizar en pacientes seleccionados, la morbimortalidad fue algo superior a lo esperado, pero con resultados de sobrevida y seguimiento libre de reintervenciones son comparables a la literatura internacional a mediano plazo.

Creación de un Banco de Homoinjertos Criopreservados en Latinoamérica: Experiencia y Desafíos

Cecilia Romero M., Pablo Born B., Fernanda Schoenfeldt T.,
Pilar Domínguez B., Patricio González S., Günther Krogh M.,
Pedro Becker R., Rodrigo González F., Santiago Besa B.

Hospital Clínico P. Universidad de Chile

Introducción: El uso de válvulas cardíacas humanas donadas (homoinjerto) ha visto su auge en la última década con el renacimiento de la cirugía de Ross. Sin embargo, un problema creciente es la discordancia entre la tasa de donación de tejidos y la creciente demanda. La experiencia latinoamericana en la recolección, preservación y uso de homoinjertos es escasa.

Objetivos: Describir el desarrollo y los resultados de un nuevo programa de homoinjertos en Latinoamérica,



Materiales y Métodos: Estudio descriptivo. Se caracterizaron los tejidos obtenidos para un programa de homoinjertos y segmentos vasculares en un hospital de referencia terciario de Chile, desde junio de 2024 hasta julio 2025. Se incluyeron corazones explantados por criterio de muerte encefálica, donante vivo (paciente receptor de trasplante cardíaco) y donante por paro cardiorrespiratorio. Los corazones son procurados en condiciones estériles y preservados entre 2-8°C hasta su tallaje. Luego se realiza un protocolo de desinfección y criopreservación controlada para almacenaje en tanques de nitrógeno líquido hasta su uso.

Resultados: Se procuraron 46 corazones. La media de edad del donante fue 48,1 (1-65) años. El 48 % de los donantes fueron mujeres. 11 corazones fueron de receptores de trasplante cardíaco (donante vivo). 34 procuramientos fueron por criterio de muerte encefálica. 1 fue por criterio circulatorio. Se obtuvieron un total de 75 homoinjertos (14 aórticos, 46 pulmonares, 15 segmentos vasculares). El 24 % de los homoinjertos fueron rechazados por causas morfológicas o por cultivos positivos. A la fecha se han utilizado 29 homoinjertos (2 aórticos, 23 pulmonares, 4 segmentos vasculares), su mayoría en el programa de cirugía de Ross de la misma institución. 23 se mantienen disponibles a la fecha en un banco de tejido.

Conclusión: La creación de bancos de homoinjertos con altos estándares de calidad es una necesidad creciente para el desarrollo de la cirugía cardíaca. Su implementación enfrenta múltiples desafíos, desde los aspectos técnicos y legales, la coordinación con los organismos gubernamentales correspondientes, la formación de personal especializado y la disponibilidad de donantes, entre otros. El principal desafío futuro es la implementación de protocolos de descelerización.

Trastornos de la Conducción e Implante de Marcapaso Permanente en Pacientes No Seleccionados Tratados Con Válvula Aórtica Transcatéter Autoexpandible

Gustav Adolf von Plessing-Pierry, Luis Pérez Pino, Paulo Narváez
Saldías, Reinaldo Venegas Aravena, Guillermo Ibieta Carrasco, Isabel
Robles Paredes, Constanza Sandoval Aranedo

Hospital Guillermo Grant Benavente

Introducción: Los trastornos de la conducción y la necesidad de implante de marcapaso permanente (IMP) son complicaciones frecuentes tras la implantación valvular aórtica transcáteter (TAVI), especialmente en pacientes con estenosis aórtica severa (EAS) de riesgo intermedio o bajo. Se ha descrito mayor frecuencia de estos eventos en válvulas autoexpandibles (VAE) en comparación con las balón-expandibles.

Objetivos: Determinar la incidencia de trastornos de la



conducción (bloqueo auriculoventricular y de rama) y la tasa de implante de marcapaso permanente a 30 días en pacientes sometidos a TAVI con VAE, comparando entre los distintos tipos de VAE disponibles en nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes consecutivos que recibieron TAVI con VAE hasta diciembre de 2024, excluyéndose aquellos con marcapaso previo. Se analizaron variables clínicas, anatómicas y procedimentales, así como el tipo de válvula utilizada y la incidencia de eventos eléctricos.

Resultados: De 377 pacientes sometidos a TAVI, 331 (87,8%) recibieron VAE, con edad promedio de 78,3 años (rango 50–95), 54% mujeres, STS promedio $4,1 \pm 2,6$ y 18% con válvula bicúspide. Un 44% presentaba alteraciones de conducción basal. Se utilizaron válvulas Evolut (62,7%), Acurate (17,7%), Allegra (10,3%) y Navitor (9,2%). Se realizó predilatación en 63% y postdilatación en 30%, siendo ambas en 24%. Se observó bloqueo auriculoventricular nuevo en 10,3% y bloqueo de rama nuevo en 12%. La tasa de IMP a 30 días fue 13,6%, de los cuales 85% se implantaron durante la hospitalización. Las tasas de IMP por tipo de válvula fueron: Navitor 20%, Evolut 17,6%, Acurate 6,3%, y Allegra 10,7% ($p=0,197$). La estrategia de cusp overlap mostró una tasa de 17,7% vs 10,4% sin overlap ($p=0,055$).

Conclusiones: La tasa de marcapaso en pacientes con VAE en nuestro centro es similar a la reportada en la literatura. La evaluación preprocedimiento de alteraciones eléctricas es fundamental. Aunque se observan diferencias según tipo de válvula y estrategia de implante, estas no fueron estadísticamente significativas, lo que resalta la necesidad de un enfoque individualizado.

Experiencia de pacientes con estenosis aórtica severa tratados con implante percutáneo de válvula aórtica en hospital base de los ángeles sin disponibilidad de respaldo cardio-quirúrgico

Andrés Salazar, Christian Alarcón, Anibal Dominguez,
Luis Perez, Sergio Collao

Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz

Introducción: El implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI) se ha consolidado como el tratamiento de primera línea en pacientes mayores de 75 años con diagnóstico de estenosis aórtica severa sintomática (EAS). Debido a la creciente experiencia clínica y avances tecnológicos, los resultados de TAVI han mejorado exponencialmente. El 2023, esta técnica se introdujo en nuestro centro.

Objetivo: Conocer los resultados de pacientes con EAS sometidos a TAVI, sin respaldo cardio-quirúrgico, en el complejo asistencial Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles, entre el 2023 y 2025.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos de carácter retrospectivo. Se utilizaron datos de la unidad de hemodinamia del hospital de Los Ángeles, de 29 pacientes sometidos a TAVI. Los datos se obtuvieron de protocolos quirúrgicos, ecocardiogramas y registros en fichas clínicas. El seguimiento se realizó mediante controles clínicos y llamadas telefónicas. Se analizó el tipo de válvula, la técnica de implante, resultados inmediatos, complicaciones y mortalidad precoz e inmediata. Se utilizó para variables cuantitativas medidas de resumen (media y desviación estándar), y para las cualitativas, tablas de frecuencia absoluta y relativas. Para evaluar la calidad de vida (CV) posterior al TAVI se utilizó el cuestionario de Minnesota (MLHFQ). Se agrupó a los pacientes según alteraciones leves, moderadas o severas de su CV.

Resultados: Se sometieron a TAVI 29 pacientes con EAS. La media de edad fue $80 (\pm 4,8)$ años, y un 61% mujeres. El STS score fue de $4,0 \pm 2,5$. El procedimiento fue exitoso en 96,4% ($n = 29$) de los casos, según la definición VARC-3. El 100% recibió una válvula autoexpandible (EVOLUT FX). No se reportaron muertes relacionadas al procedimiento, ni a los 30 días. Se registraron 3 complicaciones vasculares, con resolución percutánea exitosa. 4 pacientes necesitaron marcapasos definitivo (MPD) post procedimiento. Finalmente, el 97% de los pacientes presentó una mejoría de clase funcional. La totalidad de la muestra evidencia una mejora en su CV posterior a TAVI, según el MLHFQ.

Conclusiones: En nuestra experiencia, podemos documentar que el TAVI es un procedimiento seguro y eficaz, pese a no contar con respaldo cardio-quirúrgico, y mejora significativamente la CV de los pacientes. Nuestros resultados son comparables a los datos de la literatura.

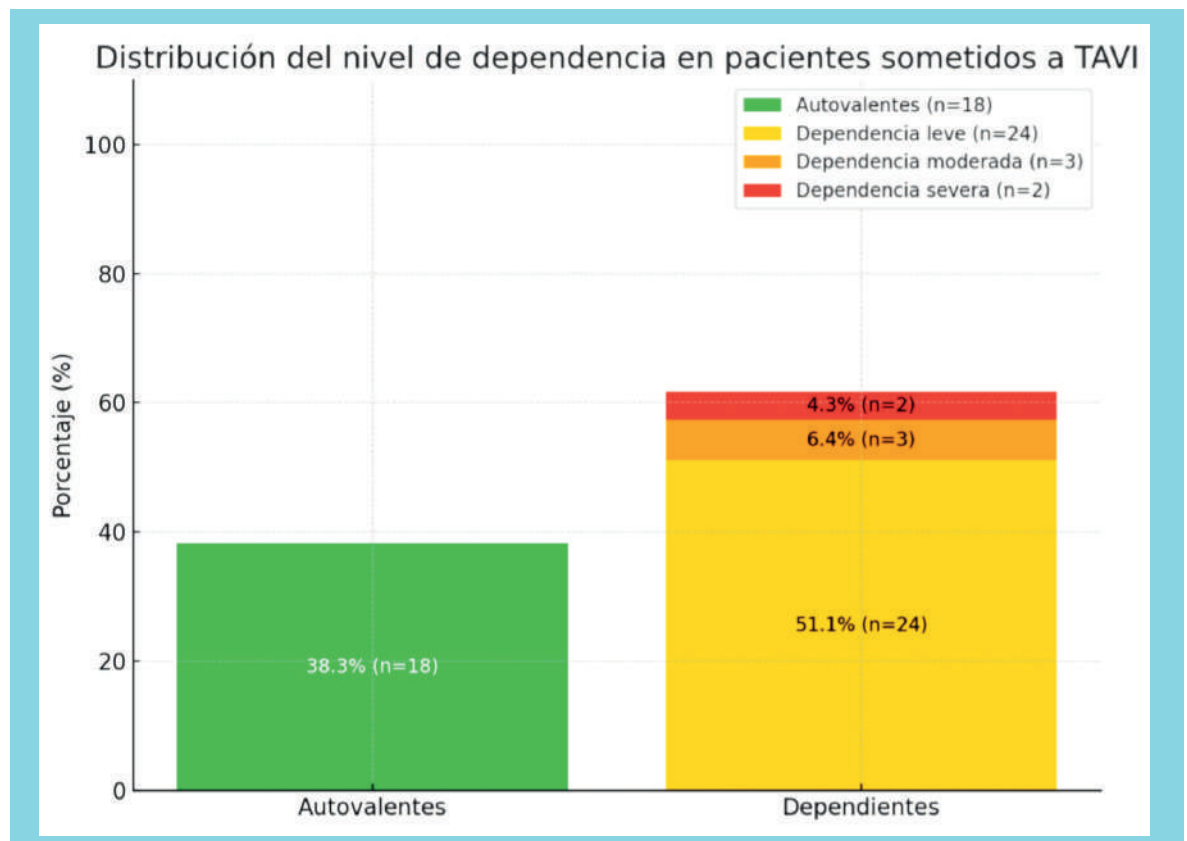
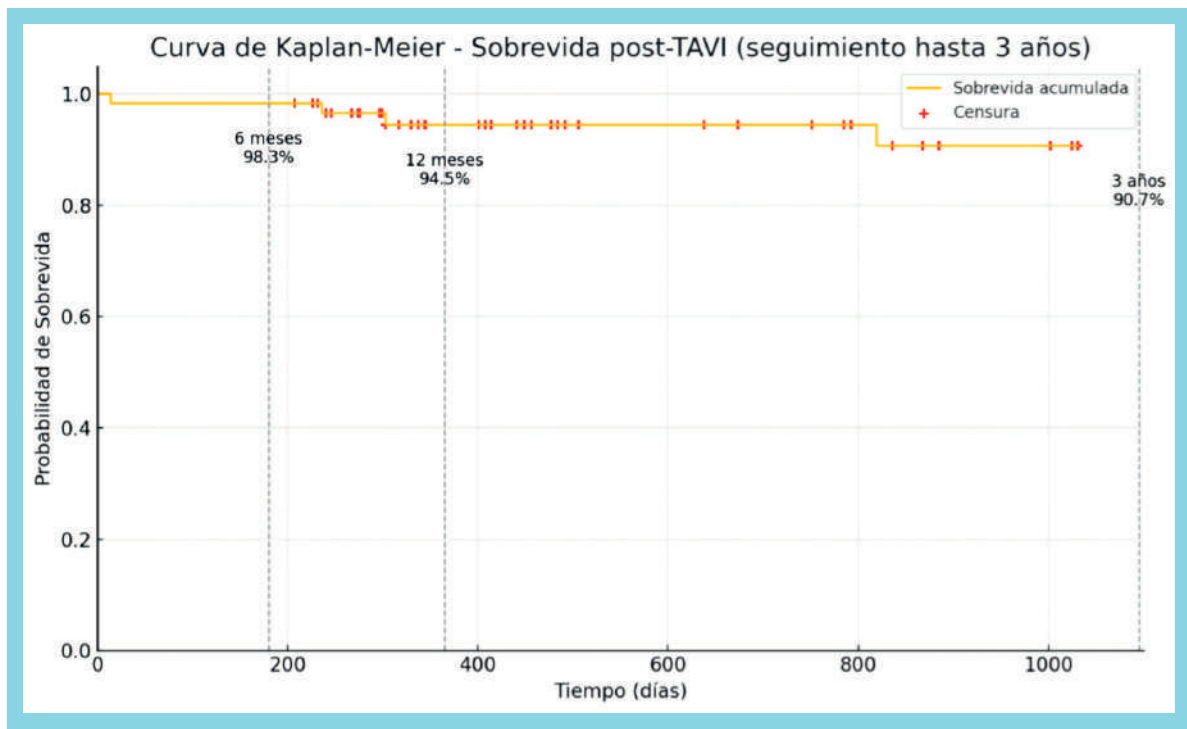
Mortalidad, Complicaciones y Fragilidad en Pacientes Octogenarios Sometidos a Reemplazo Valvular Aórtico Percutáneo: Un Estudio de Cohorte

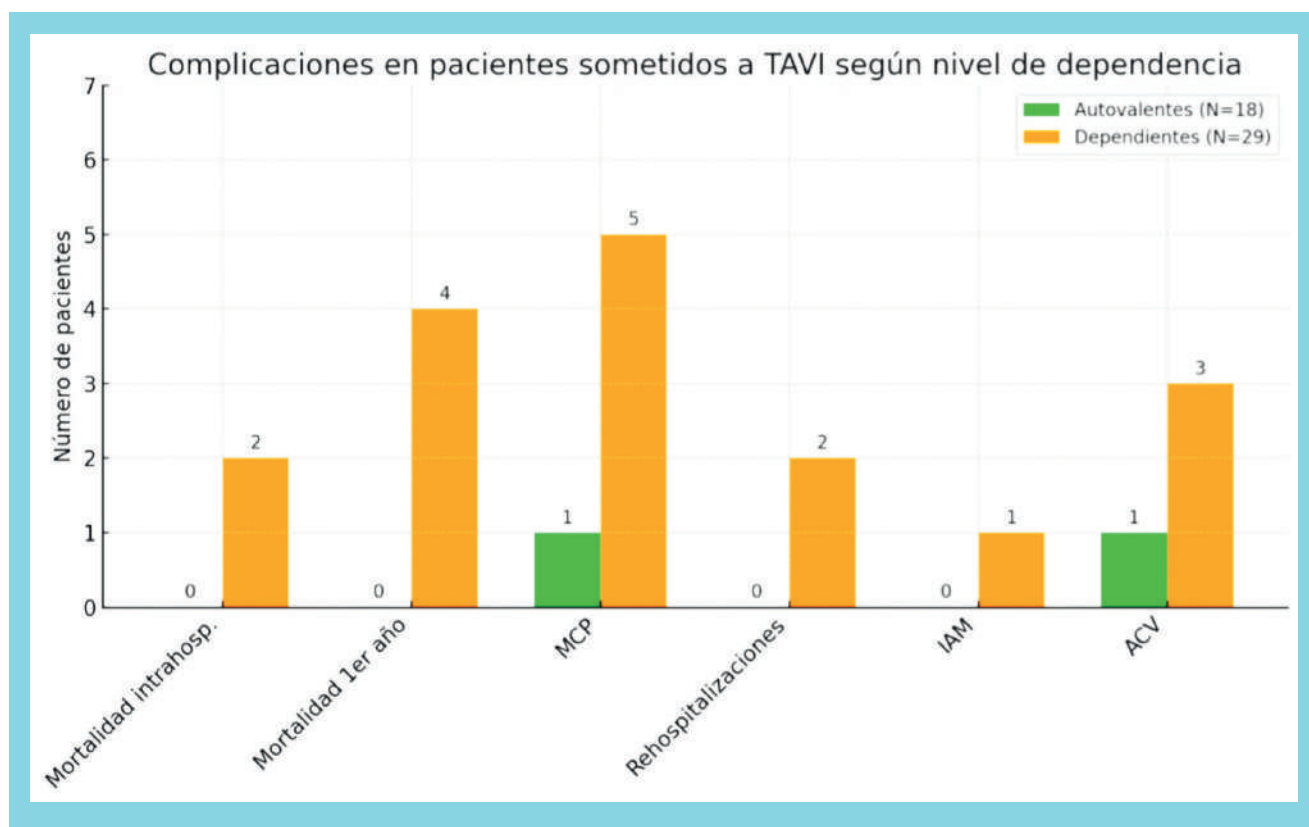
Rocío Seguel Betancur, Fabián Celis Ibarra, Paula Melgarejo Ramírez,
Valentina Garrido Casanova, Claudia Saez Flores, Osvaldo Pérez Pérez

Hospital Guillermo Grant Benavente, Clínica Alemana,
Hospital Las Higueras Talcahuano

Introducción: El envejecimiento demográfico de la población chilena ha conllevado a un aumento en la prevalencia de la patología valvular, siendo la Estenosis Aórtica (EAO) la más común en la persona mayor. En este contexto, el Reemplazo Valvular Aórtico Percutáneo (TAVI) se ha posicionado como una alternativa de manejo para esta patología.

Objetivos: Analizar los desenlaces clínicos en cuanto a la





mortalidad general al primer año, y complicaciones al primer año post-procedimiento, incluyendo la necesidad de marca-paso, re hospitalizaciones y eventos vasculares mayores, y determinar perfil de fragilidad y comorbilidades en pacientes octogenarios.

Métodos: Se estudian a los pacientes de 80 años o más sometidos a TAVI en el Hospital Las Higueras de Talcahuano entre marzo 2018 y diciembre 2024 (N=60), y se comparan sus características clínicas y de fragilidad en relación a mortalidad y complicaciones.

Resultados: La mortalidad intrahospitalaria post cirugía en pacientes octogenarios fue de 3.3% (N=2) y al año de 6.7% (N=4). El tiempo promedio de estadía hospitalaria fue de 4,3 días. Durante el primer año post-procedimiento 33.3% (N=20) tuvieron complicaciones, implante de marcapasos definitivos en 16.7% (N=10), re hospitalizaciones en 5% (N=3), y complicaciones vasculares mayores en 8.3% (N=5). 47 pacientes contaban con evaluación de fragilidad, correspondiente al 78.3% del total de la cohorte, de los cuales 38.3% (N=18) eran autovalentes y 61.7% (N=29) eran dependientes, 51.1% (N=4) con dependencia leve, 6.4% (N=3) moderada y 4.4% (N=2) severa. El subanálisis por nivel de dependencia mostró una mayor mortalidad (13,8% vs. 0%) y mayor tasa de complicaciones al primer año (37,9% vs. 16,7%) en pacientes dependientes en comparación a autovalentes.

Conclusiones: No se encontraron predictores estadísticamente significativos para mortalidad y complicaciones, sin embargo, el análisis descriptivo observacional entregó datos comparables con la literatura internacional.

TRABAJOS PÓSTER
JUEVES 11 DE DICIEMBRE:
16:15 – 16:50 HRS

Efectos del método de Entrenamiento Basado en Velocidad en pacientes sometidos a Cirugía de Revascularización Miocárdica en Fase I

Leonel Eugenio Rubio Catalán, Gabriel Soto Valenzuela, Guillermo Villagara Morales, Marcelo Bobadilla Olivares

Hospital San Juan de Dios

Antecedentes: La rehabilitación cardiovascular postoperatoria (RCV) es crucial, pero su manejo en la Fase 1 no es suficiente. Estancias prolongadas en UCI generan complicaciones, y es necesario implementar estrategias para reducir

Gráfico 1. Tiempo de hospitalización > 70 años c/ VBT y s/VBT.

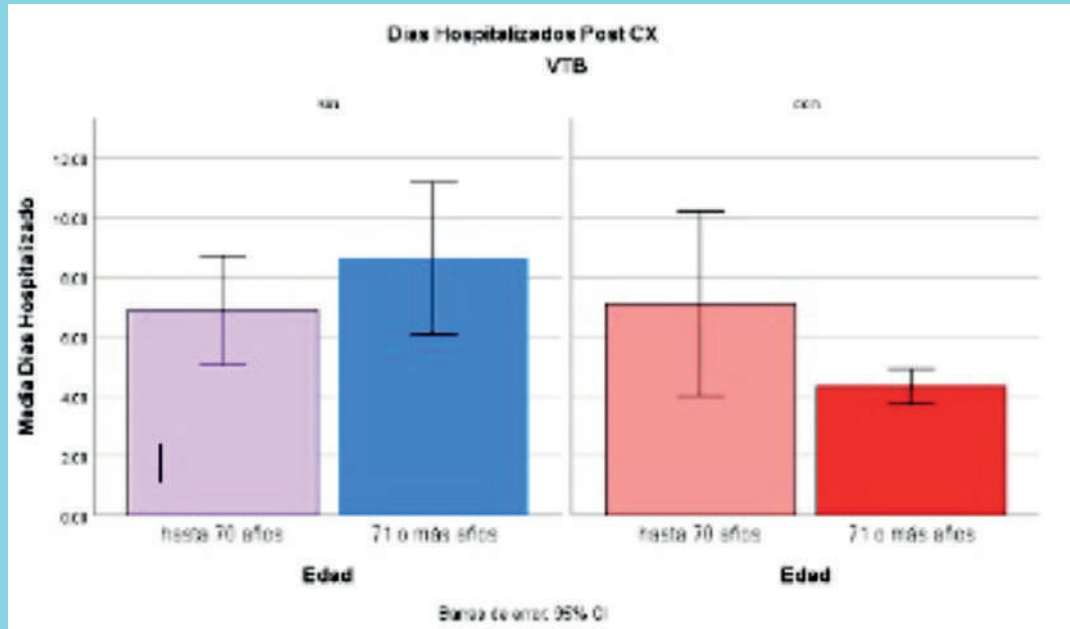
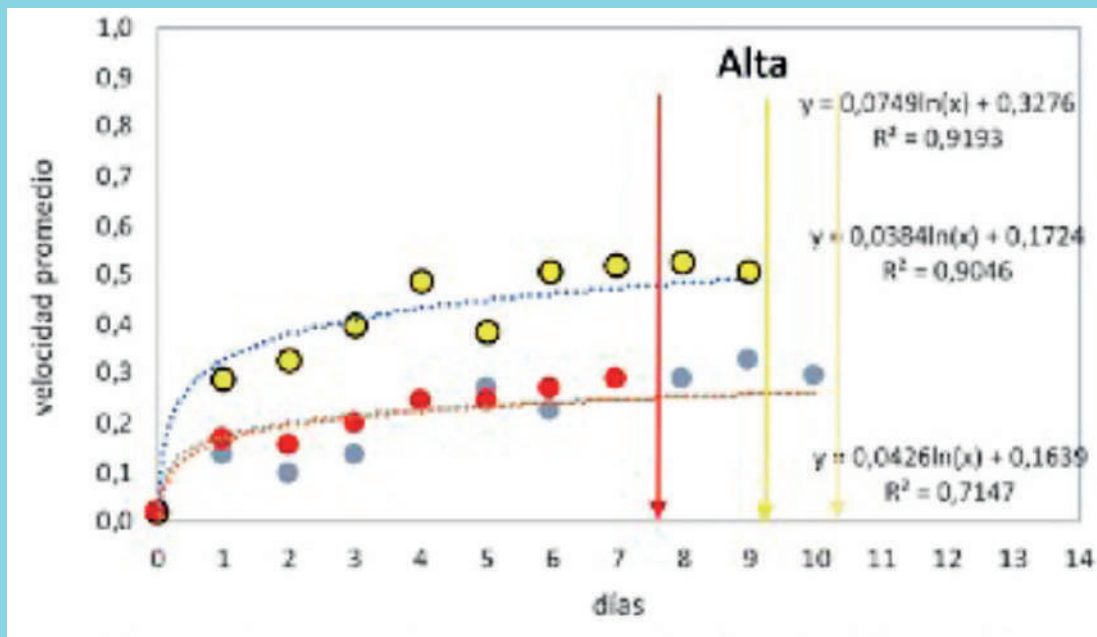


Gráfico 2. Curva creciente para patrón de velocidad rápido.



el tiempo de estancia y promover una recuperación rápida y segura.

Objetivo: Analizar el impacto del método de entrenamiento basado en velocidad (VBT) en RCV Fase 1 post cirugía de revascularización miocárdica (CRM), enfocándose en refun-

cionalización y alta temprana.

Métodos: Estudio experimental longitudinal en pacientes sometidos a CRM. Se incluyeron 35 pacientes en Fase 1 de RCV, aleatoriamente asignados a un grupo control s/VBT y uno experimental c/VBT desde septiembre 2023 a septiembre



Gráfico 3: Curva creciente para patrón de velocidad lento.

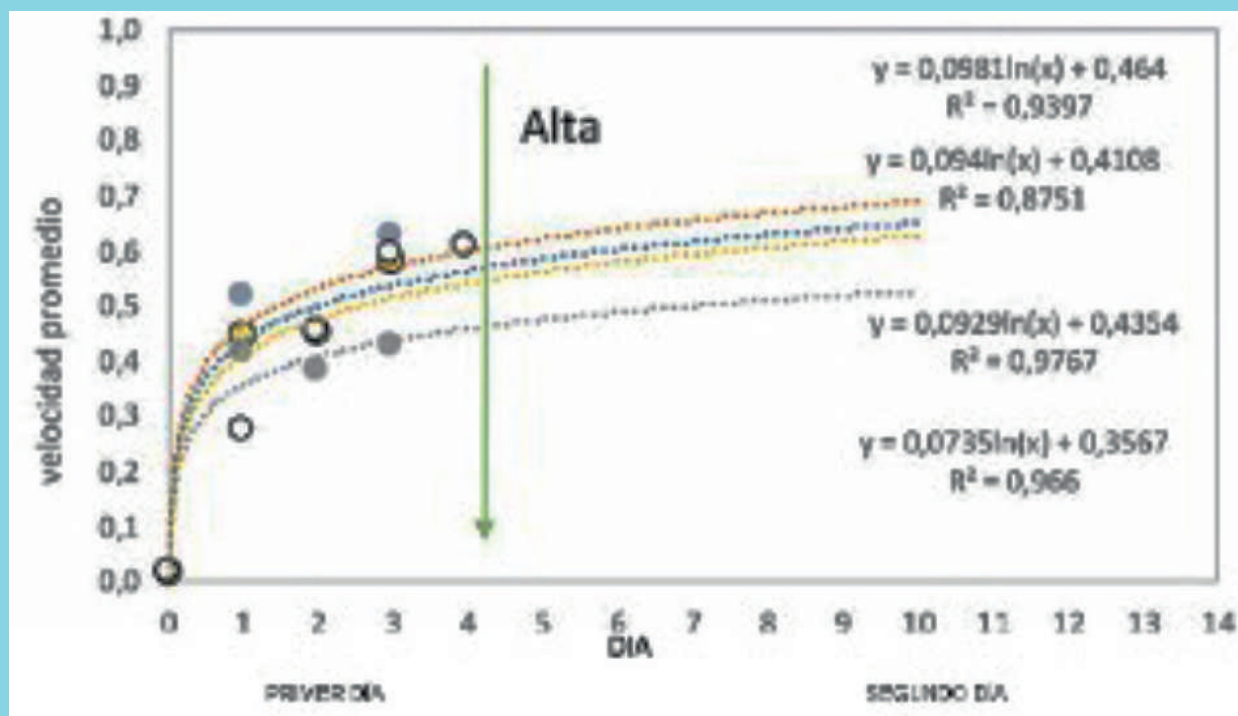


Tabla 2. Características basales separadas por grupo.

	Grupo experimental (c/VBT)	Grupo control (s/VBT)
n	18	17
Hb (g/dL)	$9,1 \pm 1,4$	$9,7 \pm 1,4$
Hct (%)	$39,9 \pm 4,2$	$41,0 \pm 3,8$
PLT (mcl)	$270,3 \pm 87,1$	$320,9 \pm 90,9$
Lactato (mmol/L)	$60,0 \pm 21,6$	$60,6 \pm 21,1$
30sSTS post Cx	$20,8 \pm 6,8$	$19,5 \pm 4$
Días de VM	$1,2 \pm 0,5$	$1,2 \pm 0,5$
Días de entrenamiento VBT	$4,6 \pm 2,7$	0
Días de hospitalización post Cx	$6,6 \pm 2,5$	$7,7 \pm 2,2$
Días totales de hospitalización	$7,6 \pm 2,2$	$8,6 \pm 2,5$
Velocidad Media (m/s)	$0,35 \pm 0,09$	

2024.Resultados: Los pacientes se asignaron aleatoriamente a: Grupo control, s/VBT o grupo con VBT. Esta última intervención redujo la estancia hospitalaria post CRM de mayores de 70 años ($p=0,02$). No hubo diferencia en menores de 70

años con VBT v/s sin VBT. El VBT "patrón rápido" se asoció con 3-5 días de hospitalización ($R20,96$); el "patrón lento" se asoció con 6-11 días de hospitalización ($R20,91$). La tasa de cambio de velocidad en los patrones ocurrió al día 2. Los



Tabla 1. Características poblacionales.

Preoperatorio		Total N=35
Género	Masculino	26 (74,2%)
	Femenino	9 (25,8%)
Edad		69,3 (±4,8)
Peso (kg)		80,3 (±13,9)
Altura (cm)		170,2 (±0,8)
IMC (kg/m ²)		28,2 (±3,9)
	>50%	9 (25,7%)
Fracción de eyección (FEVI)	41-49%	18 (51,4%)
	<40%	8 (22,8%)
HTA		33 (94,2%)
DM		13 (37,1%)
DLP		12 (34,2%)
IC		25 (71,4%)
EPOC		2 (5,7%)
Endocarditis		1 (2,8%)
Grupo experimental (N)		18 (51,4%)
Grupo control (N)		17 (48,6%)
Cuestionario IPAQ (METs)		367 (±151,9)
30sSTS pre Cx		17,9 (±4)
Días de hospitalización pre Cx		1,3 (±2,2)

pacientes s/VBT tuvieron hospitalización más larga que c/VBT ($p=0,003$). Sólo la Hb más baja impactó negativamente en el entrenamiento VBT ($p=0,039$).

Conclusiones: El entrenamiento con VBT fue seguro y efectivo para RCV post CRM.

**Mortalidad de la rotura de tabique
interventricular post infarto:
Experiencia contemporánea y
mortalidad en una serie de casos.**

Rosario Tirado Nieto, Marco López Cáceres

Clínica Dávila

Introducción: La rotura del tabique interventricular (VSR) es una complicación mecánica infrecuente pero devastadora del infarto agudo de miocardio (IAM), con alta mortalidad, especialmente en presencia de shock cardiogénico. Si bien su incidencia ha disminuido en la era de la revascularización precoz, el pronóstico sigue siendo desfavorable. Este estudio busca describir la experiencia de nuestro centro en el manejo de estos pacientes y los resultados obtenidos en cuanto a mortalidad intrahospitalaria.

Métodos: Se realizó una serie de casos retrospectiva, uni-

céntrica, descriptiva, de seis pacientes diagnosticados con VSR post-IAM en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares de Clínica Dávila Recoleta entre agosto de 2023 y agosto de 2025. Se revisaron fichas clínicas, describiendo características clínicas, estrategias terapéuticas y evolución. Se analizó mortalidad hospitalaria y factores asociados.

Resultados: Se incluyeron seis pacientes (4 hombres, 2 mujeres; edad media 70,7 años). Cinco presentaron rotura apical y uno posterior. En cuatro de ellos la arteria culpable fue la descendente anterior, y en dos de ellos la coronaria derecha. La FEVI promedio fue de 40%. Cuatro de ellos evolucionaron con shock cardiogénico, 3 fueron conectados a ECMO-VA. Cinco pacientes fueron sometidos a cirugía de reparación (mediana de tiempo hasta cirugía: 10 días), dos de ellos requirieron soporte con ECMO-VA postoperatorio. La mortalidad observada fue de 33% (2 pacientes). Ambos pacientes se presentaron con shock cardiogénico, uno de ellos fue intervenido quirúrgicamente. Mortalidad operatoria 20% (1 de 5 pacientes).

Conclusión: En esta serie de casos, la mortalidad asociada a VSR post-IAM fue menor a lo reportado en series históricas, a pesar de la gravedad del cuadro clínico. La implementación de un enfoque multidisciplinario, el uso de soporte circulatorio mecánico y la selección adecuada del momento quirúrgico parecen ser claves para mejorar el pronóstico. Estos hallazgos refuerzan la importancia de un manejo individualizado guiado por un equipo especializado.

**Experiencia en Hospital Universitario con
tomografía de emisión de positrones mediante
metabolismo de glucosa marcada con Flúor 18 en
procesos inflamatorio/infecciosos
cardiovasculares**

Teresa Massardo, Juan Dupouy Cortés, Alejandro Rojas Flores,
Jose Tomás Donoso Jaures, Diego Palma Rojas, Daniel Saavedra
Astudillo, Marcelo Llancaqueo Valeri, Axel Aránguiz Aranda,
Wilfredo Navarrete Medina

Hospital Clínico Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios

Introducción: Es difícil reconocer procesos inflamatorio-infecciosos cardiovasculares especialmente endocarditis infecciosa (EI) o vasculitis. Los hallazgos en tomografía de positrones (PET) mediante metabolismo de glucosa [18F] FDG es criterio mayor para diagnóstico de EI en válvula nativa, protésica o dispositivos en guías internacionales. En vasculitis (grandes y medianos vasos) su utilidad es reconocida.

Objetivo: Conocer el perfil de casos estudiados con FDG de origen cardiovascular en nuestra práctica universitaria y correlacionarlos con manejo posterior y cambio de conducta.

Método: Estudio retrospectivo desde 2023, seleccionando



pacientes con sospecha o hallazgo de EI, fiebre origen desconocido (FOD), vasculitis y otras condiciones inflamatorias. Se incluyeron 30 casos (11 mujeres, 58 años entre 21-84 a); 4 con PET de seguimiento.

Resultados: A) Se estudiaron 15 pacientes con sospecha de EI de origen cardíaco (11 con diversas prótesis valvulares o dispositivos) de los cuales 4 presentaron hipermetabolismo focal cardíaco o adyacente y 10 extracardíacos (dispositivos/cables, espondilodiscitis, neumonías multifocales y embolias sépticas). Los gérmenes fueron pesquisados en 10. Un caso con reemplazo aórtico con Surgicel presentó captación inespecífica. B) De 3 casos con FOD, (prótesis aórtica y femoral) presentaron intenso hipermetabolismo local. C) De 10 pacientes con diagnóstico final de vasculitis (IgG4, arteritis de células gigantes, periarteritis nodosa, Behcet, de sistema nervioso central) se encontró hipermetabolismo o alteraciones morfológicas concordantes con fenómenos asociados como infartos renales y cerebrales. Un caso con arteritis parcheada e insuficiencia renal presentaba hipermetabolismo pericárdico difuso, de origen urémico. D) Uno con hipermetabolismo miocárdico heterogéneo correspondió a miocarditis granulomatosa y otro septal inferior fue probable miocarditis. En globo los hallazgos del FDG produjeron algún cambio de conducta terapéutica en 21/30 (70 %). En los grupos A) y B) se comenzó o mantuvo terapia antibiótica y quirúrgica específica. En los grupos C) y D) se usaron corticoides e inmunosupresores en casos activos.

Conclusión: Nuestra experiencia inicial con FDG en procesos inflamatorio-infecciosos cardiovasculares ha sido una muy buena herramienta con cambio en más de 2/3 de los casos. Se requiere efectuar preparación cardíaca y evitar/conocer uso antibióticos y corticoides que alteran la sensibilidad.

Infarto Agudo al Miocardio. Caracterización Clínica, Estudio, Tratamiento, Evolución Hospitalaria y Seguimiento a 5 Años. Registro de 30 Años

Héctor Ugalde

Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: El Infarto agudo al miocardio (IAM) es la principal causa de muerte en Chile, por lo cual conocer nuestra realidad nos permitiría revisar en qué situación estamos y cómo estamos aplicando los avances que han ocurrido en los últimos años, los cuales han mejorado significativamente su pronóstico. Este es el objetivo de mostrar este registro.

Método: Registro consecutivo de todo paciente(P) ingresado por IAM a nuestra unidad coronaria desde el 1/01/1988 al 31/12/2017. Registramos sus características clínicas al in-

greso, estudio, tratamiento inicial y hospitalario, evolución hospitalaria, mortalidad y causas y seguimiento en cuanto a mortalidad y sus causas a 5 años.

Resultados: 2683P componen el registro, edad media 60.6 años, 77.4% sexo masculino, 52% hipertensos, 47% tabáquicos, 22% diabéticos. 38% presentaron angina previa. 11% tenía un infarto previo, 4% angioplastia y 3% by pass coronario. Consultan en promedio a las 7 horas, 94% por dolor torácico. Ingresan a las 10 horas, en 25% existe demora en ingreso, dada especialmente por demora en traslado. 79% ingresa en Killip I, 74% supradesnivel ST, 47% IAM anterior. Tratamiento inicial de perfusión en 42.5%, fármacos más usados iniciales fueron aspirina 97%, nitroglicerina ev 69%, heparina ev 56%. 38% presentaron alguna complicación, la más frecuente, insuficiencia cardíaca. A 86% se les efectuó coronariografía, 44% tuvo lesión de más de un vaso. 68% fue tratado farmacológicamente, 20% angioplastia y 12% cirugía. Fallecen 322P (12%), 56% por shock cardiogénico. Al alta reciben 98% aspirina, 68% b- bloqueo, 62% estatinas, 56% IECA. Fallecen en el seguimiento 361P (15.3%), causas principales fueron en un tercio no cardiovasculares, de las cardiovasculares las más frecuentes fueron el reinfarto y la muerte súbita.

Conclusiones: Este registro de IAM muestra que las características generales de los pacientes son las mayormente descritas previamente, edad, sexo, factores de riesgo, llama la atención lo tarde de la consulta y del inicio del tratamiento, así como en la evolución la alta mortalidad hospitalaria y en el seguimiento, mayor a lo descrito. Podemos intentar explicar esto en lo antiguo de la serie, que se inició el siglo pasado, pero es un tema a revisar, así como si hemos aplicado los tratamientos adecuados en todos los pacientes

Terapia lipídica posterior a un infarto agudo al miocardio ¿estamos siendo s uficientemente agresivos?

Tomas Cerda, Tomás Phillips, María Paz Orellana, Leonardo Velasquez, Gonzalo Recabarren, Thomas Haack, María Cecilia Brañes, Paula Muñoz Venturelli, Gonzalo Martínez

Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica, Clínica Alemana

Introducción: Niveles más bajos de LDL posterior a un infarto agudo al miocardio (IAM) se asocian a un menor riesgo de eventos cardiovasculares. Se recomienda LDL<55 mg/dL y la combinación de estatinas con Ezetimibe o iPCSK9 desde la hospitalización según niveles de LDL.

Objetivos: Analizar la terapia de ingreso y alta posterior a un IAM y el cumplimiento de metas lipídicas posterior a instaurar la terapia.

Figura 1: Reducción del LDL absoluta y porcentual según cuartil.

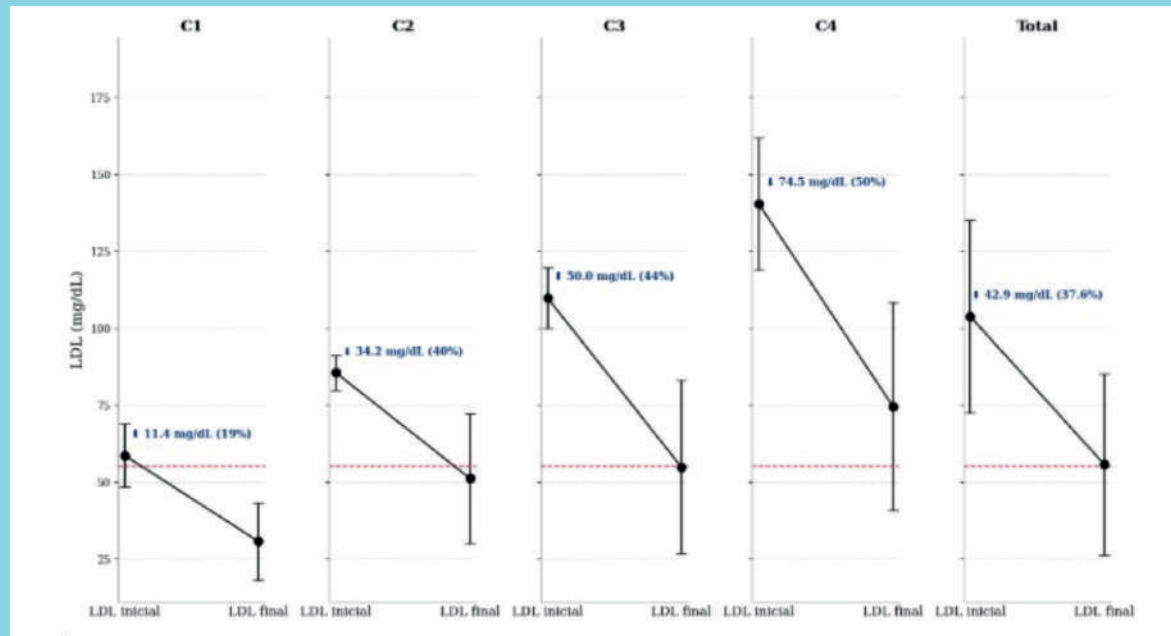
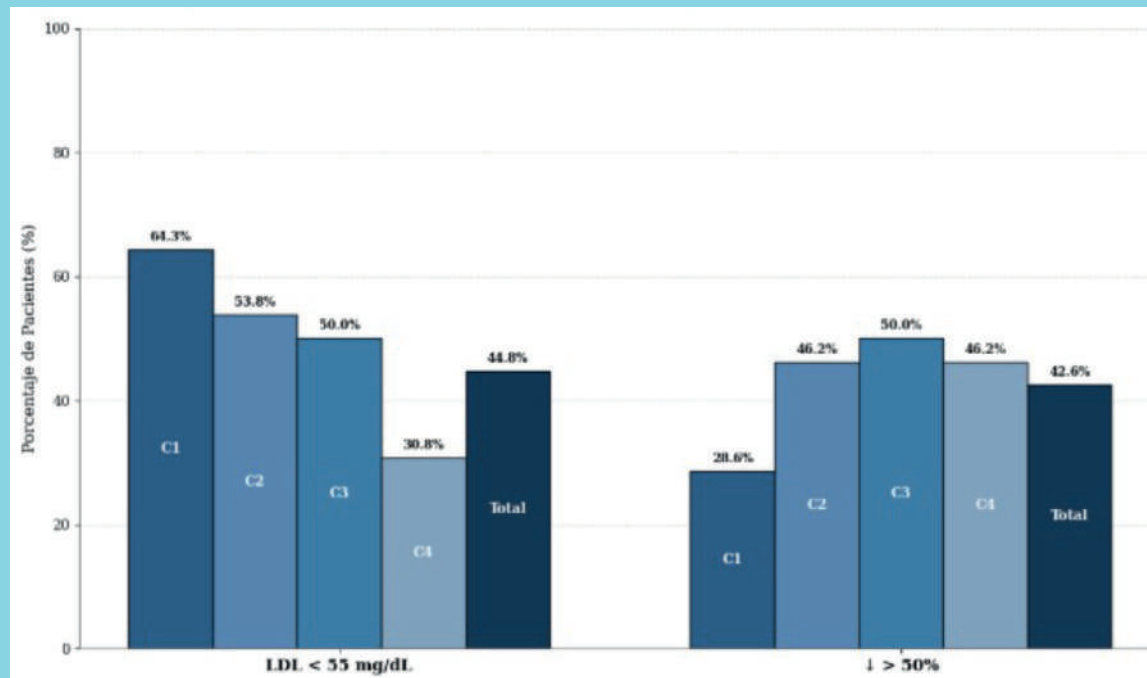


Figura 2: Cumplimiento de metas de LDL al control según cuartil.



Métodos: Se incluyeron pacientes que presentaron un IAM en dos centros privados. Se midieron sus lípidos en la hospitalización y a las 6-52 semanas posterior. Se hizo un análisis de los fármacos de ingreso y alta de acuerdo a las

recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología. Se utilizó ANOVA para análisis de múltiples grupos.

Resultados: Se incluyeron 67 pacientes, edad promedio 62,7 años, 19,7% mujeres. Previo al IAM, 53% no usaba estatinas, 24% dosis moderadas y 23% dosis altas; 1 paciente



usaba ezetimibe. El promedio de LDL durante el evento índice fue 100.8 mg/dL (DE 37.7). Se dividió la muestra en cuartiles (C) con rangos de LDL evento: C1 45-73, C2 74-91, C3 96-126, C4 130-209 mg/dL. Todos se dieron de alta con estatinas en altas dosis, 2 (3%) con ezetimibe y ninguno con iPCSK9. De los 21 pacientes usando estatinas previo al IAM solo uno se dio de alta con ezetimibe pese a que 52% tenía LDL >55. Ninguno del C4 (LDL \geq 130) fue dado de alta con ezetimibe o PCSK9i. En el control posterior el LDL promedio fue 58.7 mg/dL (DE 27.8) y según cuartil de valor de LDL del evento primario, el valor de LDL posterior fue: C1 46, C2 51, C3 59 y C4 72. La reducción promedio de LDL fue 37.6% (DE 33.4%) y según cuartil se representa en la Figura 1. La reducción absoluta de LDL entre los cuartiles fue significativamente diferente de acuerdo al cuartil de LDL-C en el evento índice. Los que no usaban estatinas redujeron su LDL en 52% y los que usaban en sólo 19%. Sólo 45% alcanzó niveles de LDL <55 mg/dL, 65.7% LDL <70 y sólo 44% tuvo una reducción >50% (Figura 2). No hubo diferencias en relación a sexo, edad ni diabetes.

Conclusión: En pacientes en prevención secundaria postinfarto, el uso de estatinas de alta intensidad suele ser insuficiente para conseguir las metas actualmente recomendadas. Existe una interacción con los niveles de LDL-C durante el evento índice que no está siendo reconocida en la práctica clínica. Considerar los niveles basales de LDL-C y la terapia utilizada previa al IAM podría permitir optimizar la terapia en estos pacientes.

Evaluación de las Principales Asociaciones Entre Biomarcadores, Parámetros Funcionales y Hallazgos Estructurales, en Miocardiopatía Hipertrófica

Emma Leal, Cristóbal Ramos Gómez, Julia Alegría Bobadilla,
Claudio Silva Fuente-Alba, Juan Carlos Díaz Patiño

Clínica Alemana

Introducción: La miocardiopatía hipertrófica es la cardiopatía genética más frecuente y principal causa de muerte súbita en jóvenes. La resonancia magnética cardíaca permite caracterización morfofuncional y tisular precisa, siendo útil para estratificación de riesgo.

Objetivo: Describir el perfil clínico, de laboratorio e imagen, y evaluar asociaciones entre biomarcadores, parámetros funcionales y hallazgos estructurales en pacientes con miocardiopatía hipertrófica. Estudio retrospectivo de serie de casos que incluyó todos los pacientes evaluados mediante resonancia magnética cardíaca entre enero 2020 y marzo 2025, excluyendo fenocopias. Se analizaron variables demo-

gráficas, clínicas, de laboratorio (péptido natriurético tipo B) e imagen (espesor máximo, fracción de eyección, masa, volúmenes, realce tardío de gadolinio, T1/T2, volumen extracelular y aurícula izquierda). De 1.866 estudios revisados, 246 cumplieron criterios (74,6% hombres, mediana edad 57 años, índice de masa corporal en sobrepeso). El realce tardío significativo (>15%) se observó en 16,3%; el 11,8% presentó defectos de perfusión. Se observó alta correlación resonancia-ecocardiografía para espesor máximo ($r=0,75$, $p<0,001$) con sesgo medio de +2,4 mm. El péptido natriurético tipo B fue el predictor más fuerte del porcentaje de realce tardío ($p<0,001$), seguido del espesor máximo ($p=0,0012$); el uso de beta-bloqueadores se asoció inversamente ($p=0,013$). La miocardiopatía hipertrófica en esta cohorte presenta predominio masculino, sobrepeso y hallazgos estructurales moderados, con correlaciones significativas entre biomarcadores e imagen, apoyando el valor de la integración multimodal para estratificación de riesgo y seguimiento.

Desarrollo de un Programa de Cirugía de Ross en Latinoamérica: Experiencia Inicial en un Centro Cardiovascular de Alta Complejidad

Santiago Besa, Pedro Ugarte, Álvaro Torres, Gunther Krogh,
Rodrigo Gonzalez, Luis Garrido, Pedro Becker

Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

Introducción: El reemplazo valvular aórtico en pacientes jóvenes continúa siendo un desafío, dada su expectativa de vida prolongada y la necesidad de preservar la calidad funcional. La cirugía de Ross ha resurgido como alternativa por su durabilidad y perfil hemodinámico favorable, aunque su complejidad técnica ha limitado su difusión en Latinoamérica.

Objetivos: Describir la implementación de un programa de Ross en un centro de cirugía cardíaca nacional.

Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes sometidos a cirugía de Ross entre julio de 2024 y julio de 2025 en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se analizaron variables demográficas, clínicas, quirúrgicas, complicaciones postoperatorias y evolución ecocardiográfica temprana.

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes (21,1% mujeres), con una mediana de edad de 48 años. La indicación principal fue estenosis aórtica severa en un 31,6%, insuficiencia aórtica severa en un 21,1% y lesiones mixtas en un 36,8% de los casos. Un 52,6% presentaba hipertensión arterial y un 26,3% aneurisma de aorta ascendente. La mortalidad operatoria fue de 0%. Las complicaciones más relevantes fueron accidente



cerebrovascular en 3 pacientes (15,8%) y arritmias en 4 pacientes (21,1%), incluyendo un marcapasos definitivo postoperatorio. La estadía media en UCI fue de 3 días y la hospitalaria de 6 días. Los gradientes medios fueron de 5,1 mmHg en el autoinjerto aórtico y de 2,6 mmHg en el homoinjerto neopulmonar. No se registraron reoperaciones ni muertes en el seguimiento inicial.

Conclusión: La implementación de un programa de cirugía de Ross en nuestro centro universitario resultó factible y segura, con resultados clínicos y ecocardiográficos tempranos alentadores. Esta experiencia aporta evidencia contemporánea nacional y puede servir como modelo para otros centros latinoamericanos interesados en incorporar esta técnica compleja y de alto impacto en pacientes jóvenes.

Caracterización clínica, ecográfica y Ahemodinámica de pacientes portadores de reflujo tricuspídeo crónico, registro multicéntrico

Alberto Barria, Bastián Abarca, Nicolás Veas, Martín Valdebenito, Germán Armijo, Jorge Sandoval

Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Bupa, Hospital Sótero del Río, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía

Torácica

Introducción: En pacientes portadores de reflujo tricuspídeo severo (RTS), estudios internacionales describen su presentación clínica con diversos signos de falla derecha.

Objetivos: Valorar la presentación clínica y de laboratorio general/cardiovascular en portadores de RTS. **MÉTODOS:** registro multicéntrico (hospital Universidad de Chile, Sotero del Río, Instituto del Tórax, H San Juan de Dios, Clínica BUPA) portadores RTS. Todos los casos se registran síntomas de presentación, ritmo cardíaco, ecocardiograma y sondeo cardíaco derecho

Resultados: Septiembre 2023 - agosto 2025: 20 casos. 12 sexo femenino. Edad 71.1±9.8 años Comorbilidades más relevantes Enfermedad coronaria 10%, DM2 74%, accidente cerebrovascular previo 23%, daño hepático 15%, EPOC 5.3%, enfermedad vascular periférica 10.5%. 63% portadores de cirugía valvular previa: 10.5% aórtica, 36.8% mitral y 16% multivalvular. Clínica: 84% en fibrilación auricular, capacidad funcional 3 o 4 en 79%, 100% con edemas extremidades inferiores. Laboratorio general: proBNP 3923±4700UI, INR 1.7(1.5-5.9), creatinina 1.4(1.0-3.6) mg/dl, GOT 51±48, GPT 47±62mg/dl. Tabla 1: evaluación ecográfica (ver en adjunto) Al sondeo derecho: presión media arterial pulmonar 26.5±4mmHg, presión capilar pulmonar 16.4±6mmHg, resistencia pulmonar 2.0±0.5 U Wood.

Conclusiones: presentamos el primer registro multicén-

trico chileno de RTS. Comorbilidades relevantes DM2 en 74% y ACV previo en 23%. Bajo % son portadores EPOC, 63% portadores de cirugía valvular aórtica, mitral o combinada lo cual podría estar involucrado en la patogenia del reflujo tricuspídeo. Cinicamente destaca disnea y la presencia de FA. Valores promedio de creatinemia, INR, GOT y GPT resultan sobre rangos normales sugiriendo repercusión hepática y renal. Ecográficamente predomina dilatación ventricular derecha y biauricular con valores moderados de hipertensión pulmonar lo cual se confirma en sondeo derecho que revela resistencias pulmonares en promedio bajas lo que asociado a TAPSE ecográfico preservado sugiere función sistólica derecha preservada. En suma: en nuestro medio, pacientes portadores RTS predomina edad avanzada, mayoría sintomáticos, mayoría portadores otras valvulopatías. Presentan repercusión bioquímica hepato-renal con dilatación de cavidades derechas, pero sin evidencias ecográficas y hemodinámicas categóricas de falla derecha

Parámetros clínicos y ecocardiográficos pre intervención como predictores de mortalidad en estenosis aórtica, experiencia clínica en hospital universitario

José Miguel Zabala, Benjamín Reyes, Emilio Salazar, Cristian Ávila, Alberto Barria, Alfredo Parra

Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: La estenosis aórtica (EA) severa es una valvulopatía prevalente, cuya incidencia aumenta con la edad y es un problema de salud pública creciente. Su diagnóstico tardío y pronóstico ominoso sin intervención resaltan la necesidad de identificación de factores predictivos de mortalidad post-intervención de recambio valvular, donde el ecocardiograma es brinda información clave.

Objetivos: Evaluar el valor predictivo de parámetros clínicos y ecocardiográficos pre-intervención sobre la mortalidad en pacientes con EA severa sometidos a reemplazo quirúrgico de válvula aórtica (SAVR) o implante valvular aórtico transcáteter (TAVI) en un hospital universitario, planteando que la mortalidad post-intervención es predecible por estos parámetros.

Material y Método: Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó 65 pacientes atendidos en el HCUCh entre el 2017 y 2025. Se recolectaron datos clínicos (Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Dislipidemia (DLP), Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCa), Cardiopatía Coronaria (CC), Fibrilación Auricular (FA)) y ecocardiográficos (Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI), Área Valvular Aórtica Indexada (AI



indexada), Volumen de Aurícula Izquierda Indexada (VAI Indexada) Excursión Sistólica del Plano del Anillo Tricuspídeo (TAPSE)). Se evaluó mortalidad post-intervención. Se realizó un análisis bivariado y regresión logística multivariada considerando diferencias estadísticamente significativas con un $p < 0.05$.

Resultados: Mediana de edad 73 años. Prevalencias de comorbilidades (HTA 78%, DM 43%, CC 25%, FA 22%) similares a otros estudios en cardiología. El análisis multivariado identificó CC (OR=5.584 [1.014-30.754], $p=0.048$) y VAI indexada (OR=1.050 [1.001-1.108], $p = 0.046$) como

predictores significativos de mortalidad. Otros parámetros no alcanzaron significancia.

Conclusiones: CC y VAI indexada son predictores significativos de mortalidad post-intervención en EA severa. Estos hallazgos enfatizan la evaluación integral del estado coronario y la función auricular en el riesgo, vital ante el envejecimiento poblacional. A pesar de las limitaciones (tamaño muestral, centro único, mortalidad general), el estudio aporta evidencia local valiosa para optimizar decisiones. Futuros estudios multicéntricos son necesarios para validar y desarrollar herramientas de predicción de riesgo en Chile.

Variable	Análisis Bivariado	Análisis Multivariado			
	<i>p-value</i>	<i>p-value</i>	Odds Ratio (OR)	Intervalo de Confianza (IC) 95%	
Sexo Masculino	0,672				
FA	0,650				
DLP	0,222	0,190	0,255	0,033	1,969
DM	0,700				
CC	0,012	0,048	5,584	1,014	30,754
ERCa	0,073	0,360	3,600	0,232	55,959
AVA Indexado	0,952				
Gmed	0,159	0,338	0,925	0,787	1,086
TAPSE	0,840				
FEVI	0,206	0,070	1,075	0,994	1,163
Vmax	0,215	0,963	0,915	0,021	38,931
Volumen AI Indexada	0,026	0,046	1,050	1,001	1,108
IMC	0,090				
Edad	0,071	0,083	1,098	0,988	1,220



Características Clínicas, Epidemiológicas, Complicaciones, Cirugía y Mortalidad de Endocarditis Infecciosa VI Región 2015-2024.

Tatiana Superlano, Valentina Vásquez, Constanza Riffo,
Elizabeth Lorena Caro, Mildred Lima, Sergio Ovando, Sonia Correa,
Ivonne Armijos, Vanessa Marchant,
Francisco Díaz Piña, Andrés Lay Veliz

Hospital Franco Ravera Zunino

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad de incidencia creciente, alta morbi-mortalidad y asociada a altos costos de salud. El daño valvular severo, el compromiso neurológico (CN), renal (CR) y otras embolias como osteomielitis (OM) implican mal pronóstico. Se estudian las condiciones clínicas (CL), epidemiológicas (EP), factores predisponentes (FP), comorbilidades (CB), factores microbiológicos (FM), complicaciones cardíacas (CC), extracardíacas (CN, CR, OM), el impacto de las Cardiocirugía (Cx) y su incidencia en disminuir la mortalidad (M).

Objetivo: Caracterizar casos de EI en pacientes (p) de la nuestra Región. Analizar formas de presentación clínica, CM, sitio de infección intracardiaca (SII), FM, FP, CC, CN, CR, Cx y M siguiendo los criterios actualizados de DUKE (LI) y guías de manejo de la European Society of Cardiology 2015-2023. **Método:** Es un estudio retrospectivo, descriptivo, longitudinal y observacional.

Resultados: De 89 casos analizados en período de 2015-2024, 56 fueron hombres (62%), Edad prom de 55 \pm 15 años, SII: válvula aórtica 36p (40 %), la válvula mitral 24p (26%) y ambas 14p (15%), pulmonar 4p (4%) y tricúspide 6p (7%). La EI se observó en válvulas nativas (VN) en 70p (78%) y en válvulas protésicas (VP) en 17p (19%). FM: la incidencia de Hemocultivos (HMC) negativos fue 10p (11%). El germen más frecuente Staphylococcus Aureus (SA) 42p (47%), SA meticilino sensible (SAMS) 38p (42%), seguido de Estreptococo 17p (19%), Enterococo 8p (9%), Cándida (Ca) 3p (3%) y Pseudomona Aereginosa (PAE) 1p (1%). El compromiso valvular fue vegetaciones 56p (63%), rotura de velo-perforación 17p (19%) y absceso mitro aórtico 2p (2%). 27 p con EI tienen Dispositivos intracardiacos (DIC): CDL (25), MCP 1) y DAI (1). En cuanto al CR, 26p presentaron falla renal aguda (29%) y 42p tenían falla renal crónica (47%). 31 p presentan CN (34 %), 18p con ACV isquémico (20%), 2 p con meningitis (2%), 3 p (3) con aneurismas micóticos y 1p (1%) absceso cerebral; 1p (1%) presenta paraparesia por compromiso medular. Hubo OM en 6p (7%). Requiritieron Cx 35p (39%). La M fue de 31p (35%).

Conclusiones: En nuestro registro, la EI presenta una M del 35%. Las afecciones asociadas a la M son las CC, la CR y el CN, con significación estadística ($p = 0,02$ y $0,001$ cada

una; OR 2,98, IC 95% CR; OR 4,8, IC 95% CN). Los FM más letales SAMS, Ca y P. aeruginosa. El 11% de HMC fueron neg. La Cx mejoró la sobrevida en 30p (34%) 54p (60) no se operaron, con una M de 35 % ($p 0,001$).

Resultados de ablación de fibrilación auricular con radiofrecuencia high power

Matías Noguera, Ricardo Escobar, Rodolfo Oyarzún, Mauricio Cereceda, Bárbara Rodríguez, Mauricio Moreno

Clínica Dávila, Clínica Santa María

Introducción: La ablación de fibrilación auricular (FA) con radiofrecuencia (RF) es una terapia bien establecida, segura y eficaz. Con la incorporación de nuevas alternativas de ablación como la crioablación y campo pulsado es necesario conocer los resultados locales de este procedimiento.

Objetivos: El objetivo es reportar los resultados agudos de la ablación de FA con radiofrecuencia con técnica de high power.

Métodos: Entre mayo y agosto de 2025 se incluyeron en forma prospectiva pacientes sometidos a primer procedimiento de ablación de FA con RF. Se efectuó bajo sedación profunda, con sistema de navegación Carto (J&J) y se utilizó el catéter de ablación SMARTTOUCH SF curva F (J&J). La punción transeptal fue con apoyo radioscópico. Se efectuaron líneas de ablación circunferencial alrededor de las venas pulmonares (VP). La potencia de ablación fue 50W el índice de ablación fue 550 en pared anterior y 400 en pared posterior. El objetivo fue el aislamiento eléctrico de todas las VP. La ablación de estructuras distintas a las VP se evaluó caso a caso. Se realizó un análisis incluyendo variables como: tiempo total del procedimiento, ablación, radioscopia, radiofrecuencia y dosis de radiación.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes con un promedio

	Promedio	Desviación Estándar	Max	Min
EDAD	59	± 18	82	21
PESO (KG)	75	± 11	98	60
TALLA (MTS)	1.68	± 0.10	1.90	1.52
IMC	26	± 3	35	22
TIEMPO DE FA (MESES)	31	± 68	300	1
FEVI	55%	$\pm 11\%$	69%	30%
DIAMETRO AI (MM)	39	± 8	60	31
VOLUMEN AI (ML/M2)	39	± 13	70	20
TIEMPO ABLACIÓN	0:47:49	$\pm 0:18:14$	1:43:00	0:25:00
TIEMPO RADIOSCOPIA	0:03:24	$\pm 0:03:52$	0:19:08	0:01:06
TIEMPO RADIOFRECUENCIA	0:25:10	$\pm 0:09:49$	0:56:00	0:13:05
DOSIS FLUOROSCOPIA (GY CM2)	10.27	± 12.79	54.60	1.82
TIEMPO TOTAL PROCEDIMIENTO	1:06:26	$\pm 0:19:16$	2:13:00	0:39:00



de edad 59 años, 13 masculinos y 8 femenino. El 29% de los pacientes presentó diagnóstico de hipertensión arterial, 14% diabetes mellitus, 5% apnea del sueño, 10% accidente cerebrovascular, 10% enfermedad renal crónica, 24% historia de tabaquismo y 33% cardiopatía coronaria. Tiempo promedio de procedimiento fue de 01:06:26, tiempo promedio de ablación de 00:47:49, tiempo promedio de radiofrecuencia de 00:25:10, tiempo promedio de radioscopia 00:03:24 y dosis promedio de fluoroscopia de 10.27 Gy/cm.2 (Tabla 1)

Conclusión: La ablación de FA con RF con técnica de high power es un procedimiento rápido y seguro. Esta información confirma que esta tecnología sigue siendo una alternativa consolidada respecto a las nuevas tecnologías.

Predictores clínicos y ecocardiográficos de éxito a la cardioversión eléctrica a 12 meses en fibrilación auricular persistente de larga duración

Bruno Dighero, Cristhian Jerez, Manuel Mallol, Pilar Muñoz, Pablo Fuica, Julia Valenzuela, Gonzalo Torres, Fernando Verdugo, Claudio Parra

Hospital Salvador

Antecedentes: La fibrilación auricular (FA), impacta significativamente la calidad de vida, hospitalizaciones y mortalidad. La cardioversión eléctrica (CVE) es clave para restaurar el ritmo sinusal, efectiva en FA paroxística, donde 50% mantienen ritmo sinusal al año. Sin embargo, en FA per-

sistente, aunque el éxito inmediato es de 90%, la mantención del ritmo sinusal al año baja a 25-34%. Dado el diagnóstico tardío en Latinoamérica, este estudio busca evaluar el éxito de CVE en pacientes con FA persistente de larga duración e identificar variables clínicas y ecocardiográficas que predigan su éxito para optimizar el manejo.

Metodología: Cohorte observacional retrospectiva de 48 adultos con FA persistente ≥ 12 meses sometidos a CVE según criterio clínico. Todos tuvieron ecocardiograma transesofágico pre CVE; se excluyeron trombos en orejuela. Se registraron datos clínicos y ecográficos. El éxito fue definido como presencia de ritmo sinusal (RS) al control inmediato, a 1, 3, 6 y 12 meses, a nivel ecográfico se registró la FEVI post CVE. Análisis con pruebas no paramétricas y logística univariada; $p < 0.05$ significativo.

Resultados: La edad media fue 70 [64–76] años, 66.7% varones, hipertensos 83.3%, diabéticos 27.1%, cardiopatía coronaria 2.1%; FEVI 42.5% [32–55], LAVI 54.5 mL/m² [48–65]. El éxito fue 83.3% inmediato, 63.8% a 1 mes, 56.5% a 3 meses, 50.0% a 6 meses y 43.2% a 12 meses. En la Tabla 1 se muestra que a 6 y 12 meses no hubo diferencias consistentes en variables clínicas ni ecocardiográficas. En 32 pacientes se hizo ecografía post CVE, estar en RS al mes se vinculó a mayor mejoría de FEVI: +16.0% [9.0–30.0] vs +4.0% [–7.0–7.5], $p = 0.003$.

Conclusiones: Nuestros hallazgos confirman que la CVE es efectiva incluso en pacientes con aurícula izquierda se-

Tabla 1: Relación entre variables clínicas y ecográficas con éxito en la cardioversión.

Variable	Inmediato – Éxito	Inmediato – Fracaso	p	6 meses – Éxito	6 meses – Fracaso	p	12 meses – Éxito	12 meses – Fracaso	p
Edad (años)	70.0 [64.0–77.2]	69.5 [64.5–74.5]	0.533	71.0 [66.8–76.0]	69.0 [63.8–76.0]	0.448	71.0 [67.0–76.2]	68.0 [63.0–76.0]	0.182
Hombres	62.5% (25/40)	87.5% (7/8)	0.240	55.0% (11/20)	80.0% (16/20)	0.176	56.2% (9/16)	76.2% (16/21)	0.199
Hipertensión	85.0% (34/40)	75.0% (6/8)	0.605	90.0% (18/20)	70.0% (14/20)	0.235	87.5% (14/16)	71.4% (15/21)	0.423
Diabetes	25.0% (10/40)	37.5% (3/8)	0.664	30.0% (6/20)	30.0% (6/20)	1.000	37.5% (6/16)	28.6% (6/21)	0.565
Cardiopatía coronaria	2.5% (1/40)	0.0% (0/8)	1.000	5.0% (1/20)	0.0% (0/20)	1.000	6.2% (1/16)	0.0% (0/21)	0.432
Marcapasos pre-CVE	12.5% (5/40)	0.0% (0/8)	0.573	20.0% (4/20)	5.0% (1/20)	0.342	18.8% (3/16)	4.8% (1/21)	0.296
Amiodarona pre-CVE	10.0% (4/40)	12.5% (1/8)	1.000	5.0% (1/20)	20.0% (4/20)	0.342	6.2% (1/16)	19.0% (4/21)	0.364
Amiodarona post-CVE	No aplica	No aplica	—	75.0% (15/20)	55.0% (11/20)	0.185	75.0% (12/16)	57.1% (12/21)	0.315
FEVI pre-CVE (%)	37.5 [29.5–54.2]	60.0 [56.2–63.5]	0.002	32.5 [30.2–54.2]	45.5 [35.8–60.0]	0.193	32.0 [25.0–43.5]	45.0 [35.0–60.0]	0.125
DIVD pre-CVE (mm)	52.5 [47.0–60.0]	40.0 [37.2–43.5]	0.006	53.5 [47.0–60.0]	45.0 [41.8–53.2]	0.049	54.5 [50.0–60.0]	45.0 [42.0–53.0]	0.063
LAVI (mL/m ²)	54.5 [48.0–66.5]	53.0 [46.5–61.2]	0.480	56.0 [50.0–71.0]	52.0 [47.8–61.2]	0.101	56.5 [52.2–75.5]	52.0 [48.0–60.0]	0.059
VD base (mm)	40.0 [36.5–42.0]	36.0 [35.0–44.0]	0.559	40.0 [36.5–42.0]	40.0 [35.0–42.0]	0.977	40.0 [36.5–42.5]	40.0 [35.0–42.0]	0.675
g.rel pre-CVE	0.3 [0.3–0.4]	0.4 [0.4–0.5]	0.070	0.3 [0.3–0.4]	0.4 [0.3–0.5]	0.233	0.3 [0.3–0.4]	0.4 [0.3–0.4]	0.326



veramente dilatada (media 54 ml/m²) y larga evolución de FA: la restauración inicial del RS fue alta y cerca de la mitad mantuvo el ritmo a mediano plazo. Estar en RS al mes se asoció con una mejoría significativa en FEVI (+16% vs +4%; $p=0.003$). Ningún parámetro ecográfico permitió por sí solo permite excluir a un paciente de la posibilidad de CVE; su uso debería integrarse con la clínica, comorbilidades y preferencias del paciente. Las principales limitaciones fueron el tamaño muestral, la pérdida de seguimiento y la disponibilidad parcial de ecografía post CVE. En conjunto, nuestros datos respaldan la CVE como estrategia útil en FA persistente de larga data, con impacto temprano en la función ventricular.

TRABAJOS PÓSTER

VIERNES 12 DE DICIEMBRE:

10:00 – 10:40 Hrs.

Experiencia de ecocardiograma de estrés con ejercicio en un Hospital de Chile

Gonzalo Torres Parra, Matías Herrera, Fernando Verdugo,
Camila Bonta, Daniel Contreras, Bruno Dighero

Hospital Salvador

Introducción: El ecocardiograma de estrés con ejercicio es una herramienta diagnóstica y pronóstica que combina la valoración funcional con la detección de alteraciones de motilidad segmentaria.

Objetivos: Describir las características clínicas y funcionales de pacientes sometidos a ecocardiograma de esfuerzo con ejercicio en un laboratorio de ecocardiografía y explorar la relación de los hallazgos con la mortalidad global en el seguimiento.

Método: Se analizaron 209 pacientes sometidos a ecocardiograma de esfuerzo entre 2016–2025, el laboratorio de ecocardiografía del Hospital del Salvador. Se registraron edad, sexo, causa de derivación, clase funcional (CF), METs alcanzados, tipo de ejercicio (bicicleta y cinta) y presencia de alteraciones de motilidad segmentaria inducidas por esfuerzo. El evento primario fue mortalidad global. Se aplicaron tablas cruzadas y pruebas de χ^2 y Fisher para explorar asociaciones.

Resultados: La edad promedio fue 64 años, con un 55% de mujeres, la mortalidad general fue de 3.4% con un seguimiento promedio de 2 años, la causa más frecuente fue

la cardiopatía coronaria 54%, seguido de la miocardiopatía hipertrófica 22%, el método de ejercicio más utilizado fue la bicicleta (67%), la mayoría de los pacientes se encontraban en CF I (62%), los que alcanzaron más de 7 METs fueron el 56% de la muestra. Dado el bajo porcentaje del desenlace primario no se logro demostrar asociación con los trastornos de motilidad basales e inducidos por ejercicio, hubo una tendencia no significativa de la mortalidad con la capacidad funcional reducida CF I vs II-III ($p=0.2$) y los METs alcanzados 7 vs >7 ($p=0.1$).

Conclusiones: En esta cohorte, la mortalidad global fue baja. Las alteraciones de motilidad segmentaria no se asociaron con mayor riesgo, mientras que la capacidad funcional mostró tendencia a correlacionarse con la mortalidad, especialmente cuando no se alcanzaron 7 METs. Estos hallazgos resaltan el valor complementario del ecocardiograma de esfuerzo con ejercicio.

Registro de pacientes con miocardiopatía hipertrófica en un hospital público chileno: experiencia de 4 años en el marco de un policlínico especializado

Bruno Dighero, Eduardo Rozas, Josseline Peña, Wilfredo Ávila,
Claudio Parra, Gonzalo Torres

Hospital Salvador

Introducción: Miocardiopatía hipertrófica (MCH) es la enfermedad cardíaca genética más prevalente y una causa relevante de muerte súbita, arritmias e insuficiencia cardíaca. Las guías internacionales recomiendan que el seguimiento de estos pacientes se realice en centros especializados, con acceso a imagen avanzada, genética y un enfoque multidisciplinario. En nuestro hospital se consolidó un policlínico especializado en MCH, que ha permitido registrar la experiencia clínica de los últimos 4 años.

Métodos: Se realizó un registro observacional retrospectivo de pacientes con MCH entre enero 2020 y diciembre 2024. Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de MCH (hipertrofia ventricular izquierda ≥ 15 mm en ausencia de otras causas). Se recopilaron variables demográficas, clínicas, ecocardiográficas, resonancia magnética cardíaca (RMC) y genéticas. Los pacientes se clasificaron en fenotipos morfológicos y se evaluó la presencia de fibrilación auricular (FA), obstrucción significativa, estudios genéticos y RMC.

Resultados: Se incluyeron 120 pacientes con MCH. La edad promedio fue de 63 años. Se describen las características de los pacientes en las siguientes tablas.

Discusión: Se constituye la primera caracterización de MCH en un hospital público chileno con policlínico especia-

**Tabla 1. Características de la cohorte**

Variable	Resultado
Edad (años)	63.0 ± 14.0
FA	8.3% (IC95% 4.6-14.7)
Obstrucción significativa	4.2% (IC95% 1.8-9.4)
RMC realizada	40.8% (IC95% 32.5-49.8)
Estudio genético	52.5% (IC95% 43.6-61.2)

Tabla 2. Distribución fenotípica

Fenotipo	n	Proporción
Apical	25	20.8% (IC95% 14.5-28.9)
Obstructiva	3	2.5% (IC95% 0.9-7.1)
No obstructiva	19	15.8% (IC95% 10.4-23.4)
Otra/indefinida	73	60.8% (IC95% 51.9-69.1)

lizado. Se observó mayor proporción de fenotipo apical y baja prevalencia relativa de obstrucción y FA. Destaca el acceso a estudios avanzados (RMC en 41% y genética en 53%). Las guías AHA/ACC y ESC subrayan la importancia de la atención en centros de referencia, con equipos multidisciplinarios y acceso a imagen avanzada y genética, lo cual se caracteriza como un benchmark en el diagnóstico y seguimiento y se ve reflejado en la experiencia aquí presentada. No obstante, persisten desafíos en la estandarización diagnóstica y acceso a intervenciones invasivas (miectomía, DAI). Dichos temas no se abordan aquí, pero se plantea la inquietud para el desarrollo de nuevos trabajos que indaguen esos tópicos.

Conclusiones: Este registro incluye 120 pacientes con MCH. Predominó el fenotipo apical, con baja prevalencia relativa de obstrucción y FA. Más del 50% accedió a estudios genéticos y 40% a RMC, cifras superiores a lo habitual en el sistema público. La experiencia refuerza la relevancia de contar con unidades especializadas en MCH.

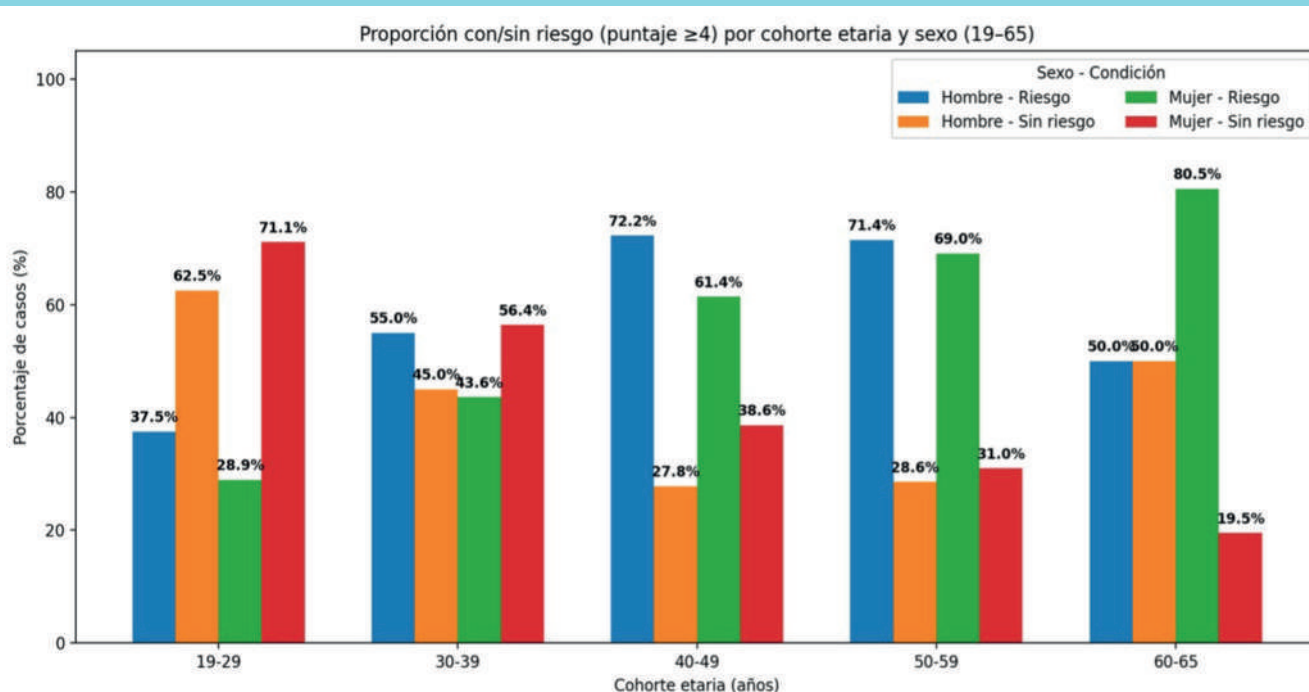
Prevalencia factores de riesgo cardiovascular en trabajadores de un hospital clínico universitario chileno.

Eduardo Schulz, Cristóbal Abarca, Ana Romero, Susana Becerra, Carola Huerta, Paula Tala, Mónica Acevedo, Douglas Greig

Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica, Santiago de Chile

Introducción: Estudios realizados en trabajadores salud revisten especial interés, ya que constituyen una población expuesta a factores riesgo cardiovascular (FRCV), tales como, trabajo por turnos, estrés crónico y sedentarismo, asociados a un peor perfil cardio-metabólico. Por el contrario, se ha planteado que estar expuesto a este ambiente podría generar conciencia de auto-cuidado. En Chile se desconocen datos actualizados de FRCV en ambiente hospitalario.

Objetivos: Implementar en un Hospital Clínico Universitario un tamizaje estandarizado para (i) cuantificar la carga de



FRCV (ii) estimar la proporción de alto riesgo (iii) explorar diferencias por edad y sexo.

Métodos: Se realizó encuesta automatizada a personal de salud en Hospital Clínico UC Christus, considerando tanto datos demográficos: Edad, Sexo, Antecedentes familiares de riesgo CV, Hipertensión Arterial (HTA), Tabaquismo, Diabetes Mellitus (DM) y Sedentarismo; así como mediciones por equipo enfermería: Hemoglucotest (HGT), Presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), Colesterol total (CoLT), índice masa corporal (IMC) y Circunferencia abdominal (CA). Se otorgó 1 punto a cada variable; Sexo no considerado y corte edad >50 años ; y se realizó escala de estratificación de riesgo CV, con puntaje de 0 a 12, considerando ≥ 4 puntos alto riesgo. Se realizó correlación lineal de Pearson y se compararon porcentajes usando chi-cuadrado.

Resultados: 427 casos, edad promedio 44.4 años (19 - 65); Mujeres (M) 77.8%. Fumadores 21.5%; HTA: 25.2% ; DM 5.9% y Sedentarismo 37.4%. Respecto a variables medidas: IMC >25 : 85.9% (Hombres (H): 91.8% ; M: 84.2%, p: 0.11) ; CA aumentada 39.2% (H: 32.9% ; M: 40.9%, p: 0.22); CoLT >200 mg/dl: 33.9% (H: 28.2% ; M: 35.65%, p: 0.25); HGT >110 mg/dl 32.4% (H: 40% ; M: 30.2%, p: 0.11); PAS >140 mmHg: 12.3% (H: 21.2% ; M: 9.7%, p: 0.08) ; PAD >90 mmHg: 14.4% (H: 18.8% ; M: 13.1%, p: 0.24). Sin diferencia de “alto riesgo” en hombres y mujeres (58.8% versus

57.4%). Correlación positiva y no significativa entre edad y número de FR (R^2 : 0.14, p >0.05), que se mantuvo al separar por sexo.

Conclusiones: Se objetivó una alta prevalencia de FRCV, especialmente en hombres jóvenes, siendo la edad responsable tan sólo de un 14% de la carga de FRCV. Estos resultados pretenden evaluar estrategias de prevención CV futuras y así fortalecer consciencia de enfermedad en los trabajadores, quienes debieran ser la imagen de un modelo de auto-cuidado para nuestros usuarios.

Adherencia al Tratamiento Farmacológico y Medios de Comunicación Digital en Usuarios del Programa de Salud Cardiovascular

Yaritza Villar Pilgrin, Alide Salazar Molina

Universidad de Concepción

Introducción: Una de las principales opciones de tratamiento para las personas con condiciones crónicas es la terapia medicamentosa. Sin embargo, su adherencia podría verse afectada por el uso de los medios de comunicación digital, debido a que son consideradas fuentes de información no expertas.

Objetivo: Determinar la relación entre el grado de ad-



herencia al tratamiento farmacológico y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital en los usuarios pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular de un CESFAM del centro sur chileno.

Métodos: Diseño transversal, descriptivo y correlacional en 184 usuarios adultos que fueron seleccionados a través de un muestreo probabilístico bietápico.

Instrumentos: Cuestionario de Características Biosociodemográficas, Escala Morisky de Adherencia a los Medicamentos de 8 ítems y Cuestionario sobre el comportamiento frente a los medios de comunicación. Se consideraron requisitos éticos planteados por Ezequiel Emanuel.

Resultados: Del total de participantes, el 73,9% eran mujeres, con un promedio de edad de 63,6 años. El 70,1% se identificó como dueña de casa o pensionado. El 47,8% fue clasificado con una adherencia al tratamiento farmacológico media. El 60,3% declaró utilizar los medios de comunicación digital para obtener información sobre salud. Se obtuvo asociación significativa entre la edad y la ocupación con la adherencia al tratamiento farmacológico, así como el ajuste de medicamentos con el uso de los medios de comunicación digital.

Conclusión: No hubo relación entre la adherencia al tratamiento farmacológico y el comportamiento frente a los medios de comunicación digital. Se resalta la necesidad de nuevas investigaciones que consideren factores individuales y contextuales, así como la importancia de mejorar la alfabetización en salud, guiar el uso de los medios digitales y fortalecer el rol educativo para potenciar la adherencia y la toma de decisiones informadas.

Riesgo lipídico residual no tradicional en la era de estatinas de alta intensidad en pacientes con infarto miocárdico

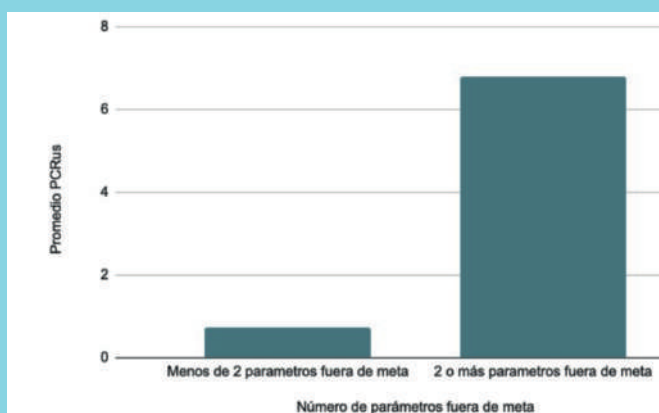
Tomas Cerda, Tomas Phillips, María Paz Orellana, Leonardo Velasquez, Gonzalo Recabarren, Thomas Haack, María Cecilia Brañes, Paula Muñoz Venturelli, Gonzalo Martínez

Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica

Introducción: El potencial aterogénico de los lípidos se extiende más allá de los niveles de colesterol LDL (LDL-C). En pacientes que han presentado un infarto miocárdico (IAM), a pesar del tratamiento con estatinas de alta intensidad existe un riesgo residual lipídico que puede ser estimado midiendo parámetros no presentes en el perfil lipídico tradicional.

Objetivo: Analizar la tasa de consecución de metas lipídicas no tradicionales en pacientes con IAM y su relación con la consecución de las metas de LDL-C y riesgo inflamatorio residual.

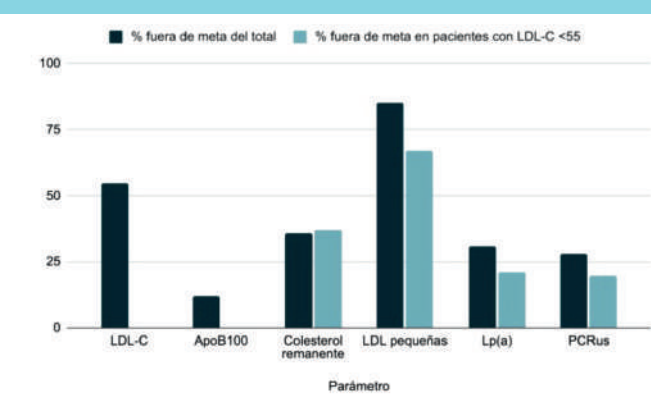
Figura 1. (Nivel de PCRus según parámetros fuera de meta).



Métodos: En pacientes que habían sufrido un IAM entre 1 a 12 meses atrás se midieron lípidos por espectroscopía de resonancia magnética nuclear, lipoproteína (a) (Lp(a)) y PCR ultrasensible (PCRus). Se evaluó el cumplimiento de metas de LDL-C < 55 mg/dL y de parámetros no tradicionalmente evaluados: ApoB100 < 65 mg/dL; colesterol remanente (Rem-C) [IDL-C + VLDL-C] < 30 mg/dL; partículas LDL pequeñas (LDLs) < 550 nmol/L; Lp(a) < 125 nmol/L y PCRus < 3 mg/L. Se utilizó t student y test de Fisher considerando $p < 0,05$ como significativa.

Resultados: Se incluyeron 67 pacientes, edad promedio 62,7 años, 13 (19.7%) mujeres. Todos estaban recibiendo estatinas en altas dosis y 2 ezetimibe. El promedio de LDL-C fue 58.7 (DE 27,8). 37 pacientes (55%) tuvieron LDL-C \geq 55. Respecto a los parámetros no tradicionales, no se cumplió la meta en 8 (12%) para ApoB100; 24 (36%) para Rem-C; 57 (85%) para LDLs y 13 (31%) para Lp(a). El promedio de PCRus fue 4,28 (DE 13,15) y 19 (27.7%) presentaron PCRus > 3 mg/L. La PCRus fue significativamente mayor ($p < 0.05$) en los pacientes con 2 o más parámetros no tradicionales fuera de meta (Figura 1). Al analizar exclusivamente

Figura 2. (Porcentaje de pacientes fuera de meta).





los aquellos pacientes con meta de LDL-C <55 mg/dL (meta tradicional cumplida), no se cumplió la meta en 0 pacientes para ApoB100; 11 (37%) para Rem-C; 20 (67%) para LDLs y 3 (21%) para Lp(a). El 20% de estos pacientes presentaron PCRus >3 mg/L. En este grupo, 26 (87%) presentaron al menos un parámetro lipídico no tradicional fuera de la meta y 58% al menos 2. El resumen del cumplimiento se presenta en la Figura 2.

Conclusión: En pacientes en prevención secundaria, existe un riesgo lipídico residual elevado. Aún en los que logran la meta de LDL-C, existen parámetros no controlados que no son habitualmente detectados. Una evaluación lipídica completa parece necesaria para identificar pacientes con riesgo residual que puedan ser candidatos a eventuales terapias adicionales

Mejoría de la capacidad aeróbica con liraglutida en pacientes con síndrome metabólico

Douglas Greig, Francisca Arancibia, Luigi Gabrielli, Paulina Jofré, Jongsun Lim, Amelia Quiroz, David de la Rosa, María P. Ocaranza, Jorge E. Jalil

División de Enfermedades Cardiovasculares, División de Pediatría y Departamento de Cardiología Pediátrica
Pontificia Universidad Católica

Antecedentes: El síndrome metabólico (SM) se asocia a un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular y a deterioro en la capacidad funcional. El test cardiopulmonar de ejercicio (TCP) permite evaluar parámetros de performance cardiovascular e identifica a una población de mayor riesgo. Los agonistas del receptor de GLP-1, como la liraglutida, han mostrado beneficios en el control de peso y parámetros cardiometabólicos, pero su impacto en la función cardiorrespiratoria no ha sido completamente evaluado

Objetivo: Evaluar el efecto de la terapia con el agonista del receptor de GLP1 liraglutida sobre capacidad aeróbica en pacientes con SM. Además, comparar la capacidad aeróbica de pacientes con SM con la de sujetos sanos.

Métodos: Se compararon 17 sujetos sanos (52 ± 7.8 años, 12 mujeres, IMC 23 ± 7.7 kg/m²) con 25 pacientes con SM (54 ± 6.9 años, 9 mujeres, IMC 34 ± 2.8 kg/m²). A los pacientes con SM se les administró liraglutida en dosis creciente hasta 1.8mg/d s.c. durante 3 meses. Se comparó la duración del TCP, umbral anaeróbico (UA, ml/kg/min) y consumo máximo de oxígeno (peakVo2, ml/kg/min) a) en el grupo control vs los pacientes con SM sin tratamiento y b) en los pacientes con SM antes y después del tratamiento ($n = 17$). Para el TCP se utilizó un equipo ULTIMA GX y cinta ergométrica con un protocolo estandarizado.

Resultados: (promedio \pm DS). El TCP duró 905 ± 347 segs en controles y 536 ± 99.5 segs en pacientes con SM ($p=0.004$).

Los sujetos sanos presentaron mayor peakVo2 (30 ± 5.8 vs 20.6 ± 2.8 , $p<0.001$) y mayor UA (18 ± 4.4 versus 14.8 ± 2.3 , $p=0.018$) comparados con los pacientes con SM. Basalmente las mujeres vs los hombres con SM, mostraron menor duración del test (463 ± 71 segs versus 597 ± 77 segs, $p<0.001$) y menor peak Vo2 (19.1 ± 2.0 versus 22.0 ± 2.4 , $p=0.004$). Luego del tratamiento, los pacientes con SM mostraron una reducción del peso (92.7 ± 14.4 vs 86.6 ± 13.3 kg, $p<0.001$), mayor duración del TCP (507 ± 90 versus 563 ± 93 segs, $p<0.001$) y mayor peakVo2 (19.6 ± 2.0 versus 21 ± 2.4 , $p=0.002$). No hubo diferencias en el UA. Se observó una tendencia en la relación entre el porcentaje de caída del peso y la mejoría del peakVo2.

Conclusión. Los pacientes con SM presentan un deterioro de la capacidad aeróbica en comparación con controles sanos. La terapia a corto plazo con liraglutida se asocia con mejoría significativa de la capacidad aeróbica, que no se alcanza a explicar completamente por la reducción de peso. Fondecyt 1231685, Anillo ACT240058.

miR-15b plasmático permite la estratificación clínica y pronóstica en insuficiencia cardíaca

Georhan Mancilla, Anita Tapia, Ingrid Oyarzún, Clara Quiroga, Pablo Castro y Hugo Verdejo

Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica

Introducción: La insuficiencia cardíaca (HF) es un síndrome complejo y heterogéneo que constituye una de las principales causas de morbilidad global. Se distinguen dos fenotipos principales, HF con fracción de eyección preservada (HFpEF) e HF con fracción de eyección reducida (HFrEF), los cuales difieren en fisiopatología, pronóstico y respuesta al tratamiento. Con el fin de mejorar el entendimiento de la fisiopatología y pronóstico de HF resulta necesaria la búsqueda de biomarcadores que contribuyan a su diferenciación clínica. Los microARNs (miRs), pequeños reguladores postranscripcionales, han emergido como biomarcadores en múltiples patologías, por su facilidad de detección y capacidad de controlar procesos patológicos como el remodelado cardíaco, inflamación y apoptosis.

Objetivos: Evaluar el valor diagnóstico y pronóstico de una batería de miRs circulantes para discriminar entre HFpEF y HFrEF. **Métodos:** Se incluyeron pacientes con HF confirmada, clasificados según fracción de eyección, además de un grupo de individuos sin HF. Se obtuvieron muestras plasmáticas y se cuantificó la expresión de un panel de miRs (let-7b, miR-1, miR-15b, miR-23a, miR-100, miR-144, miR-155, miR-185 y miR-199), mediante RT-qPCR, y se evaluó diferencias entre grupos (ANOVA). Se correlacionaron los niveles de los miRs con variables clínicas y bioquímicas. Y



se evaluó la capacidad pronóstica (correlación de niveles de miR-15b con días de sobrevida post muestreo).

Resultados: En el panel de miRs, miR-1 ($p=0,0007$), miR-15b ($p<0,0001$), miR-144 ($p<0,0001$) y miR-185 ($p<0,0001$), mostraron diferencias de expresión entre HFpEF y HFrEF. De las correlaciones destacan en el grupo HFrEF, miR-15b con días de sobrevida ($p=0,041$, $r=-0,460$).

Conclusiones: Una batería de miRs circulantes permite discriminar de forma eficaz entre HFpEF y HFrEF, ofreciendo una herramienta diagnóstica complementaria, así como la apertura al entendimiento fisiopatológico de la desregulación de estos. Asimismo, miR-15b se asoció con sobrevida en HFrEF, emergiendo como un biomarcador pronóstico relevante. Estos hallazgos apoyan la integración de perfiles de miRs en la estratificación clínica y el manejo personalizado de la HF.

Adultos con Cardiopatía Congénita, un Nuevo Paradigma Clínico y Desafíos en la Medicina del Siglo XXI

Jennifer Carolina González Amigo, Rodrigo Barra Lobos, Carlos Muñoz Rodríguez, Juan Molina Paredes, Juan Contreras Reyes, María Angelica García Barsoti, Mauricio Soto Vásquez, Tamara Oyarzún Navarro, Patricia Sanchez Velasquez

Hospital Hernán Henríquez, Clínica Redsalud Temuco

Introducción: Actualmente más del 85% de los nacidos con cardiopatías congénitas sobreviven hasta la edad adulta. Desde el 2021 comenzó en nuestro hospital el policlínico de cardiopatías congénitas del adulto (CCA) que permite la transferencia, pesquisa y evaluación integral de estos pacientes.

Objetivo: Describir las características de pacientes CCA que se atienden en policlínico de la especialidad del HHA a la fecha.

Material y método: Diseño corte transversal, descriptivo.

Resultados: Se evaluaron 125 pacientes en seguimiento en policlínico de CCA, con una edad promedio de 31 años (rango: 15-68 años). El 50.4% fueron hombres y el 92.8% procedían de la región de La Araucanía. El 60% presentó CC cianóticas, con una distribución de complejidad de 29.6% alta, 38.4% moderada y 31% simple. Los diagnósticos más frecuentes fueron ventrículo único (15.2%), comunicación interauricular (13.6%) y tetralogía de Fallot (10.4%). El 58.4% de los pacientes tenía antecedentes de cirugías paliativas, el 16.8% presentaba defectos residuales o secuelas postquirúrgicas y el 24.8% no había recibido tratamiento previo. El 71% se clasificó en clase funcional NYHA I, con una FEVI promedio del 56%. Entre las complicaciones asociadas, el 10.4% presentó bloqueo auriculoventricular, el 6.4% flutter auricular y el 5.6% fibrilación auricular. El 12% utilizaba marcapasos. Además, el 14.6% presenta hipertensión arterial,

Diagnóstico	Frecuencia	%
Ventrículo único	19	15,20
Tetralogía de Fallot	13	10,40
CIA reparada	9	7,20
Anomalia de Ebstein	8	6,40
CIA ostium secundum	8	6,40
Coartación de la aorta	8	6,40
Defecto del septo ventricular	7	5,60
TGA-CC	7	5,60
CIV reparada	6	4,80
Defectos canal atrio ventricular	6	4,80
Estenosis aórtica	5	4,00
Atresia pulmonar	3	2,40
Atresia tricúspidea	3	2,40
Drenaje pulmonar anómalo	3	2,40
FOP	3	2,40
TGA-Swith atrial	3	2,40
Estenosis pulmonar	2	1,60
Insuficiencia pulmonar moderada a severa	2	1,60
Síndrome Eisenmenger	2	1,60
Ventrículo de doble salida VD	2	1,60
CIA ostium primum	1	0,80
DAP reparado	1	0,80
Estenosis aórtica sub o supra valvular	1	0,80
Estenosis mitral	1	0,80
Fístula aorto-auricular	1	0,80
TGA-Rastelli	1	0,80
TOTAL	125	100,00

el 13.6% presentaba hipertensión pulmonar, el 12% insuficiencia cardíaca, el 3% infarto al miocardio y 3% accidente cerebrovascular/isquemia transitoria. Desde 2021 se realizaron 48 cirugías de CCA, 8 cateterismo cardíacos derechos y 5 estudios electrofisiológicos/ablación.

Conclusiones: Los pacientes con CCA atendidos en el policlínico revelan un perfil clínico diverso y desafiante. El enfoque multidisciplinario y la vigilancia continua permitirán mejorar la calidad de vida y el pronóstico en esta población emergente.

Más Allá del Riesgo Tradicional: Factores Sexo-Específicos que Predisponen al Síndrome Coronario Agudo en Mujeres Jóvenes

Cheryld Mutel, Carlos Olivares Asencio, Katalina Gallardo, Daniela Sanzana Díaz, Francisca Lillo, Eduardo Ramírez

Universidad de La Frontera, Hospital Hernán Henríquez

Introducción: El síndrome coronario agudo (SCA) en mujeres jóvenes presenta características distintivas comparado con hombres. Los factores de riesgo sexo-específicos, incluyendo historia reproductiva, uso de anticonceptivos orales y enfermedades autoinmunes, pueden contribuir significativamente al riesgo cardiovascular.

Objetivos: Determinar la prevalencia de factores de riesgo



sexo-específicos en mujeres jóvenes con SCA y analizar diferencias entre pacientes con MINOCA (Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries) versus enfermedad aterosclerótica.

Métodos: Estudio transversal descriptivo de 32 mujeres con SCA, edad 26-47 años, evaluadas entre 2022-2024. Se analizaron factores de riesgo tradicionales y sexo-específicos incluyendo historia reproductiva (hipertensión del embarazo, preeclampsia, diabetes mellitus gestacional), uso de anticonceptivos orales, enfermedades autoinmunes y factores psicosociales. Se utilizó estadística descriptiva con intervalos de confianza 95%.

Resultados: Edad promedio 39.9 ± 5.4 años. Factores tradicionales más prevalentes: tabaquismo 50.0%, hipertensión arterial 40.6%, dislipidemia 31.2%. MINOCA representó 34.4% versus enfermedad aterosclerótica 46.9%. Pacientes con enfermedad aterosclerótica tuvieron mayor prevalencia de uso de anticonceptivos orales (53.3% vs 18.2%) e historia familiar (33.3% vs 9.1%). Sedentarismo alcanzó 89.3% y estrés/depresión/ansiedad 35.7%. Tras el análisis estadístico el uso de anticonceptivos orales (ACO) muestra una tendencia a asociarse con mayor odds de enfermedad aterosclerótica versus MINOCA (OR=5.14), aunque no alcanza significancia estadística ($p=0.109$). Estrés/Depresión/Ansiedad también muestra mayor frecuencia en aterosclerótica, sin significancia estadística (OR=2.33, $p=0.428$). Para el resto de factores no tradicionales, la baja frecuencia limita el análisis y ninguna asociación fue estadísticamente significativa. En todos los factores, los valores p de Fisher son >0.05 , por lo que no se demostró relación estadísticamente significativa en este tamaño muestral.

Conclusiones: Si bien en esta cohorte, ningún factor de riesgo no tradicional mostró asociación estadísticamente significativa con el tipo de SCA, el uso de ACO presentó una tendencia potencialmente relevante a asociarse con enfermedad aterosclerótica. Se requieren muestras mayores para confirmar estos hallazgos. Por otro lado, los factores sexo-específicos son altamente prevalentes en mujeres jóvenes.

Serie de casos: gestaciones en pacientes con cardiopatía congénitas y adquiridas en un periodo de 3 años

Laura Beatriz García Bello, William Lezcano, Mario Figueredo,
Sebastián Ocampo, Rodrigo Vera, José Candia

Hospital de Clínicas

Introducción: El 1-4% de los embarazos se complican por enfermedades de la madre. En la mayoría de los países, hay pocos datos nuevos sobre la prevalencia y la incidencia

de las cardiopatías relacionadas con el embarazo.

Objetivos: Describir serie consecutiva de casos de pacientes embarazadas con cardiopatías congénitas y adquiridas observados en el Hospital de Clínicas.

Materiales y Método: trabajo descriptivo, retrospectivo, de casos consecutivos de pacientes.

Resultados: se presenta una serie de casos de 10 embarazadas con cardiopatías congénitas y adquiridas. La edad promedio fue de las embarazadas fue de 27 años, con edad gestacional donde se manifestaron los síntomas a los 21.3 semanas, siendo el principal síntoma disnea (100%), malos controles de PA (40%) y otros síntomas fiebre, palpitaciones y edema de miembros inferiores. El 30% desconocían los riesgos de su embarazo. Entre las patologías cardiacas se presentaron miocardiopatía hipertrófica (2), coartación de aorta (2), estenosis mitral (2), miopericarditis, DSDVD, estenosis pulmonar e hipertensión pulmonar severa primaria (1). El 70% llegaron a término su gestación. Del total 2 pacientes presentaron óbito fetal a la primera semana post parto.

Conclusión: Las complicaciones cardiovasculares durante el embarazo son poco frecuentes, sin embargo, la cardiopatía sigue siendo una de las principales causas de muerte materna durante el embarazo. Se debería ofrecer consejo preconcepción a todas las mujeres con cardiopatía con el objetivo de que no corran riesgos evitables. El cuidado adecuado de las gestantes con cardiopatía durante el embarazo, el parto y el posparto requiere un equipo multidisciplinario.

Malnutrición por Exceso: Un Desafío Cardio-Obstétrico en el Embarazo

Patricio Huerta Godoy, Patricia Sarabia Suloaga,
Karina Rozas Sánchez, Katherine Salgado Prieto,
María Virginia Araya Alvarez

Universidad de Tarapacá, CORMUDES Dirección de Salud Iquique,
Instituto Cardiológico Iquique

Introducción: El embarazo produce importantes cambios fisiológicos y hemodinámicos en el sistema cardiovascular. Estas adaptaciones pueden complicar a gestantes con factores de riesgo cardio-obstétricos (FRCO), como la malnutrición por exceso.

Objetivo: Asociar la malnutrición por exceso y factores de riesgo cardio-obstétricos en gestantes de la región.

Metodología: Estudio descriptivo, analítico, corte transversal. Muestra representativa, aleatoria simple, constituida por 293 gestantes correspondientes al 77% población objetivo. Análisis estadístico STATA 18, cálculo de promedios, prueba Chi2, ANOVA y Riesgo Relativo. Base de datos obtenida por transparencia desde la Seremía Regional.

Resultados: Edad promedio 28 años (DS $\square 6.59$), 62.12



Figura 1. Asociación Malnutrición por Exceso y Factores de Riesgo.

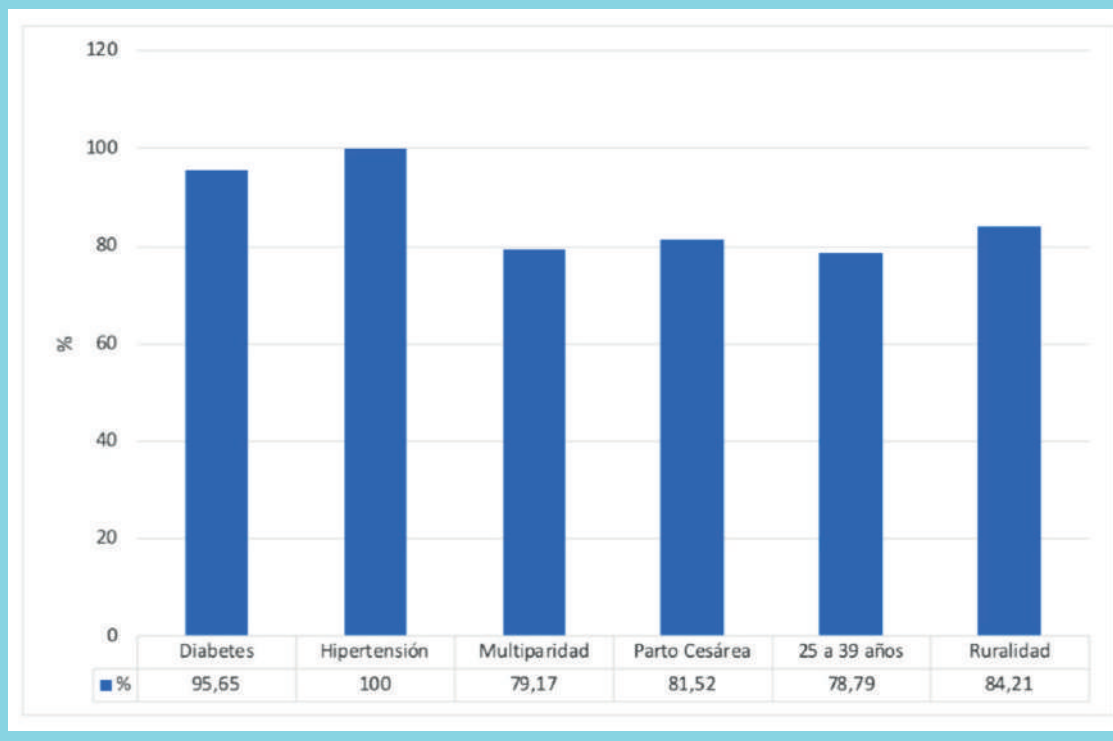


Tabla 1. Análisis variables en estudio.

Variable	Prueba estadística	%	Estadístico F	Riesgo Relativo	p value	Promedio	DS	IC
Edad	Media, DS e IC	-	-	-	-	28	6.59	27.24 – 28.75
MNPE/Diabetes	Chi ²	95.65	-	-	0.035	-	-	-
MNPE/Hipertensión	Chi ²	100	-	-	0.413	-	-	-
MNPE/Multiparidad	Chi ²	79.17	-	-	0.004	-	-	-
MNPE/Parto Cesárea	Chi ²	81.52	-	-	0.025	-	-	-
MNPE/Edad 25 a 39 años	Chi ²	78.79			0.015			
40 años y +		85.71						
MNPE/Ruralidad	Chi ²	84.21			0.24			
MNPE/Nacionalidad chilena	Chi ²	83.84			0.008			
MNPE/Diabetes	Riesgo Relativo	-	-	7.97	0.01	-	-	1.1 – 57.7
MNPE/Ruralidad	Riesgo Relativo	-	-	1.99	0.24	-	-	0.6 – 6.59
MNPE/Diabetes	ANOVA		14.65		0.0002	-	-	-

% pertenece al grupo etario, que, según evidencia científica presenta mayores complicaciones cardio-obstétricas entre 25 a 39 años. El 45.73% son chilenas y 54.27% extranjeras (bolivianas 30.73%, peruanas 9.9%, venezolanas 5.8% colombianas 2.8%). Estado nutricional normal (ENN) 23.5%, obesidad 42.72% y MNPE 72.75%. Diabetes 11.33%, Hipertensión 8.2%. Resolución de la gestación 52.8% parto vaginal, 44% cesárea. Las asociaciones más importantes con la

MNPE: 95.65% de las diabéticas presentan MNPE ($p=0.035$) y 100% de las hipertensas ($p=0.413$), el 78.79% del grupo etario 25 a 39 años presenta MNPE ($p=0.015$), el 79.17% de las gestantes multíparas y el 81.52% de las embarazadas que tuvieron parto por cesárea, también presentaron MNPE, así como el 84.21% de las pacientes rurales ($p=0.24$). La prueba ANOVA establece una relación entre edad y MNPE (estadígrafo $F=14.65$ $p=0.001$). El Riesgo Relativo entre diabetes y



MNPE es 7.9 (IC 1.10 – 57.7, $p=0.01$).

Conclusiones: Las gestantes con MNPE se relacionan con mayor riesgo de diabetes y cesárea, como también factores sociodemográficos como edad avanzada, nacionalidad y ruralidad. Las gestantes con obesidad duplicaron a las con estado nutricional normal. La MNPE pregestacional constituye un potente FRCO, que obliga a los equipos de Cardio Obstetricia a realizar actividades de prevención y promoción en etapas tempranas del ciclo vital, de la futura embarazada.

Trombosis Venosa de Extremidades Superiores Secundaria a Síndrome de Opérculo Torácico Venoso: Experiencia de 25 Años en su Tratamiento en un Centro Académico en Chile

Ana Sutherland Michelangeli, Fernanda Castro Leiva,
Michel Bergoeing Reid, José Francisco Vargas Serrano,
Francisco Valdés Echenique, Leopoldo Mariné Massa

Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

Introducción: La trombosis venosa axilo-subclavia (TVAS) es una complicación del síndrome de opérculo torácico venoso.

Objetivo: Describir nuestra experiencia en 25 años en el manejo endovascular y quirúrgico de la TVAS.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo, unicéntrico, entre 2000 y 2025 de pacientes secuenciales mayores de 15 años con TVAS. Se excluyeron pacientes que consultaron por trombosis venosa mayor a 30 días de evolución y/o aquellos intervenidos en otro centro. El éxito técnico del tratamiento endovascular se estableció en la venografía final. La discapacidad funcional a largo plazo se midió mediante las encuestas QuickDASH Score y UEFI-15.

Resultados: Dieciséis pacientes con TVAS fueron tratados quirúrgicamente, con edad promedio de 30.6 ± 10.2 años (17-57), predominando el sexo masculino (58.8%). Consultaron por edema (100%) y dolor (87.5%) de la extremidad afectada. El diagnóstico se realizó mediante ecografía Doppler (23.5%), tomografía venosa (29.4%) o una combinación de ambos estudios (47.1%). El tratamiento consistió en anticoagulación con heparina inicialmente (100%). Luego se sometieron a trombólisis dirigida por catéter (35.3%) o trombectomía fármaco-mecánica o mecánica (64.7%) seguida de angioplastia venosa (94.1%), sin colocación de stents. Se observó un éxito técnico del 62.5%. En el 37.5% restante, la estenosis residual post-angioplastia fue superior al 30%, pero no superó el 55%. Finalmente se realizó resección de la primera costilla (94.1%). El promedio de tiempo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento endovascular fue de 11 ± 7.9 días; y entre el inicio de los síntomas y la resección costal fue de 39.2 ± 41.9 días. La complicación postoperatoria más fre-

cuenta fue el neumotórax. El tiempo de seguimiento promedio fue de 51.5 ± 36.1 meses; el 82.3% estaban asintomáticos y el 17.7% presentaba dolor y edema leve. El 82.3% no tenía discapacidad funcional, el 11.8% tenía discapacidad leve y el otro 5.9% discapacidad moderada. Un paciente fue re-intervenido 32 meses después de la resección costal debido a la persistencia de los síntomas. Dos pacientes presentaron una nueva TVAS, en uno de ellos no se realizó resección costal, en el otro no se realizó angioplastia luego de la trombólisis.

Conclusión: En nuestra experiencia, el manejo de la TVAS se basa en la combinación de anticoagulación, procedimientos endovasculares con angioplastia y en la necesidad de realizar posteriormente la resección de la primera costilla.

TRABAJOS PÓSTER VIERNES 12 DE DICIEMBRE: 16:15 – 16:50 Hrs.

Vigilancia cardiovascular, prevención y manejo de la cardiotoxicidad inducida por quimioterapia y terapias dirigidas: Revisión sistemática

Sergio Araneda Martínez, José Morales Délano, María Gutiérrez Díaz

Universidad del Alba

Introducción: La cardiotoxicidad secundaria a tratamientos de cáncer, en particular antraciclinas y tratamientos Anti-HER2, se convierte en una complicación que va en aumento y que puede condicionar la sobrevida del paciente oncológico. La identificación precoz y estas medidas preventivas pueden ayudar a evitar el desarrollo de eventos cardiovasculares sin necesidad de suspensión de tratamiento.

Objetivo: Revisar la evidencia disponible actualmente sobre prevención, detección y tratamiento de la cardiotoxicidad provocada por quimioterapia y terapias dirigidas.

Métodos: Revisión de la literatura (MEDLINE/PubMed, EMBASE, Cochrane Library) entre 2010-2025 con las palabras clave “cardiotoxicidad”, “cardio-oncología”, “drogas antraciclínicas”, “trastuzumab”, “inhibidor de puntos de inmunidad”, “estrés longitudinal global”, “troponina”, “HFA-ICOS”. Se incluyeron guías (ESC 2022), revisiones y metaanálisis. Criterios de inclusión: adultos ≥ 18 años, reportes sobre prevención/monitoreo/tratamiento de cardiotoxicidad. Se sintetizó evidencia de estratificación de riesgo (HFA-



ICOS), rol de ecocardiografía con strain y biomarcadores (troponina, BNP), y eficacia de intervenciones cardioprotectoras (β -bloqueadores, IECA/ARB, estatinas).

Resultados: Estratificación previa con HFA-ICOS hace posible detectar pacientes en riesgo alto que necesitan vigilancia intensificada. Se refuerza la posición del GLS (global longitudinal strain) y troponinas como detectores precoces de daño subclínico. Evidencia favorable sobre cardioprotección farmacológica (β bloqueadores/IECA/ARB/estatinas) en subgrupos como el de regímenes con antraciclinas y el uso secuencial con trastuzumab.

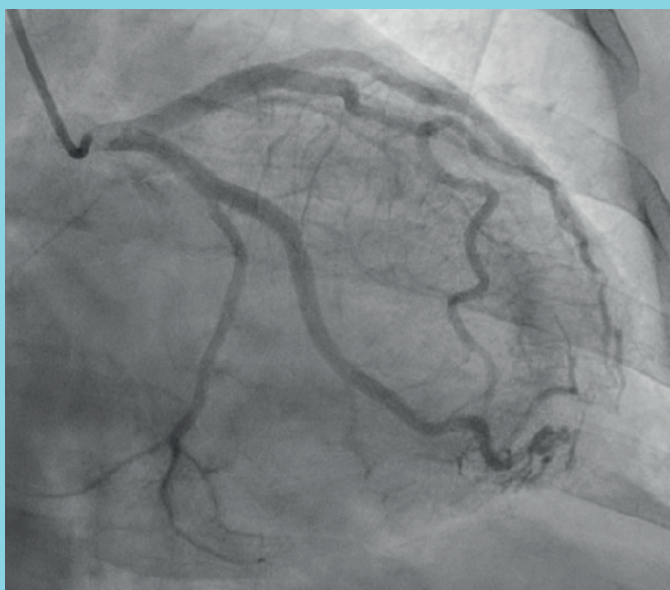
Conclusiones: La combinación de evaluación de riesgo (HFA-ICOS), vigilancia con ecocardiografía avanzada y biomarcadores, así como la aplicación selectiva de terapias cardioprotectoras, constituyen una estrategia razonable y válida para reducir la cardiotoxicidad en pacientes oncológicos.

Hallazgos poco comunes en la coronariografía

Javiera Ferrada, Constanza Riffo, Alejandro Ceballos, Alfonso García, Felipe Pérez, Felipe Rodríguez, José Rojas.

Hospital Franco Ravera Zunino,
Región Libertador Bernardo O'Higgins, Chile

Antecedentes: Las fistulas arteriales coronarias son una de las anomalías congénitas más frecuentes de las arterias coronarias, corresponde a un trayecto anómalo que comunica una arteria coronaria con alguna cavidad cardíaca o alguno de los vasos alrededor del corazón. Se presenta en el 0,15% de los pacientes en que se realiza una coronariografía. Se asocian hasta en un 90% de los casos a hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo.



Descripción del caso: Paciente femenina de 70 años con antecedente único de hipertensión arterial en tratamiento presenta cuadro de lipotimia que posteriormente se asocia a dolor torácico tipo puntada, sin irradiación, sin otros síntomas asociados que inicia durante esfuerzos moderados. Consulta en servicio de urgencia con hemodinamia estable, aunque hipertensa con presión arterial media de 119 donde se realiza electrocardiograma que evidencia onda T negativa de V2-V5, sin otros hallazgos significativos y troponinas negativas. Se decide estudio coronario de urgencia que evidencia la presencia de fistulas coronarioventriculares múltiples. Arteria descendente anterior sin lesiones. Llene de cavidad ventricular izquierda secundario a múltiples fistulas coronarias ventriculares, decidiéndose manejo médico ante hallazgos. Se realizó ecocardiograma que evidencia miocardiopatía hipertrófica con fracción de eyección preservada y septum basal engrosado en 16mm, sin obstrucción del tracto salida ventrículo izquierdo.

Discusión: Las fístulas coronarias suelen ser pequeñas y sin significación clínica, pero las más grandes pueden causar síntomas y llegar a producir complicaciones, como síntomas de isquemia o insuficiencia cardíaca. En el caso de nuestra paciente se presentó como un síndrome coronario agudo sin supradesnivel del ST con patrón electrocardiográfico de alto riesgo que amerito estudio coronario de urgencia mostrando los hallazgos descritos, asociándose a miocardiopatía hipertrófica que son dos etiologías que suelen coexistir.

Desarrollo de una Plataforma Web para El Registro de Cirugías Cardíacas

Enrique Seguel Soto, Sergio Guíñez-Molinos,
Benjamín Castillo Fierro

Hospital Guillermo Grant Benavente, Universidad de Talca,
Universidad Católica del Maule

Antecedentes: En Chile, la ausencia de un registro nacional de cirugías cardíacas ha dificultado la recolección y el análisis sistemático de datos, limitando la comprensión de los resultados quirúrgicos y las características demográficas de los pacientes. Para abordar esta brecha, desarrollamos una plataforma web diseñada para apoyar la documentación de cirugías cardíacas de alta complejidad.

Objetivo: Diseñar, desarrollar e implementar una plataforma de recolección y análisis de datos de cirugía cardíaca que cumpla con estándares internacionales, con el objetivo de apoyar la toma de decisiones clínicas e iniciativas de investigación.

Método: La plataforma fue desarrollada utilizando una arquitectura Modelo-Vista-Controlador (MVC), incorporando retroalimentación de profesionales de la salud y basada en



el cuarto informe de la base de datos de cirugía cardíaca en adultos de la Asociación Europea de Cirugía Cardio-Torácica (EACTS). Captura más de 160 variables clínicas distribuidas en 15 categorías, abarcando las etapas preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria.

Resultados: Desde su implementación piloto en 2014, la plataforma ha documentado más de 4.800 cirugías cardíacas durante un período de 10 años. La plataforma proporciona acceso en tiempo real a los datos y permite una evaluación sistemática de los resultados clínicos. La integración del modelo de riesgo EURO SCORE II permite una evaluación estandarizada del riesgo de mortalidad. Su uso permite apoyar la planificación quirúrgica y la asignación de recursos.

Conclusiones: Esta es la primera plataforma en línea dedicada a la documentación de cirugías cardíacas en Chile. Tiene el potencial de mejorar significativamente la recolección de datos de cirugía cardíaca a nivel nacional, permitiendo una toma de decisiones clínicas basada en evidencia y la planificación en salud pública. Los desarrollos futuros deben centrarse en mejorar la escalabilidad, interoperabilidad y capacidades de análisis de datos para establecer un registro nacional y alinear aún más las prácticas chilenas de cirugía cardíaca con los estándares internacionales.

Dimorfismo sexual en cardiomiocitos neonatales: expresión basal y respuesta a estrés

Ingrid Oyarzún, Magdalena Jiménez, Wileidy Gomez, Georhan Mancilla, Pablo Castro, Hugo Verdejo, Clara Quiroga

Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares muestran dimorfismo sexual, influido por hormonas, señalización y expresión génica. Sin embargo, las diferencias sexo-dependientes basales en cardiomiocitos y su impacto en la respuesta al estrés químico permanecen poco exploradas. Comprender estas diferencias, independientemente de la variable hormonal, puede guiar el desarrollo de estrategias terapéuticas más efectivas y personalizadas.

Objetivos: Caracterizar diferencias sexo-dependientes en la expresión basal de proteínas clave y evaluar la respuesta de cardiomiocitos neonatales a daño inducido por doxorrubicina.

Métodos: Se aislaron cardiomiocitos neonatales sexados de ratas Sprague-Dawley. Se evaluó la expresión de proteínas relacionadas con autofagia (ATG5, Beclin-1, LC3), proteasoma (PSMB5, PSMB8, RPN6) y mitocondrias (PGC-1 α , Mic19, Mic60, HSP70m). Las células se expusieron a doxorrubicina 50 nM por 72 h para inducir estrés, y se compararon respuestas entre sexos mediante análisis génico, a través de RT-PCR, y proteico, a través de Western-blot.

Resultados: Se observaron diferencias sexo-dependientes en la expresión basal. Proteínas autofágicas mostraron menor expresión en machos; proteínas mitocondriales tendieron a ser mayores en hembras, aunque no se replicó a nivel proteico. Tras doxorrubicina, Mic19 aumentó en machos ($p=0,06$). Estos hallazgos sugieren respuestas específicas al estrés químico dependientes del sexo.

Conclusiones: Los cardiomiocitos muestran diferencias sexo-dependientes en la expresión basal de proteínas de autofagia, proteasoma y mitocondrias, así como en su respuesta a estrés inducido por doxorrubicina. Considerar estas variaciones es crucial para desarrollar estrategias terapéuticas personalizadas y mejorar la prevención de cardiotoxicidad u otros tipos de estresores.

Diagnóstico prenatal de cardiopatías congénitas en población derivada al hospital sótero del río, área sur oriente de santiago: correlación clínico- epidemiológica y tendencias temporales (2014-2024).

Carmen Luz López, Claudia Schiele, Pamela Zelada, Lida Toro, Andrea Maccioni, Berenice Schiele Muñoz, Guisella Díaz

Hospital Sótero del Río

Introducción: El diagnóstico prenatal permite optimizar el manejo periparto y planificar intervenciones oportunas.

Objetivos: Evaluar características clínicas de pacientes derivadas al Hospital Sótero del Río (HSR) para diagnóstico prenatal de Cardiopatías Congénitas (CC), distribución según tipos de CC, correlación entre diagnóstico prenatal y diagnóstico postnatal de CC y comparar correlación entre distintas eras temporales.

Método: Estudio retrospectivo y descriptivo de corte longitudinal, de pacientes derivadas al HSR con sospecha de CC fetal, con parto en el período de estudio y cuyo seguimiento postnatal fue posible. Revisión de base de datos, informes de Ecocardiogramas, protocolos operatorios y epicrisis, desde enero 2014 a diciembre 2024, evaluando procedencia, edad gestacional (EG) de derivación, EG al momento de parto, diagnóstico prenatal y diagnóstico postnatal. Los tipos de CC se clasificaron en CC complejas (que requieren monitoreo y manejo neonatal), CC simples (que no requieren manejo neonatal) y en normales (con diagnóstico postnatal sin cardiopatía estructural). Se dividieron en dos etapas para análisis de tendencias: Etapa 1: 2014- 2018 y Etapa 2: 2019-2024. Se analizaron frecuencias, porcentajes, correlación pre y postnatal, y análisis de tendencias temporales. Se utilizó prueba de Chi cuadrado para determinar si existe asociación entre las variables categóricas, considerando como estadísticamente



Tabla 1. Correlación - Concordancia del diagnóstico según complejidad.

Concordancia del diagnostico								
Complejidad	Sí		No		(en blanco)		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alta	243	83.79%	20	6.90%	27	9.31%	290	100%
Normal	139	95.86%	6	4.14%		0.00%	145	100%
Baja	70	76.09%	8	8.70%	14	15.22%	92	100%
Sin información	2	2.74%		0.00%	71	97.26%	73	100%
Total	454	75.67%	34	5.67%	112	18.67%	600	100%

Tabla 2. Tipo de cardiopatía con concordancia en el diagnóstico según Etapa, para Cardiopatías Congénitas Complejas.

Tipo de cardiopatía	Etapas			
	2014-2018		2019 - 2024	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
APSI	3	100.00%	5	100.00%
ATRESIA TRICUSPIDEA	11	100.00%	2	100.00%
COARTACIÓN AÓRTICA	5	55.56%	11	91.67%
DSVD	5	83.33%	10	100.00%
DTGA	5	71.43%	12	80.00%
ENF. EBSTEIN	3	100.00%	3	75.00%
HETEROTAXIA	8	100.00%	5	100.00%
HVI	26	96.30%	28	100.00%
OTROS	17	100.00%	16	76.19%
T. FALLOT	24	88.89%	22	91.67%
TRONCO ARTERIOSO	5	100.00%		
V. UNICO	7	87.50%	7	100.00%
Total general	119	82.07%	121	85.82%

Tabla 3. Concordancia del diagnóstico de DTGA por periodos, para diagnósticos de CC compleja.

Concordancia diagnóstico de DTGA	2014-2018		2019-2024		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	2	28.57%	2	14.29%	4	19.05%
Sí	5	71.43%	12	85.71%	17	80.95%
Total	7	100.00%	14	100.00%	21	100.00%
Pearson $\chi^2(1) = 0,6176$ Pr = 0,432						

Tabla 4. Concordancia del diagnóstico de coartación aórtica por periodos, para diagnósticos de CC compleja.

Concordancia diagnóstico de COARTACIÓN AÓRTICA	2014-2018		2019-2024		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	211	97.69%	227	95.38%	438	96.48%
Sí	5	2.31%	11	4.62%	16	3.52%
Total	216	100.00%	238	100.00%	454	100.00%
Pearson $\chi^2(1) = 3,6969$ Pr = 0,055						

significativa una diferencia $p < 0.05$ y prueba de t student para comparación de medias.

Resultados: La EG de derivación fue mayor a 32 semanas en 25.3%: 29.2% en Etapa 1 versus 21.5% en Etapa 2. Un 48% de pacientes fueron diagnosticados con CC complejas, 15.3% con CC simples y 24.2% como normales. La correlación del diagnóstico postnatal en la cohorte completa fue 75.7% en total (83.8% en las CC complejas) (Tabla 1). La correlación de diagnóstico postnatal de CC complejas es de 82.2% en Etapa 1, versus 85.4% en Etapa 2. La correlación según tipos de CC complejas entre las Etapas se exponen en Tabla 2, Table 3 y Tabla 4.

Conclusiones: Existe una buena correlación de diagnóstico postnatal de CC complejas, y ha mejorado en los últimos años, pero varía según tipo de CC. Existe una tendencia a mejor correlación de cardiopatías conotruncuales y coartación aórtica en los últimos años, tendencia no estadísticamente significativa. La correlación postnatal puede mejorar con derivación más precoz, mejorando el registro y la capacitación.

Simulación para entrenamiento en canulación de ECMO pediátrico percutáneo y abierto: presentación de un modelo en desarrollo.

Cecilia Romero, Francisco Silva, Daniel Candia, Gunther Krogh, Rodrigo Gonzalez, Pedro Becker, Santiago Besa

Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica

Introducción: El desarrollo de habilidades técnicas en cirugía cardiovascular pediátrica presenta un desafío dentro de los programas de formación. La práctica continua y supervisada en modelos de simulación permiten al enfrentar la cirugía se disponga de más herramientas y un mejor manejo de la situación. La canulación para ECMO ocurre en situaciones de urgencia, donde el equipo debe estar altamente capacitado para poder enfrentar estos escenarios.

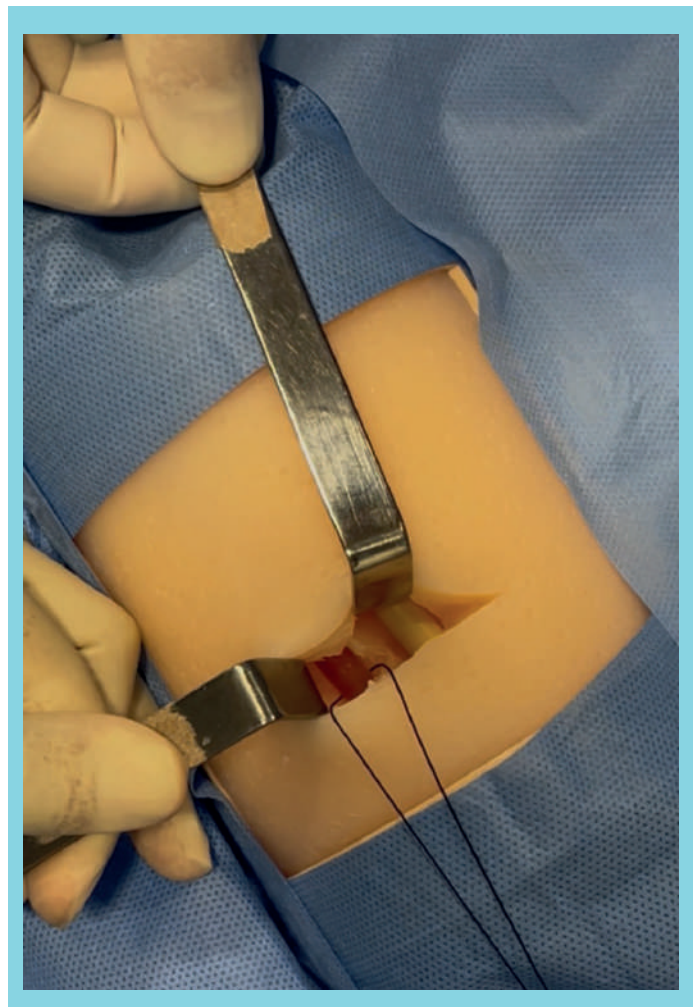
Objetivo: Crear modelo de simulación para canulación pediátrica femoral percutánea y cervical abierta.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de una intervención educativa. Se diseñó un modelo de canulación único para entrenar canulación cervical quirúrgica y femoral-percutánea. Fue diseñado en colaboración con cirujanos expertos. Se probó el modelo en un curso de 3 horas que incluyó 1 clase de canulación pediátrica con enfoque percutáneo, una clase de canulación cervical quirúrgica y estaciones prácticas. Los participantes realizaron procedimientos tutorizados por un cardiócirujano. Se utilizó escala de reacción al aprendizaje y una encuesta de experiencia de simulación. Se utilizó estadística descriptiva y analítica no paramétrica.

Resultados: De un total de 8 participantes, 37 % eran mujeres, 75 % eran médicos, de estos el 25% eran cirujanos

pediátricos, 37,5% intensivistas pediátricos y 1 participante intensivista de adulto. De los asistentes 62% respondió la encuesta. 100% participaba en un equipo ECMO, el 40% tenía más de 5 años de experiencia en ECMO. 2 participantes se sentían seguros con la canulación quirúrgica, todos conocían las complicaciones y cómo manejarlas, además de comprender la anatomía para las canulaciones. 100% de los asistentes refieren que el formato práctico mejoró su aprendizaje. Los aspectos destacados: 40 % refiere fidelidad del modelo de canulación percutáneo, 40% valora positivamente la retroalimentación de los docentes. El principal aspecto a mejorar es la disponibilidad de fantasmas (60%).

Conclusión: Se demostró la factibilidad y reacción positiva en una instancia de entrenamiento en canulación de ECMO pediátrico en modelo sintético. La evaluación ocurrió por un grupo con diferentes habilidades (quirúrgicas/ percutáneas) haciendo difícil concluir respecto al desempeño individual. Como segunda etapa, se implementarán entrenamientos establecidos para residentes de cardiocirugía, con retroalimentación y evaluaciones con escalas validadas de simulación.





Serie Inicial de Cierre de Ductus Arterioso con Repercusión en Prematuros por Cateterismo Cardíaco en Centro Cardiovascular Pediátrico

Marcelo Marchant, Daniel Pérez Ibarra, Luis Cárdenas Melo,
Andrés Fantuzzi Selle, Luisina Martínez Moncada, Hans Fernández
Sandoval, Carlos Guerrero Maya

Clínica Santa María

Introducción: El Ductus Arterioso Hemodinámicamente significativo (DAP HS) es una cardiopatía congénita (CC) que en prematuros tiene alta incidencia, especialmente en menores de 28 semanas. Su presencia aumenta la morbimortalidad. Tradicionalmente el abordaje terapéutico ha sido

quirúrgico en pacientes con fallo a la terapia farmacológico. En los últimos 10 años a nivel mundial, la terapia endovascular transcáteter con dispositivo ocluyente en prematuros, se ha consolidado como una técnica validada por sus resultados.

Objetivos: Dar a conocer la experiencia inicial de cierre intervencional de DAP HS, con dispositivo, en una serie de prematuros derivados a nuestro centro cardiovascular pediátrico.

Material y método: Serie de casos. Pacientes prematuros derivados a la Unidad de paciente crítico neonatal de la Clínica Santa María con diagnóstico de DAP HS, entre 1200 y 3200 gr. a los que se le realizó cierre ductal con dispositivo en 7 meses (noviembre del 2024 y mayo del 2025)

Resultados: Serie de 6 casos, mediana de edad Gestacional

Variable	Mediana (Rango)	% (n)
Edad Gestacional (Semanas)	27 (27 – 33)	-
Peso Nacimiento (gr)	1064 (800 – 1927)	-
Peso procedimiento (g)	1845 (1230 – 3130)	-
Edad procedimiento (días)	50 (31 – 53)	-
Tamaño DAP (mm)*	3.5 (3.1 – 6.5)	-
Ventilación Previo Procedimiento		100%
- Ventilación no Invasiva		50% (3/6)
- Ventilación Mecánica Convencional		33% (2/6)
- Ventilación de alta frecuencia.		17% (1/6)
Uso de Dopamina post procedimiento		33% (2/6)
Retiro de Apoyo Ventilatorio		
- Total en 24 horas		50% (3/6)
Complicaciones Precoces a procedimiento		17% (1/6)
- Migración Dispositivo		0% (0/6)
- Compromiso de Grandes Arterias		0% (0/6)
- Muerte		0% (0/6)
- Shunt Residual		0% (0/6)
- Inestabilidad Hemodinámica en inducción anestésica		17% (1/6)

27 semanas (27-33), peso de procedimiento 1845 gr. (1230-3130), edad de procedimiento 50 días (31- 53) y el tamaño Ductus 3,5 mm (3,1-6,5). 50% de los casos estaban en Ventilación No invasiva (VNNI), 33% en Ventilación mecánica convencional (VMC) y 1 en ventilación de alta frecuencia (VAFO). Solo se obtuvo acceso venoso femoral. La oclusión ductal fue con dispositivo ocluidor autoexpandible níquel-titaneo, confirmándose con angiografía y ecocardiograma en sala de hemodinamia correcta posición. Sin complicaciones mayores inmediatas; 1 paciente presentó inestabilidad hemodinámica en inducción anestésica. El uso de Dopamina fue requerido en 33 % de los pacientes y 50% retiro de apoyo ventilatorio a las 24 horas.

Conclusiones: Como presenta los resultados, el cierre intervencional de DAP HS, es una técnica reproducible y efectiva. Nuestra experiencia no presenta complicaciones respecto a la técnica y se logra rápida estabilidad hemodinámica y retiro rápido de apoyo ventilatorio.

Diagnóstico y caracterización retrospectiva de las cardiopatías congénitas fetales en la Unidad de Exploración Fetal del Hospital Guillermo Grant Benavente, 2018-2025.

Alejandro Alvarez Jara, Vicente Sanhueza Osses, Manuel Alvarez Vaccaro, Marcelo Vergara Hermosilla

Hospital Guillermo Grant Benavente

Introducción: La incidencia de CC (cardiopatías congénitas) en recién nacidos vivos es de 8 por 1.000. Datos publicados en Chile señalan que un 25-30% son diagnosticados prenatalmente. Mostramos nuestra experiencia en el diagnóstico antenatal de CC.

Objetivo: Describir y caracterizar las CC moderadas y complejas diagnosticadas prenatalmente mediante ecocardiografía fetal en la Unidad de Exploración Fetal del Hospital Regional Guillermo Grant Benavente, entre enero de 2018 y marzo de 2025.

Método: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron todos los casos con diagnóstico prenatal confirmado de CC moderada y compleja derivadas al nivel terciario para su manejo durante el período señalado. Se analizaron variables maternas, hallazgos ecográficos fetales, estudios genéticos y desenlaces neonatales hasta el cierre del seguimiento. La sobrevida se evaluó mediante curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Se analizaron 80 casos: uno correspondió a bloqueo auriculoventricular completo con requerimiento de marcapaso y 79 a cardiopatías estructurales. El 63,8% fueron fetos masculinos. Las entidades más frecuentes fueron transposición de grandes arterias (24,1%), síndrome de hipoplasia de ventrículo izquierdo (16,5%) y coartación aórtica (10,1%).

Se documentaron 21 combinaciones diagnósticas (26,6%), siendo la más habitual la doble salida de ventrículo derecho con transposición de grandes arterias. Estudios genéticos se realizaron en 39 casos (48,8%), identificando anomalías cromosómicas en 13 (16,3%), principalmente trisomía 21. En 27 gestantes (33,8%) se consignaron comorbilidades, destacando diabetes (n=8) e hipotiroidismo (n=7). El 70% de los pacientes fue sometido a cirugía cardiovascular neonatal. Se registraron 17 fallecimientos (21,3%) un mortinato y 16 muertes posnatales, de las cuales 13 ocurrieron en el período neonatal. La sobrevida global al cierre del seguimiento fue de 78,8%. La curva de Kaplan-Meier mostró una caída pronunciada durante el primer mes de vida y posterior estabilidad cercana al 81%.

Conclusión: Los hallazgos evidencian una alta frecuencia de lesiones críticas, una proporción relevante de anomalías cromosómicas y un peso significativo de comorbilidades maternas, incluyendo hipotiroidismo. La sobrevida alcanzada refleja los avances en diagnóstico y cirugía cardiovascular neonatal, aunque persisten desafíos para el manejo de casos fuera de alcance quirúrgico y para fortalecer los sistemas de pesquisa y seguimiento.

Impacto del uso del truncamiento de peso en la estandarización de estructuras cardíacas en pacientes con sobrepeso y obesidad

Rodolfo Amstein Ferretti, Gigliola Alberti Reus, Jaime Cerda Lorca, Guillermo Marshall Rivera, Tomás Basaure Larrain, Felipe Andrade Villalobos, Guillermo Laríos Goldenberg

Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica

Introducción: La estandarización de las estructuras cardíacas (EC) utilizando la superficie corporal (SC) subestima sistemáticamente el tamaño de las EC en niños con sobrepeso y obesidad. **Objetivo:** Caracterizar el impacto de un ajuste de la SC, basado en la truncación del peso, en la estandarización de los tamaños de las estructuras cardíacas en esta población.

Métodos: Se revisaron ecocardiogramas estructuralmente normales realizados entre 2015 y 2025 en niños de 2-18 años con Z-IMC >+1 en nuestro centro. Se excluyeron niños con condiciones genéticas o sistémicas. Se registraron los diámetros de los senos de valsalva y de los anillos aórtico, mitral, pulmonar y tricuspídeo. Para cada sujeto, se calculó una SC ajustada utilizando un peso truncado con el que el paciente tendría Z-IMC de +1. Se generaron Z-Scores para cada EC utilizando tanto la SC real como la ajustada (PHN 2017). Se compararon las diferencias entre los Z-Scores, y se utilizaron modelos mixtos aditivos generalizados (GAMM) para estimar el efecto del modelo ajustado. Identificamos pacientes cuyas EC se reclasificaron de normal a dilatada y se



Diferencia promedio entre el Z-Score Ajustado y Original categorizado por Z-IMC, edad y sexo.

	Rango de Z-IMC			Rango de Edad			Sexo		GAMM		
	+1 a +2 N = 1182	+2 a +3 N = 497	+3 a +4 N = 124	2-5 años N = 312	5-12 años N = 1037	12-18 años N = 454	Mujer N = 741	Hombre N = 1062	Estimación del Efecto	Error Est.	valor-p
Senos de Valsalva	0.19 (+/- 0.13) N=1086 (91.9%)	0.66 (+/- 0.22) N=469 (94.4%)	1.14 (+/- 0.37) N=119 (96.0%)	0.22 (+/- 0.17) N=283 (90.7%)	0.42 (+/- 0.34) N=971 (93.6%)	0.45 (+/- 0.41) N=420 (92.5%)	0.36 (+/- 0.33) N=689 (93.0%)	0.41 (+/- 0.36) N=985 (92.7%)	0.392	0.004	<0.001
Anillo aórtico	0.18 (+/- 0.13) N=1103 (93.3%)	0.63 (+/- 0.22) N=475 (95.6%)	1.10 (+/- 0.37) N=119 (96.0%)	0.21 (+/- 0.16) N=290 (92.9%)	0.40 (+/- 0.33) N=981 (94.6%)	0.43 (+/- 0.39) N=426 (93.8%)	0.35 (+/- 0.32) N=699 (94.3%)	0.39 (+/- 0.34) N=998 (94.0%)	0.373	0.003	<0.001
Anillo mitral	0.17 (+/- 0.12) N=877 (74.2%)	0.59 (+/- 0.21) N=370 (74.4%)	1.01 (+/- 0.34) N=97 (78.2%)	0.20 (+/- 0.15) N=253 (81.1%)	0.38 (+/- 0.31) N=770 (74.3%)	0.39 (+/- 0.36) N=321 (70.7%)	0.33 (+/- 0.31) N=551 (74.4%)	0.36 (+/- 0.31) N=793 (74.7%)	0.35	0.005	<0.001
Anillo pulmonar	0.14 (+/- 0.09) N=676 (57.2%)	0.46 (+/- 0.16) N=284 (57.1%)	0.78 (+/- 0.26) N=86 (69.4%)	0.15 (+/- 0.12) N=195 (62.5%)	0.30 (+/- 0.25) N=613 (59.1%)	0.33 (+/- 0.29) N=238 (52.4%)	0.26 (+/- 0.24) N=431 (58.2%)	0.29 (+/- 0.25) N=615 (57.9%)	0.277	0.003	<0.001
Anillo tricúspido	0.14 (+/- 0.09) N=831 (70.3%)	0.46 (+/- 0.15) N=345 (69.4%)	0.77 (+/- 0.25) N=87 (70.2%)	0.16 (+/- 0.12) N=246 (78.8%)	0.30 (+/- 0.25) N=728 (70.2%)	0.29 (+/- 0.25) N=289 (63.7%)	0.24 (+/- 0.22) N=507 (68.4%)	0.28 (+/- 0.24) N=756 (71.2%)	0.268	0.003	<0.001

Diferencia promedio entre el Z-Score Ajustado y Original categorizado por Z-IMC, edad y sexo.

Frecuencia de cambio en la categorización de normal a dilatado al usar el Z-Score ajustado comparado con el original. Análisis categorizado por sexo, rango de Z-IMC y rango de edad.

	Total	Sexo			p	Rango de Z-IMC				p	Rango de Edad				p
		Hombre	Mujer			+1 a +2	+2 a +3	> +3			2-5 años	5-12 años	12-18 años		
Senos de Valsalva	2.39% (40/1674)	3.55% (35/985)	0.73% (5/689)	<0.001	0.83% (9/1086)	3.84% (18/469)	10.92% (13/119)	<0.001	1.77% (5/283)	3.3% (32/971)	0.71% (3/420)		0.011		
Anillo aórtico	3.18% (54/1698)	4.31% (43/998)	1.57% (11/700)	0.002	1.36% (15/1104)	5.89% (28/475)	9.24% (11/119)	<0.001	3.45% (10/290)	3.67% (36/981)	1.87% (8/427)		0.202		
Anillo mitral	2.16% (29/1345)	2.64% (21/794)	1.45% (8/551)	0.197	0.91% (8/877)	3.77% (14/371)	7.22% (7/97)	<0.001	1.98% (5/253)	2.72% (21/771)	0.93% (3/321)		0.175		
Anillo pulmonar	2.77% (29/1047)	3.9% (24/616)	1.16% (5/431)	0.014	2.07% (14/677)	4.23% (12/284)	3.49% (3/86)	0.162	0% (0/195)	3.42% (21/614)	3.36% (8/238)		0.033		
Anillo tricúspido	0.95% (12/1263)	1.19% (9/756)	0.59% (3/507)	0.436	0.48% (4/831)	1.45% (5/345)	3.45% (3/87)	0.013	0.41% (1/246)	1.24% (9/728)	0.69% (2/289)		0.447		
≥ 1 estructura	8.21% (140/1705)	11.08% (111/1002)	4.13% (29/703)	<0.001	4.24% (47/1108)	13.42% (64/477)	24.17% (29/120)	<0.001	6.83% (20/293)	9.97% (98/983)	5.13% (22/429)		0.006		

categorizaron por Z-IMC, edad y sexo. Se evaluó significancia estadística con chi-cuadrado.

Resultados: Se analizaron 1.803 pacientes, 65,6% con sobrepeso y 34,4% con obesidad. La diferencia entre los Z-Scores calculados con la SC real y la ajustada aumentó con Z-IMC más altos y mayor edad. El análisis GAMM mostró un mayor efecto estimado en los SSVV, seguido por AA y AM. El 9,9% de los pacientes tuvo al menos una estructura reclasificada de normal a dilatada utilizando el modelo ajustado. Esta reclasificación fue más frecuente en varones, en pacientes con Z-IMC > +3 y en el rango de edad de 5-12 años.

Conclusiones: Ajustar la SC mediante el truncamiento del peso no es una solución, pero dilucida la magnitud de la subestimación en las mediciones de estas estructuras. También identifica exitosamente las poblaciones más significativamente afectadas por este sesgo.

Efectos sexo-dependientes de bortezomib sobre la integridad y contractilidad del sarcómero en cardiomiocitos neonatales

Clara Quiroga, Ingrid Oyarzún, Magdalena Jiménez,
Georhan Mancilla, Pablo Castro, Hugo Verdejo

Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica

Introducción: La cardiotoxicidad inducida por quimioterápicos representa un desafío clínico actual. El inhibidor de la proteasoma bortezomib (BTZ), indicado para mieloma múltiple y otras patologías, se ha vinculado a disfunción ventricular, arritmias e insuficiencia cardíaca. BTZ altera la homeostasis de calcio, la organización del citoesqueleto y la integridad mitocondrial. La función contráctil cardíaca depende de la integridad de los sarcómeros, cuya disrupción se relaciona con diversas cardiopatías. Además, la biología sarcomérica presenta diferencias sexo-dependientes que permanecen poco exploradas.



Objetivos: Caracterizar las alteraciones inducidas por BTZ en la organización y contractilidad sarcomérica y evaluar diferencias según sexo.

Métodos: Se utilizaron cardiomiocitos neonatales sexados de ratas Sprague-Dawley. Se evaluó la expresión de proteínas sarcoméricas clave (Titina, Troponina T2, TCAP, entre otras) mediante RT-qPCR y Western blot, comparando machos y hembras en condiciones basales y tras exposición a BTZ. Además, se analizaron parámetros de oscilaciones de Ca^{2+} in vitro, para identificar diferencias sexo-dependientes en la respuesta al fármaco.

Resultados: Aunque los resultados aún requieren consolidación, se observan tendencias sexo-dependientes en algunas proteínas sarcoméricas. Por ejemplo, las células femeninas mostraron niveles relativamente mayores en la WWexpresión de TCAP en comparación con las masculinas tras la exposición a BTZ. Las oscilaciones basales de Ca^{2+} fueron menores en hembras que en machos, reflejando diferencias funcionales iniciales entre sexos. La contractilidad se vio afectada en ambos sexos tras BTZ, pero las hembras mostraron menor reducción de la fuerza contráctil y mejor preservación del ensamblaje sarcomérico, sugiriendo un efecto protector relativo.

Conclusiones: BTZ induce alteraciones en la expresión de proteínas sarcoméricas y en la contractilidad de cardiomiocitos de manera sexo-dependiente. Estos hallazgos destacan la importancia de considerar el sexo en estudios de cardiotoxicidad y sugieren posibles estrategias para mitigar los efectos adversos del inhibidor de la proteasoma sobre la función cardíaca.

Implante de Válvula Pulmonar Transcatéter Utilizando Múltiples Plataformas: Experiencia de un Equipo Cardiovascular en Chile.

Karen Condori Alvino, Luis Cardenas Melo, Daniel Perez Ibarra,
Carlos Guerrero Maya, Andres Fantuzzi Selle,
Carlos Fernandez Cabalin, Dagoberto Lopez Santos,
Marcelo Marchant Elizalde, Diogenes Bravo Garcia

Clinica Santa María

Introducción: El implante de válvula pulmonar transcatéter (TPVR) es una alternativa establecida para pacientes con disfunción del tracto de salida del ventrículo derecho, evitando la reintervención quirúrgica. La experiencia en Latinoamérica con diferentes plataformas es limitada. Presentamos nuestra serie utilizando sistemas balón expandibles y autoexpandibles describiendo características clínicas, hemodinámicas, resultados inmediatos y seguimiento de corto plazo.

Objetivos: Describir y comparar características clínicas, hemodinámicas y resultados inmediatos del TPVR con tres plataformas valvulares.

Material y Método: Estudio retrospectivo que incluyó 53 pacientes sometidos a TPVR entre 2015 y 2025. Se analizaron variables demográficas, diagnóstico de base, gradientes e insuficiencia pulmonar por ecocardiografía y cateterismo, complicaciones inmediatas y estancia hospitalaria. Los datos se expresan como media \pm DE o porcentaje; se aplicaron ANOVA y χ^2 , considerando significativo $p < 0,05$.

Resultados: La mediana de edad fue 16 años (9–28), la del peso fue 60 kg (20–93). Predominó el sexo masculino (74%). Los diagnósticos más frecuentes fueron tetralogía de Fallot (65%), atresia pulmonar + CIV y tronco arterioso. MyVal™ presentó mayor número de cirugías previas ($2,0 \pm 0,6$; $p = 0,024$) y Melody™ mayor uso de pre-stenting (59,3%; $p < 0,001$). Las indicaciones fueron estenosis + insuficiencia en MyVal™ y Melody™, mientras que en Harmony™ predominó la insuficiencia aislada. El tamaño valvular más utilizado fue 25 mm en MyVal™ y Harmony™, y 22 mm en Melody™. El gradiente VD-AP disminuyó de $32,3 \pm 14,2$ a $7,5 \pm 3,1$ mmHg en MyVal™, de $27,3 \pm 19,7$ a $13,3 \pm 5,6$ en Melody™, y de $10,0 \pm 6,2$ a $9,7 \pm 5,8$ en Harmony™ ($p = 0,0021$ post). La insuficiencia pulmonar severa desapareció, quedando solo leve en todos los casos. La mediana de estancia hospitalaria fue 1 día (1–3). No hubo mortalidad inmediata. En el seguimiento, se reportaron dos casos de endocarditis en Melody™ y un paciente falleció a los 7 meses postimplante por arritmia ventricular.

Conclusiones: El TPVR con múltiples plataformas mostró alta efectividad, reducción significativa de gradientes e in-

Datos	MyVal™ n=23 (43%)	Harmony™ n=3 (6%)	Melody™ n=27 (51%)	P Valor ($<0,05$)
Datos Demográficos y clínicos:				
Edad (años)	16,7 \pm 4,8	21,3 \pm 13,6	15,9 \pm 5,9	0,3322
Sexo masculino (%)	69,6%	100,0%	74,1%	0,5296
Peso (Kg)	60,4 \pm 15,6	70,0 \pm 21,3	57,3 \pm 14,0	0,3511
Talla (cm)	162,9 \pm 18,9	170,0 \pm 13,2	159,5 \pm 10,3	0,4379
Diagnóstico de base:				
Tetralogía de Fallot (variantes)	17 (73,9%)	2 (66,7%)	15 (55,6%)	0,4008
Atresia pulmonar + CIV	3 (13,0%)	1 (33,3%)	1 (3,3%)	0,6482
Tronco Arterioso	2 (8,7%)	0 (0,0%)	2 (7,4%)	0,8654
Cirugías Previas (esternotomía)	2,0 \pm 0,6	1,3 \pm 0,6	2,3 \pm 0,7	0,0242
Procedimiento:				
Tamaño de Conducto Previo	22,6 \pm 1,5	N/A	21,6 \pm 3,0	
Pre-stenting: SI	0	0	16 (59,3%)	0,0000
Pre-stenting: NO	21 (91,3%)	3 (100,0%)	11 (40,7%)	0,0004
Datos Ecocardiográficos:				
Gte peak PRE - TPVR (mmHg)	53,6 \pm 18,9	30,3 \pm 16,3	58,0 \pm 19,4	0,0655
Gte peak POST - TPVR (mmHg)	19,8 \pm 5,0	28,7 \pm 10,1	27,1 \pm 10,4	0,0230
Insuficiencia Pulmonar PRE - TPVR	Severa	Severa	Moderada	
Insuficiencia Pulmonar POST - TPVR	Leve	Leve	Leve	
Datos hemodinámicos:				
Tamaño de la Válvula	25,4 \pm 1,9	25,0 \pm 0,0	20,9 \pm 1,6	0,0000
% VD/IO PRE - TPVR	66,2 \pm 18,4	43,4 \pm 6,4	73,5 \pm 25,9	0,0847
% VD/IO POST - TPVR	39,8 \pm 7,4	43,2 \pm 3,4	39,5 \pm 12,0	0,8333
Gte peak PRE - TPVR (mmHg)	32,3 \pm 14,2	10,0 \pm 6,2	27,3 \pm 19,7	0,1022
Gte peak POST - TPVR (mmHg)	7,5 \pm 3,1	9,7 \pm 5,8	13,3 \pm 5,6	0,0021
Seguimiento:				
Complicaciones inmediatas: NO	13 (57%)	3 (100%)	23 (85%)	0,0409
Mortalidad:	No	No	No	
Días de Hospitalización	1,3 \pm 0,7	1,3 \pm 0,6	1,4 \pm 0,7	0,8114



suficiencia pulmonar, corta hospitalización y baja mortalidad alejada. La elección de la válvula dependió de la edad, peso y anatomía del paciente.

Implementación de un programa de tamizaje neonatal de cardiopatías congénitas críticas mediante saturometría de pulso: experiencia y resultados en un hospital regional

Víctor Henzi, María Gabriela Castro, Anyerson Ereú, Sindy Cedeño, Trinidad Ruiz, Rodrigo Aravena, Gabriela Guzmán

Clínica Santa María

Introducción: Las cardiopatías congénitas (CC) son una causa importante de morbilidad y mortalidad neonatal, y su reconocimiento temprano es difícil. El cribado universal mediante la medición de la oximetría de pulso (SpO₂) es un método viable, pero encuentra barreras en hospitales con recursos limitados. Se describe la experiencia de un programa piloto en un hospital regional en Chile.

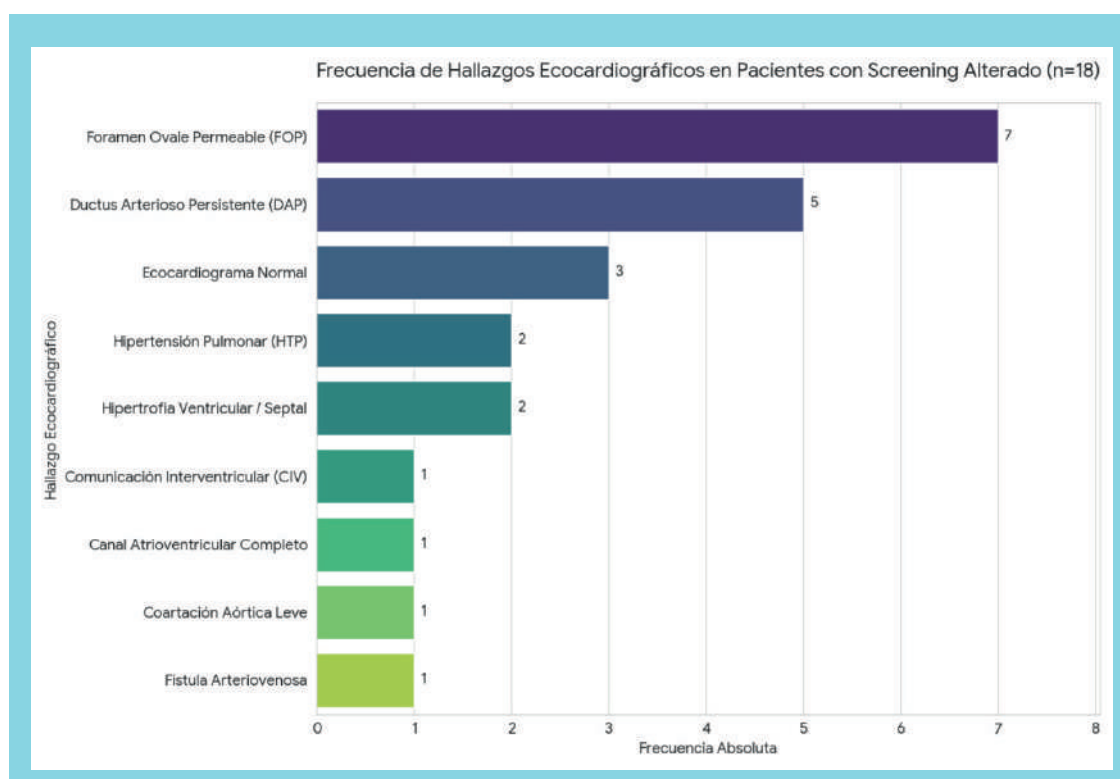
Objetivos: Describir la experiencia y analizar los resultados de la implementación de un programa de tamizaje universal de CC con SpO₂ en los recién nacidos de un hospital regional, evaluando su factibilidad y efectividad en la detección de neonatos de riesgo.

Material y Método: Estudio descriptivo y retrospectivo. Todos los recién nacidos vivos (RN) en 2022-2025 fueron

cribados mediante SpO₂ (realizado ≥ 24 horas de vida). Dos investigadores independientes revisaron los registros médicos de los RN con resultados anormales, y se utilizaron estadísticas descriptivas para describir la población, factores de riesgo y hallazgos ecocardiográficos.

Resultados: Dieciocho (0,53%) de los 3,396 RN cribados tuvieron un resultado anormal, proporcionando una tasa de detección de 5,3 casos por cada 1,000 nacidos vivos. La edad gestacional promedio fue de 36,8 semanas y el peso promedio fue de 3,013 g. El 100% de los niños alterados necesitaron ser hospitalizados para ser estudiados. El ecocardiograma reveló enfermedades cardíacas estructuralmente significativas, el Canal Atrioventricular Completo estuvo presente en 1 caso, la Coartación Aórtica en 1 caso junto con hallazgos de adaptación neonatal de Foramen Oval Permeable (n=7) y Ductus Arterioso Permeable (n=5). El estudio ecocardiográfico fue normal en tres pacientes. Cabe destacar que ningún caso (0%) tenía antecedentes familiares de cardiopatía congénita.

Conclusiones: La introducción de un cribado universal de CC con SpO₂ es una estrategia viable y eficiente dentro del contexto de un hospital regional en Chile. Esto permite el reconocimiento temprano de neonatos en riesgo y maximiza la investigación y manejo de estos bebés. Los hallazgos de nuestro estudio apoyan aún más la necesidad de un cribado universal, ya que la detección de patologías en una población sin factores de riesgo evidentes para CC en el período neonatal puede tener un impacto en la salud pública de nuestra comunidad.



TRABAJOS CASOS CLÍNICOS

VIERNES 12 DE DICIEMBRE.
SALÓN DIRECTOR E. 10:40 – 12:10 Hrs.

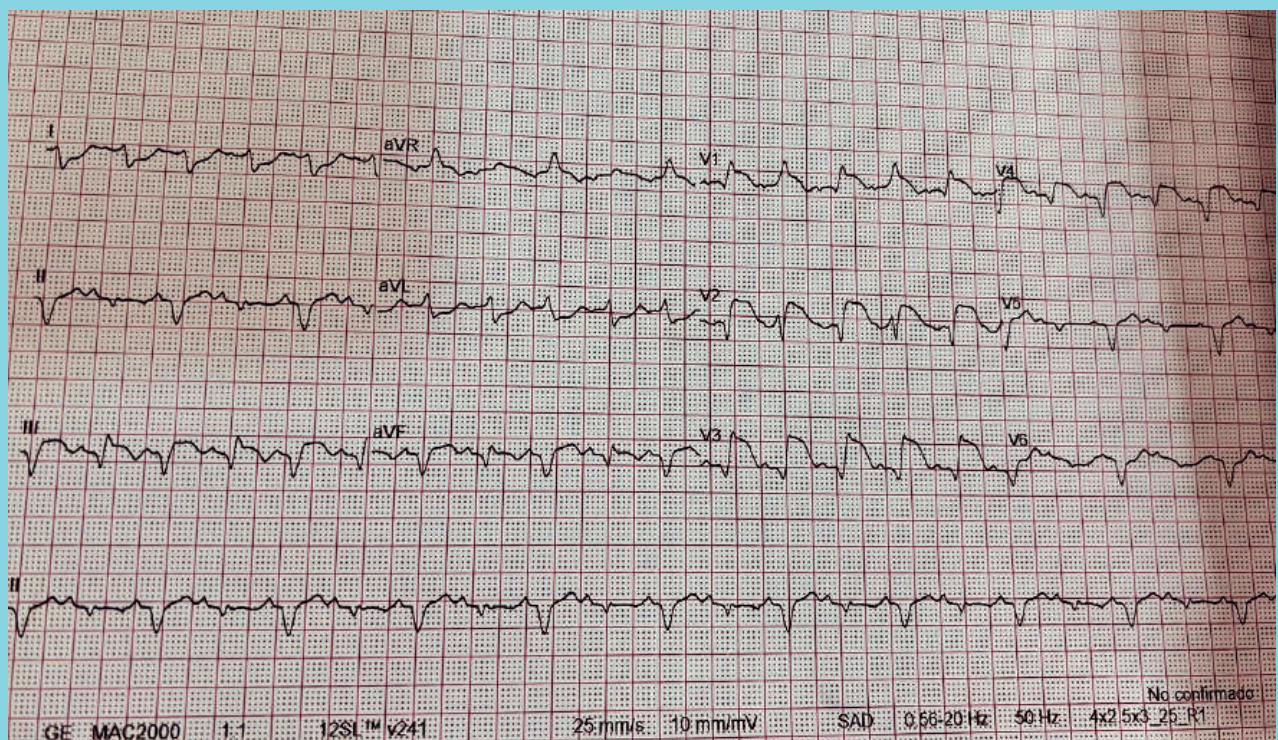
Cardiotoxicidad inmune por inhibidor de puntos de control: miocarditis por Pembrolizumab en paciente con cáncer de mama triple negativo. Reporte de un caso.

Matías Pincetti, Javier García, Iván Fernández, Pamela Rojo

Clinica Dávila

Paciente femenina de 37 años, con antecedente de timoma metastásico tratado con quimiorradioterapia en 2013 y recidiva en 2023. En enero de 2025 fue diagnosticada con cáncer de mama derecha UCS cT1cN0M0 triple negativo, confirmado por biopsia: carcinoma ductal infiltrante grado 3, RE-, RP 5%, HER2 2+ con FISH negativo y Ki67 20%. Se discutió en comité oncológico y se decidió quimioterapia neoadyuvante con Docetaxel/Carboplatino/Pembrolizumab. Recibiendo la primera dosis el 12.03.25. Tres días después del inicio de tratamiento, inicia con cuadro caracterizado por compromiso del estado general y mialgias, que progresan hasta ser invalidantes. Al interrogatorio dirigido agrega dolor torácico tipo

punzante. Sin fiebre. Acude al servicio de urgencias el 31.03, donde ingresa vigil, subfebril 37.4, taquicárdica 120 lpm, se describe bien perfundida, sin signos de dificultad respiratoria. Se solicitan exámenes de laboratorio en que destacan Leucocitos: 15.080, PCR 17,89, LDH 1325TC TAP: Aparición de leve derrame pericárdico y aparente imagen de realce del pericardio. El ECG mostró ritmo sinusal a 130 lpm, supradesnivel del ST en V1-V4, ondas Q en derivaciones inferiores y alternancia eléctrica. La troponina T fue de 5400 ng/L y la CK total >20.000 U/L. El ecocardiograma evidenció disfunción sistólica severa (FEVI 35%, strain longitudinal global -3.3%), con motilidad segmentaria alterada en territorio de ADA y derrame pericárdico sin signos de taponamiento. La paciente contaba con ecocardiograma en febrero, con FEVI de 62%. Se decide realizar CNG, que resultó sin lesiones. Ante estos hallazgos, es evaluada por oncología y cardio oncología y se decide ingresar a la Unidad coronaria por sospecha de miocarditis aguda secundaria a uso de Pembrolizumab para monitorización e inicio de terapia esteroidal. Horas después del ingreso, la paciente presentó episodios de taquicardia ventricular no sostenida, seguidos de taquicardia ventricular sostenida, que requirió cardioversión eléctrica en cuatro ocasiones. Evolucionó con deterioro hemodinámico progresivo y compromiso de conciencia, degenerando en taquicardia ventricular sin pulso. Se iniciaron maniobras de RCP avanzada. Tras 20 minutos, la paciente presentó AESP. Se continuó la reanimación hasta completar 40





minutos sin recuperación de la circulación espontánea. Considerando los antecedentes oncológicos, el tiempo de RCP y la ausencia de respuesta, se decidió no continuar maniobras de reanimación.

Síndrome de brugada: importancia del diagnóstico genético en la prevención de muerte súbita

Andrés Salazar Pineda, Gustavo Sanzana Escobar, Eduardo Romero Chaparro, Valentina Lineros San Martín, Katherine Coronado Sanzana, Sergio Collao Zlosilo

Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz

Antecedentes: El síndrome de Brugada (SB) es un trastorno eléctrico primario sin cardiopatía estructural que se asocia a síncope recurrentes y un riesgo elevado de muerte súbita (MS) en adultos jóvenes. Se caracteriza por un pseudo-bloqueo de rama derecha del haz de His y elevación persistente del segmento ST en las derivaciones V1 a V2 al electrocardiograma (ECG). Tiene herencia autosómica dominante, con expresión variable. La causa de estas alteraciones aún no es clara, pero hay estudios que proponen teorías relacionadas a la alteración de los genes SCN, SCN5A y SCN10A, que codifican subunidades de un canal de sodio cardíaco.

Descripción del caso: Paciente de 32 años, sin antecedentes mórbidos personales. Madre fallecida a los 25 años por patología cardíaca. Consulta al servicio de urgencias por cuadro de compromiso de conciencia, precedido por palpitaciones y disnea. Refiere cuadro similar hace 2 años atrás que no fue estudiado. A los signos vitales ingresa hipertenso. Tomografía axial computarizada de cerebro descarta patología neurológica. ECG evidencia alteración de repolarización en V1 con T negativas, y en V1 - V2 altas. En laboratorio destacan biomarcadores de daño cardíaco, hormonas tiroideas y dímero D dentro de rango. Por hallazgos del ECG y cuadro clínico se sospecha síncope de origen cardiogénico con observación de patrón de Brugada, se decide hospitalizar para estudio. Se realiza ecocardiografía que no muestra alteraciones estructurales cardíacas. Ante duda diagnóstica, se completa estudio con test de flecainida, con el cual se hace evidente patrón de Síndrome de brugada tipo 1. Se decide implantar desfibrilador automático (DAI), realizar test genético y seguimiento ambulatorio. Al control ambulatorio: Test genético positivo para gen LDLR y gen RYR2.

Discusión: Este caso subraya la importancia de considerar el SB en el diagnóstico diferencial de síncope en pacientes jóvenes, incluso con un ECG inicial atípico. Los hallazgos de mutaciones en los genes RYR2 (asociado a taquicardia ventricular catecolaminérgica polimórfica) y LDLR (vinculado a hipercolesterolemia familiar) son de suma relevancia. Estos resultados demuestran cómo un estudio genético exhaustivo puede ir más allá de las mutaciones

comunes de SB para identificar otras patologías arrítmicas que explican la clínica del paciente y las muertes familiares. El análisis genético, además de guiar el tratamiento, es crucial para el tamizaje y la consejería genética familiar.

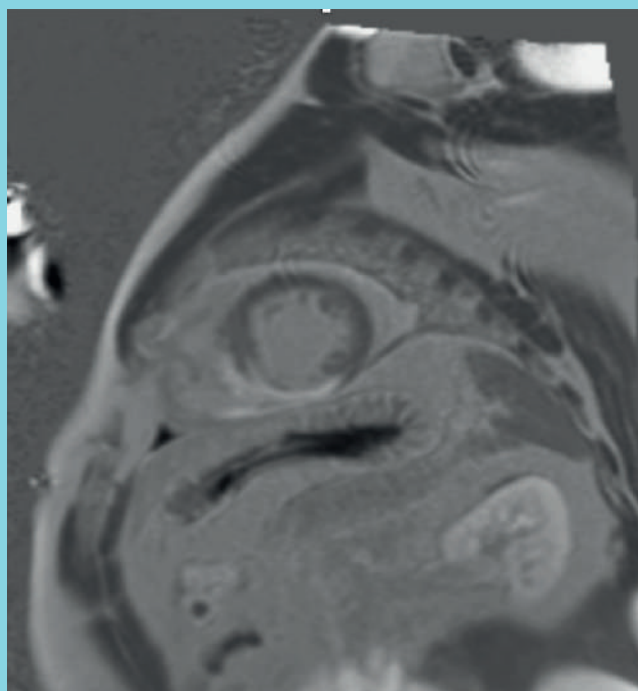
Discrepancia hallazgos imágenes cardíacas y test genético en paciente con miocardiopatía: ¿qué hacer?

Carlos Muñoz Rodríguez, Luis Quiñiñir Salvatici, Eduardo Catrileo Arias, Marcelo Godoy Zamorano, Braulio Bobadilla Zapata

Hospital Hernán Henríquez

Antecedentes: En el abordaje de las miocardiopatías, el rol de las imágenes cardíacas con énfasis en la resonancia magnética cardíaca (RMC) y el test genético logran en su mayoría clasificar a pacientes en los siguientes fenotipos con una excelente correlación: miocardiopatía hipertrófica, miocardiopatía dilatada, miocardiopatía no dilatada del ventrículo izquierdo, cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (CAVD) y miocardiopatía restrictiva. Sin embargo, existen casos puntuales donde los hallazgos imagenológicos pueden no coincidir con el test genético. Se presenta caso diagnóstico clínico – imagenológico CAVD, con posterior test genético positivo para transtiretina (TTR).

Descripción del Caso: Paciente masculino 41 años, sin antecedentes cardiovasculares personales ni familiares de relevancia. Debut enero 2025 con taquicardia ventricular mo-



nomorfa sostenida (TVMS), subsidiario desfibrilador automático implantable (DAI). Electrocardiograma durante episodio TVMS con 3 morfologías, provenientes del ventrículo derecho (VD). Ecocardiograma transtorácico demostró FE biplanar 40% - SLG -15% - septum IV 14 mm. Segmento medio cara inferior VI engrosamiento hiperrefringente inespecífico. Disfunción sistólica VD (TAPSE 10 mm - S'TDI 5 mm). AngioTC coronario sin lesiones, CAD - RADS 0. RMC (1.5 T) secuencia CINE VI (FE 45% - disquinesia apical), CINE VD (FE 44% - VFD 101 ml/m2 - VFS 56 ml/m2 - AD 25 cm2). Aumento tiempo T2 pared inferior VD - VI segmento medioapical - septum. T1 elevado septal (1.122 ms). Realce tardío con aumento intensidad biventricular pared inferior de carácter no isquémico. Se clasificó todos estos hallazgos en fenotipo CAVD. Cursó con tormenta eléctrica, - 158 descargas DAI-, a pesar de antiarrítmicos y bloqueo ganglio estrellado. Se realizó ablación guiada por CARTO bajo anestesia general, abordaje epicárdico sin complicaciones ni recidiva TV. Durante hospitalización se realizó estudio genético panel cardiomiopatías, positivo para TTR.

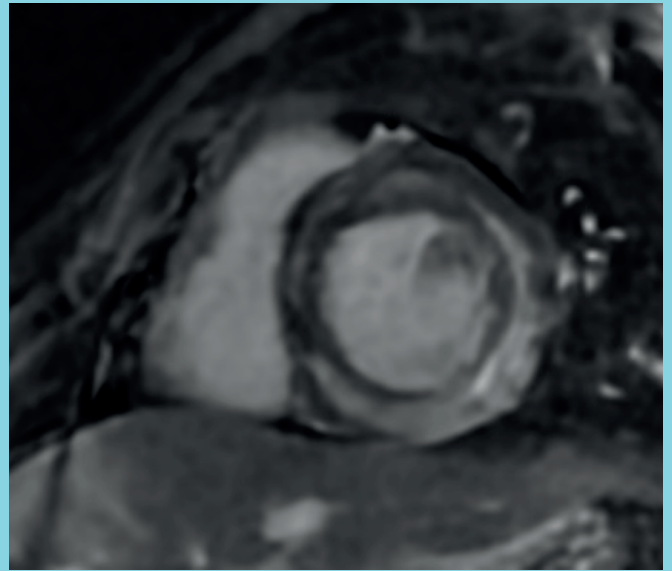
Discusión: El abordaje clínico guiado por imágenes logra el diagnóstico en su gran mayoría, además del abordaje terapéutico, como en este caso fue la ablación. Sin embargo, la confirmación diagnóstica la determina el test genético. ¿Es frecuente la discrepancia imagenológica - genética? Respecto al tratamiento, ¿Inicio precoz o seguimiento hasta nuevos hallazgos imagenológicos? Actualmente a la espera de cintigrama con pirofosfato cálcico, clínicamente estable y sin nuevos eventos TV.

Paro cardiorrespiratorio: manifestación mortal de una miocarditis viral

Josefina Daza Santamaría, Francisca Noguera Hevia, María Lía Paccot Bularte, María de los Ángeles Henríquez Camello

Hospital Padre Hurtado
Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

La miocarditis viral presenta un amplio espectro clínico, desde síntomas inespecíficos hasta arritmias malignas y paro cardiorrespiratorio (PCR), siendo esta última forma de presentación infrecuente. Se presenta el caso de una lactante femenina de 17 meses, previamente sana, con 48 horas de diarrea acuosa, afebril. En domicilio presenta episodio de movimientos tónico-clónicos con desviación ocular, autolimitado, seguido de compromiso de conciencia y pérdida de tono durante el traslado a urgencias. Ingresa en PCR por fibrilación ventricular (FV), revirtiendo a ritmo sinusal tras reanimación avanzada y desfibrilación (tres episodios en total). Uno de los episodios de FV se acompaña de actividad motora tónico-clónica. Se inicia ventilación mecánica y soporte vasoactivo. Electrocardiograma



post evento: ritmo sinusal, QTc normal. Ecocardiograma: anatomía normal, disfunción ventricular izquierda moderada. Troponina T ultrasensible: elevación hasta 1256 ng/L. Panel respiratorio positivo para adenovirus y coronavirus NL63; panel gastrointestinal positivo para sapovirus. Se administra metilprednisolona (3 pulsos) y prednisona, suspendida al día 15 por normalización de la función ventricular. Sin compromiso de otros órganos. Resonancia cardíaca a los 16 días: extenso realce tardío no isquémico del ventrículo izquierdo, edema difuso, función sistólica límite, sin dilatación. En seguimiento ambulatorio, la paciente se mantiene asintomática, sin arritmias y con función ventricular izquierda conservada. Este caso ejemplifica la presentación fulminante de miocarditis viral en edad pediátrica, debutando con arritmia maligna y PCR, y resalta la necesidad de un diagnóstico temprano y manejo intensivo para optimizar el pronóstico.

Shock séptico por fibrosis endomiocárdica complicada con endocarditis no valvular asociada a trombo apical

Alvaro Heras Garafulich, Fabián Andrés Adasme Fuentes, Carlos Israel Torres Herrera, Nicolás Alejandro Muñoz Prieto, Marco Antonio Ayala Villalobos, Anibal Jacobo Zamorano Ahumada

Clínica Santa María

Antecedentes: La fibrosis endomiocárdica (FEM) es una miocardiopatía restrictiva poco frecuente caracterizada por compromiso endocárdico progresivo y disfunción diastólica severa. Puede involucrar aurículas y ventrículos, con obliteración apical como hallazgo típico. Su etiología es incierta y se asocia a factores nutricionales, predisposición genética e infecciones parasita-



Figura 1. Ecocardiograma Transtorácico: Flecha imagen ecogénica que ocupa el ápex

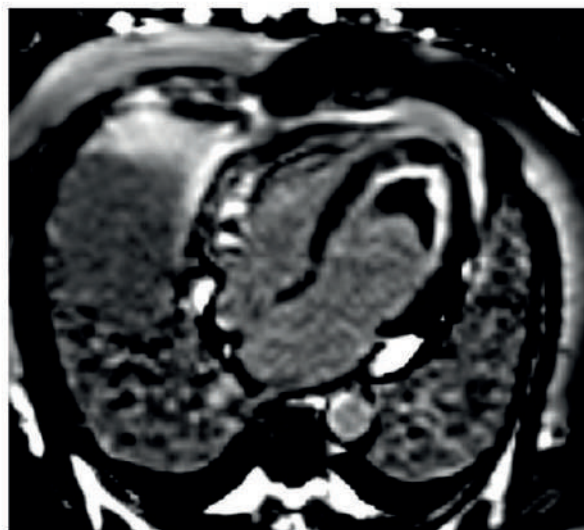
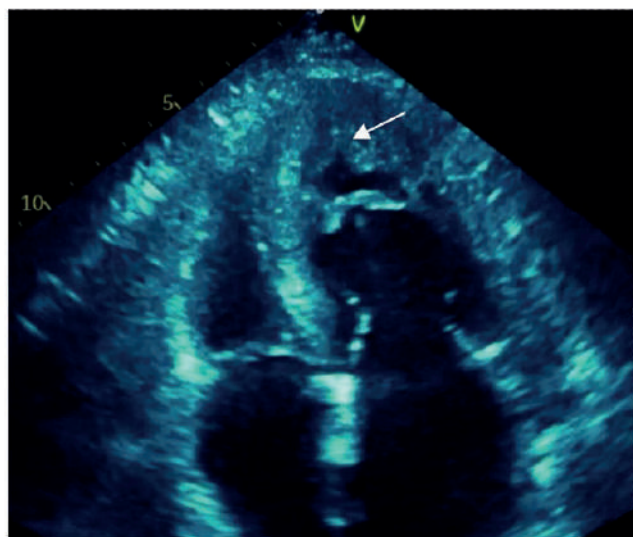


Figura 2. RNM cardiaca realce tardío con gadolinio: Se observa signo de la V invertida apical, característico de la fibrosis endomiocárdica

rias. El diagnóstico se basa principalmente en imágenes, en especial ecocardiografía y resonancia magnética. La evolución natural es desfavorable, con mortalidad cercana al 75% sin intervención quirúrgica, usualmente por insuficiencia cardíaca o complicaciones tromboembólicas e infecciosas. El tratamiento médico ofrece control sintomático, pero la resección endomiocárdica es la única terapia modificada de la evolución.

Descripción del caso: Hombre de 52 años, con hipertensión y enfermedad renal crónica, consultó por fiebre, calofríos, compromiso del estado general y hemiparesia izquierda. El ecocardiograma reveló masa ecogénica apical sugerente de trombo asociado a signos de FEM. Los hemocultivos fueron positivos para *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina. La resonancia cardíaca y el PET-CT evidenciaron diseminación de material infeccioso apical. Al iniciar anticoagulación evolucionó con shock séptico por lo que decidió cirugía de urgencia, reseándose tejido fibrótico con trombos frescos y material friable infectado. El estudio histopatológico confirmó FEM con trombos en organización y la PCR universal corroboró el mismo germen aislado en cultivos. El paciente evolucionó favorablemente con mejoría clínica, parámetros inflamatorios e imágenes de control.

Discusión: La IE sobre FEM es excepcional y representa un gran desafío diagnóstico y terapéutico. El remodelado fibroso y la hipocinesia crean un sustrato que favorece tanto la trombosis como la colonización bacteriana, aumentando el riesgo de embolias sépticas y shock. En este contexto, el

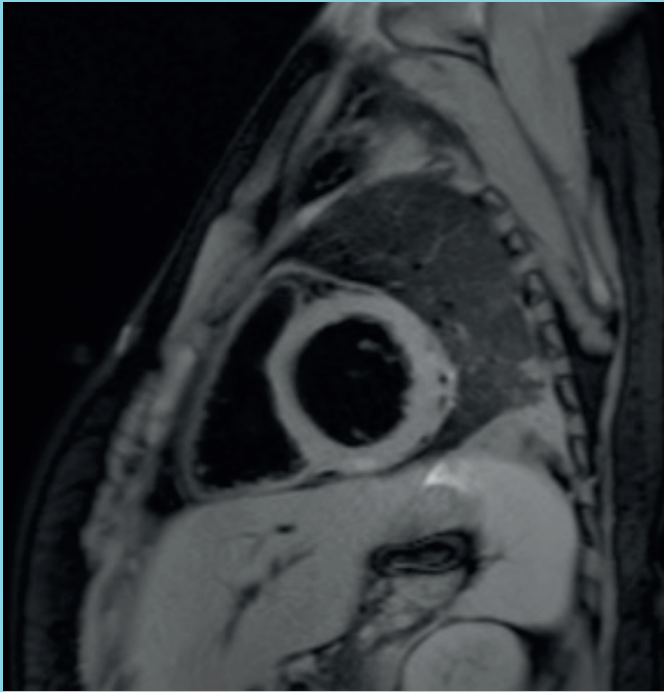
tratamiento antibiótico aislado rara vez logra la erradicación completa por la persistencia del tejido infectado. La resección endomiocárdica adquiere un papel esencial, permitiendo la resolución del foco séptico y la estabilización hemodinámica. Este caso destaca la importancia de incluir la IE sobre FEM en el diagnóstico diferencial de síndromes febriles con fenómenos embólicos y resalta el valor de un abordaje quirúrgico precoz como estrategia decisiva para mejorar la supervivencia

Miocarditis eosinofílica por toxocara como causa infrecuente de shock cardiogénico

Felipe Zamora Reyes, Josefina Daza, Carolina Zúñiga Meneses, Christian Scheu Goncalves

Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile
Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz

La miocarditis aguda es una inflamación del miocardio que puede deberse a diversas etiologías, siendo lo más frecuente de causa viral. Su presentación clínica habitual incluye dolor torácico y disnea, mientras que su manifestación con shock cardiogénico es poco frecuente. La infección por *Toxocara* suele asociarse a hipereosinofilia, pudiendo afectar distintos órganos, siendo el compromiso cardíaco extremadamente raro. Se describe el caso de un adolescente de 16 años, con antecedente de contacto con animales domésticos y rurales, que



consulta por disnea y dolor en hemiabdomen superior, asociado a exantema urticarial. La tomografía de abdomen evidencia como hallazgo la presencia de derrame pericárdico significativo, confirmado con ecocardiograma, que, además, objetiva disfunción sistólica de ventrículo izquierdo con fracción de eyección (FEVI) de 33%. paciente se hospitaliza y a las 48 horas presenta deterioro hemodinámico, requiriendo soporte ventilatorio y vasoactivo. La resonancia magnética cardíaca muestra aumento difuso de señal miocárdica, especialmente de ventrículo izquierdo, compatible con Miocarditis Aguda, junto a signos inflamatorios del pericardio (Imagen). Durante hospitalización se objetiva hipereosinofilia persistente, con recuento de hasta 7020 (26%), con serología positiva para Toxocara, resto de estudio etiológico negativo. Se inició tratamiento con Albendazol y Metilprednisolona 1 g/día, logrando resolución completa del derrame pericárdico e hipereosinofilia, con recuperación de la función ventricular. El paciente fue dado de alta sin complicaciones y en seguimiento ambulatorio se mantuvo asintomático, con test de esfuerzo, electrocardiograma y ecocardiograma dentro de límites normales. Aunque infrecuente, la Toxocariasis puede comprometer miocardio y evolucionar de forma grave, con compromiso hemodinámico. La sospecha precoz y el manejo multidisciplinario son claves en la evolución. La terapia oportuna con antiparasitarios y corticoides es de alta efectividad, permitiendo en nuestro caso la recuperación completa de la función miocárdica.

TRABAJOS CASOS CLÍNICOS

SÁBADO 13 DE DICIEMBRE.

SALÓN O'HIGGINS. 09:30 – 11:00. Hrs.

Aneurismas micóticos cerebrales y absceso valvular mitral, a propósito de endocarditis infecciosa.

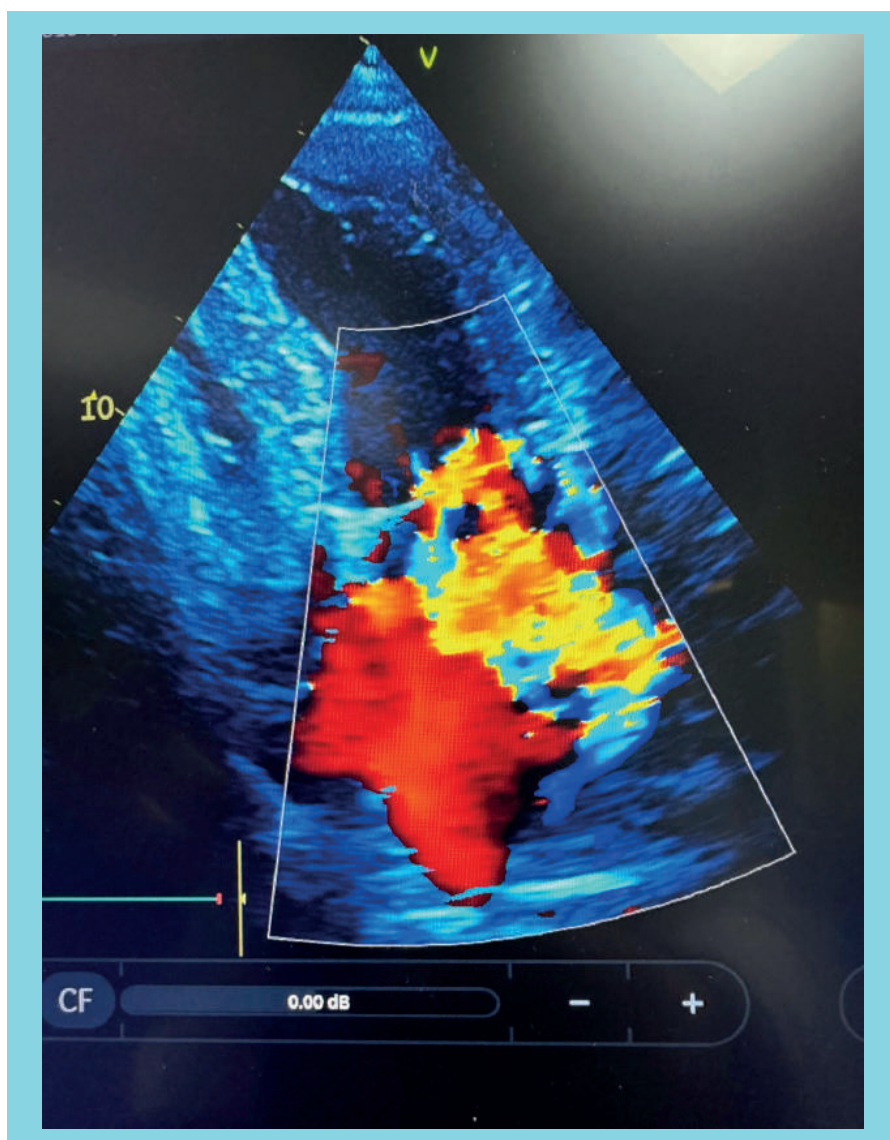
Gabriela Rivero Vaca, Juan Garrido Pinto, Francisco Reyes Urrea, Carla Ruiz Rendon, Tristán Sotomayor Gazmuri

Hospital Regional de Talca

Antecedentes: La hemorragia cerebral asociada a endocarditis infecciosa (EI) es la complicación que mayor mortalidad asocia y puede ser subaracnoidea o intraparenquimatosa. Una causa son los aneurismas infecciosos, el término “micótico” traduce material proveniente del corazón que causa infección de la pared de los vasos y su subsecuente dilatación. La angiografía por sustracción digital es el patrón oro para su detección, la alta sospecha debe llevar a su realización.

Descripción del caso: Masculino de 49 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por cefalea intensa, mialgias, somnolencia, fiebre, con sospecha de encefalitis, la tomografía computada (TC) de cerebro objetiva hemorragia subaracnoidea sulcal difusa y hematomas parenquimatosos. Al examen físico con soplo holosistólico en foco mitral y manchas de Janeway. Con requerimiento de manejo avanzado de vía aérea, ingresa a unidad de cuidados intensivos (UCI). El angio TC de cerebro y vasos de cuello no mostraron lesiones vasculares evidentes. La ecoscopia cardíaca muestra el velo mitral posterior engrosado con imagen sugerente de vegetación. Los hemocultivos desarrollan *S. aureus* multisensible, iniciando cloxacilina endovenosa. El ecocardiograma transesofágico confirma vegetación en velo mitral posterior, abscedada, con jet de regurgitación excéntrico y severo. Ya extubado, persiste confuso y febril, con focalidad neurológica izquierda, evaluado por neurocirugía, con angiografía cerebral con múltiples aneurismas distales de ambas arterias cerebrales medias, arteria cerebral anterior izquierda midiendo 1,9 mm de cuello por 3,1 mm de fondo y arteria cerebral posterior derecha de 6 mm, desestimando intervención neuroquirúrgica y continuar antibioterapia, tras 3 semanas del episodio hemorrágico se procede a cirugía cardíaca de recambio valvular mitral con prótesis mecánica número 33, con cultivo valvular mitral negativo. Sin evidencia de sangrados operatorios ni cerebrales, inicia anticoagulación oral y continua antibioterapia y rehabilitación cardíaca.

Discusión: Ante aneurismas menores a 10 mm, el manejo es antibioterapia y resolución del foco infeccioso cardíaco. En



casos de crecimiento continuo o aneurismas mayores a 10 mm, se debe considerar el tratamiento endovascular (clipaje) por sobre el quirúrgico, ya que este último conlleva un retraso de 3 a 4 semanas para la cirugía cardíaca. La rápida detección de estos aneurismas, el manejo integral y multidisciplinario, evita complicaciones severas.

Caso clínico: tratamiento de insuficiencia tricuspídea masiva con prótesis tricvalve

Jorgelina Yannitto, Cesar del Castillo, Rene Hoyos,
Diego Godoy, Marco Coello

Hospital DIPRECA

Antecedentes: La insuficiencia tricuspídea (IT) masiva representa un desafío terapéutico con alta morbilidad. Los dispositivos percutáneos como la prótesis bicaval TricVal-

ve emergen como alternativa en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

Presentación del Caso: Paciente de 69 años, con antecedentes de reemplazo valvular mitral mecánico (2005), fibrilación auricular crónica, anticoagulación, insuficiencia tricuspídea masiva e insuficiencia cardíaca con FEVI 40%. Coronariografía sin lesiones significativas. Cateterismo derecho (03.10.2023): hipertensión pulmonar postcapilar (PAPM 26 mmHg), resistencias pulmonares y presiones de llenado normales en reposo. Presentó disnea progresiva pese a tratamiento médico óptimo. Ecocardiograma mostró dilatación severa del anillo tricúspideo e insuficiencia tricúspidea masiva. El caso se discutió en Heart Team, indicándose implante percutáneo de prótesis TricValve bicaval. El 13.11.2023 se realizó implante exitoso vía femoral, sin incidentes intraoperatorios. Posteriormente ingresó a unidad coronaria para monitoreo. Refirió dolor dorsal alto derecho que cedió con analgesia. Fue dada de alta

a domicilio el 18.11.2023. Ecocardiograma de control (mayo 2025): aurícula derecha dilatada, endoprótesis valvulares en vena cava superior e inferior de 26 mm, persistencia de insuficiencia tricuspídea moderada-severa. Sin embargo, presentó franca mejoría clínica, clase funcional I según Cuestionario DASI adaptado para población chilena. Discusión: En este contexto de IT masiva con alto riesgo quirúrgico, han surgido dispositivos percutáneos como una alternativa mínimamente invasiva, ofreciendo nuevas estrategias de manejo. Entre ellos, la prótesis bicaval TricValve ha demostrado resultados alentadores. Este sistema no corrige directamente la insuficiencia valvular, sino que actúa mediante la implantación de válvulas autoexpandibles en las venas cavas superior e inferior, con el objetivo de reducir el reflujo sistémico, mejorar los síntomas de congestión y prevenir la progresión. Este resultado coincide con los reportes publicados en series internacionales, donde se demostró que el implante de prótesis bicaval se asocia a mejoría de síntomas.

Conclusión: El implante de prótesis bicaval TricValve constituyó una alternativa segura y efectiva en un paciente con IT masiva y alto riesgo quirúrgico, logrando mejoría clínica significativa pese a persistencia de insuficiencia residual.

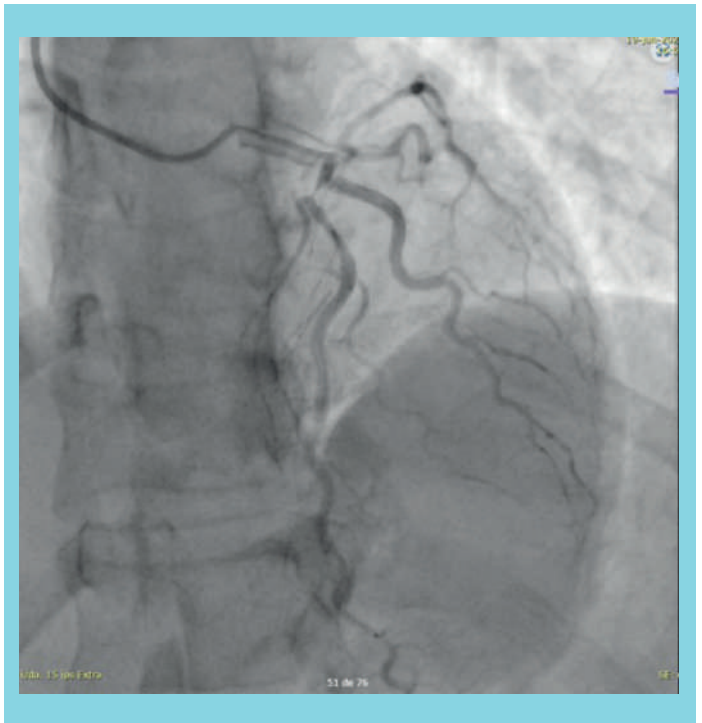
Diseción coronaria espontanea como primera manifestación de displasia fibromuscular en mujer joven: reporte de caso

Ignacia Zanon Quiroz, Felipe Ignacio Riquelme Silva, Javier Ignacio Ortiz Orrego, María José Navarro Sierra, Gonzalo Javier Martínez Rodríguez, Gonzalo Javier Pérez Díaz

Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

Introducción: La diseción coronaria espontánea (SCAD) es una causa no aterosclerótica ni traumática de síndrome coronario agudo (SCA), que afecta mayoritariamente a mujeres jóvenes y ha sido históricamente subdiagnosticada. En los últimos años se ha establecido una asociación consistente entre SCAD y displasia fibromuscular (FMD), arteriopatía idiopática, segmentaria, no inflamatoria y no aterosclerótica, que compromete arterias de mediano calibre como las renales, carótidas y vertebrales. Su forma multifocal se caracteriza por estenosis alternantes con dilataciones que generan el patrón en “rosario de cuentas”. La prevalencia de FMD extracoronaria en SCAD puede alcanzar hasta un 86% cuando se realiza estudio imagenológico completo desde cabeza a pelvis.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una mujer de 37 años con SCAD tipo 2B confirmada por tomografía de coherencia óptica. AngioTAC de cráneo, cuello, tórax, abdomen y pelvis evidenció compromiso multifocal de arterias carótidas internas, vertebrales, renales e ilíacas externas, hallazgos compatibles con FMD. El manejo fue conservador, sin



requerir intervención.

Discusión: Genéticamente, se ha descrito asociación entre ambas entidades con el alelo rs9349379-A del gen PHACTR1, que disminuye la expresión del receptor de endotelina 1. También se han implicado variantes en genes de la vía del TGF- β . El manejo conservador se apoya en tasas elevadas de curación espontánea, mientras que la intervención coronaria percutánea se asocia a riesgo de fallas técnicas y complicaciones. Este caso destaca la importancia de investigar FMD en pacientes con SCAD y subraya la necesidad de un abordaje diagnóstico integral, seguimiento clínico estructurado y control imagenológico periódico.

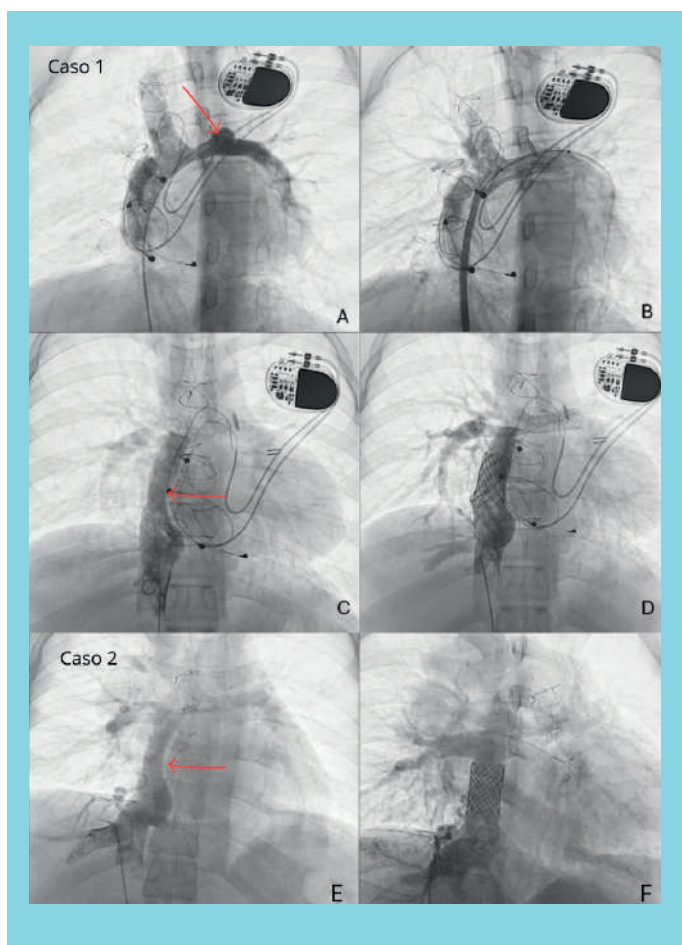
Palabras clave: Diseción coronaria espontánea, Displasia fibromuscular, Síndrome coronario agudo, Hematoma intramural.

Corrección de la distorsión del tubo extracardiaco en fontan mediante implante de stent, evitando cirugía. experiencia preliminar en centro cardiovascular pediátrico

Christian Dagoberto López Santos, Luis Cárdenas Melo, Daniel Pérez Ibarra, Andrés Fantuzzi Selle, Carlos Guerrero Maya, Carla Torres Godoy, Julio Andrés Manríquez Ortiz

Clínica Santa María

Antecedentes: La cirugía de Fontan ha mejorado la supervivencia en pacientes con fisiología univentricular, sin embar-



go, conduce a un deterioro multisistémico progresivo en la edad adulta. Este proceso podría asociarse a la distorsión y estenosis del tubo de Fontan, lo que compromete la circulación, causa congestión venosa, disfunción linfática y contribuye a la hepatopatía asociada a Fontan. La implantación de un stent en el conducto ha surgido como una estrategia para restaurar el área y geometría, con el fin de optimizar el flujo, con baja resistencia e hipotéticamente disminuir la presión del sistema, y de esta forma reducir la progresión de la enfermedad. Presentamos dos casos que corrigen la distorsión del tubo de Fontan, sin cirugía, mediante técnica de Cateterismo Cardíaco Intervencional muy accesible a nuestra realidad.

CASO 1: paciente de 14 años con síndrome de corazón izquierdo hipoplásico (SCIH) y antecedentes de secuencia de cirugías: Norwood-Sano, Glenn y Fontan extracardíaco. Evaluación clínica, ecocardiográfica y angiográfica revelaron estenosis asimétrica del tubo asociado a deterioro clínico en ejercicio, con un área reducida de 128.8 mm²/m² de superficie corporal (SC), además de un aneurisma en arteria pulmonar izquierda (API). Este último se corrige con stent cubierto. Para

corregir tubo, mediante acceso femoral venoso y vaina 14 fr, se posiciona guía super stiff en API distal, se monta manualmente CP Stent 8 ZIG en BIB Balloon de 24 x 50 mm, a continuación, se monta en guía descrita navegando bien y tomando como referencia angiografía previa, se implanta en el tubo de Fontan, sin inconvenientes; mediciones revelan incremento del área a 209.9 mm²/m² de SC (ver figura 1 A-D).

CASO 2: Paciente de 24 años, con SCIH y antecedentes quirúrgicos similares. Progresó con deterioro funcional, edema e incremento de la cianosis. El conducto presentaba una estenosis con un área de 122.3 mm²/m² de SC. Con igual técnica se implanta CP Stent 8 ZIG, con BIB balón de 24 mm x 50 mm, logrando expandir el área a 199.2 mm²/m² (Figura 1 E-F). No hubo complicaciones y en ambos pacientes mostraron mejoría clínica significativa. En ambos casos logran expandir el área del tubo de Fontan en un 63% ajustado a SC demostrando la viabilidad de la técnica. Patel et.al., Kavin et.al. y Salaests et.al. demostraron resultado exitoso similar

Conclusión: implante de stent corrigiendo distorsión en el tubo de Fontan es una opción viable, segura, evitando una cirugía.

Cierre percutáneo de perforación de velo anterior mitral post endocarditis infecciosa guiado por ecocardiografía 3D

Claudio de la Vega, Nicolás Veas, Tomás Ramos,
Manuel Méndez, Martín Valdebenito

Clínica Las Condes

Introducción: La perforación del velo anterior mitral secundaria a endocarditis infecciosa constituye una complicación infrecuente y de alta morbilidad. El cierre percutáneo se ha posicionado como una alternativa viable en pacientes seleccionados, evitando reoperaciones de alto riesgo.

Caso clínico: Hombre de 66 años con antecedentes de bypass gástrico y prostatectomía, hospitalizado por endocarditis aórtica por *Enterococcus faecalis*. Se realizó reemplazo valvular aórtico con prótesis biológica y reparación de aorta ascendente, con evolución favorable bajo terapia antibiótica completa. A los 6 meses presentó insuficiencia mitral severa secundaria a perforación del velo anterior. Hemocultivos seriales y PET-CT descartaron endocarditis activa. Tras discusión en Heart Team se decidió cierre percutáneo.

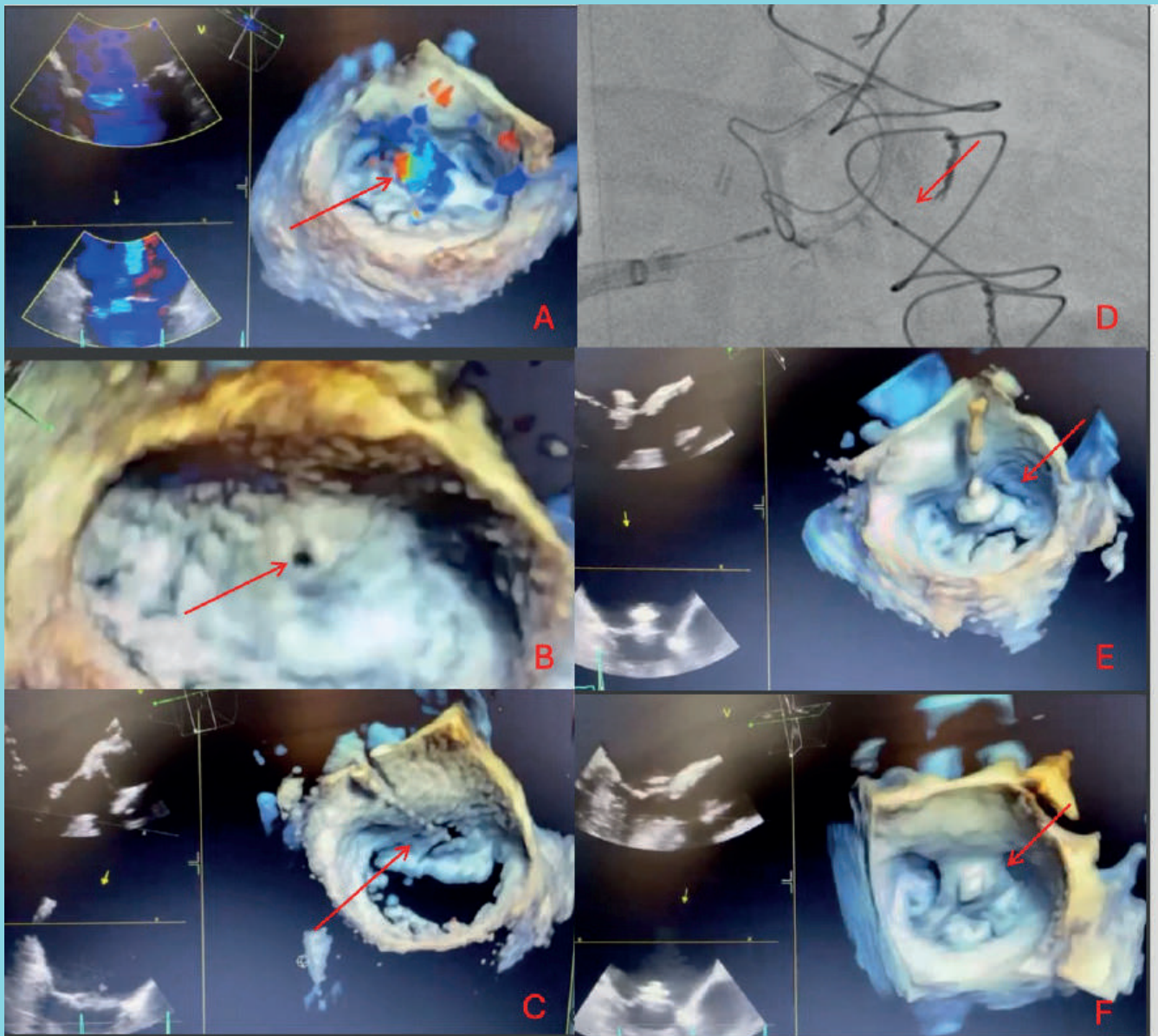
Planificación multimodal: Se realizó tomografía cardíaca gatillada y ecocardiografía transesofágica (ETE) 3D, que permitieron caracterizar el defecto y definir la estrategia terapéutica. Durante el procedimiento, el EcoTE 3D fue fundamental tanto para guiar el cruce del defecto como la liberación del dispositivo.

Procedimiento: Se efectuó acceso venoso femoral derecho (14F) con punción transeptal bajo ecocardiografía. Posteriormente, mediante catéter deflectable y multipropósito, se logró el cruce de la perforación con guía coronaria 0,014 de 300 mm, completando el lazo arteriovenoso. Finalmente, se avanzó y liberó un dispositivo ADO2 utilizando un catéter multipropósito 5F, quedando en adecuada posición y con desaparición significativa de la regurgitación mitral.

Resultados: El ecocardiograma transesofágico intraprocedimiento evidenció ausencia de regurgitación residual. En control al mes, se observó prótesis aórtica normofuncionante,

dispositivo mitral bien posicionado sin reflujo y parámetros hemodinámicos normales. El paciente permanece asintomático, sin síntomas constitucionales y con mejoría de parámetros ecocardiográficos.

Conclusiones: El cierre percutáneo de perforaciones valvulares mitrales post endocarditis representa una alternativa terapéutica factible y segura en pacientes seleccionados. La planificación multimodal con TC gatillado y EcoTE 3D, junto con la guía ecocardiográfica tridimensional en tiempo real, fueron determinantes para el éxito del procedimiento y la adecuada exclusión del defecto.





Reconstrucción vascular con vena safena en espiral en cáncer colorrectal localmente avanzado: Enfoque de tratamiento en campos potencialmente contaminados

Carlos Muñoz Flores, Tomás Larach Kattan, José Francisco Vargas
Serrano, Michel Bergoeing Reid, Francisco Valdés Echenique,
Sebastian Sepúlveda Palamara, Leopoldo Mariné Massa

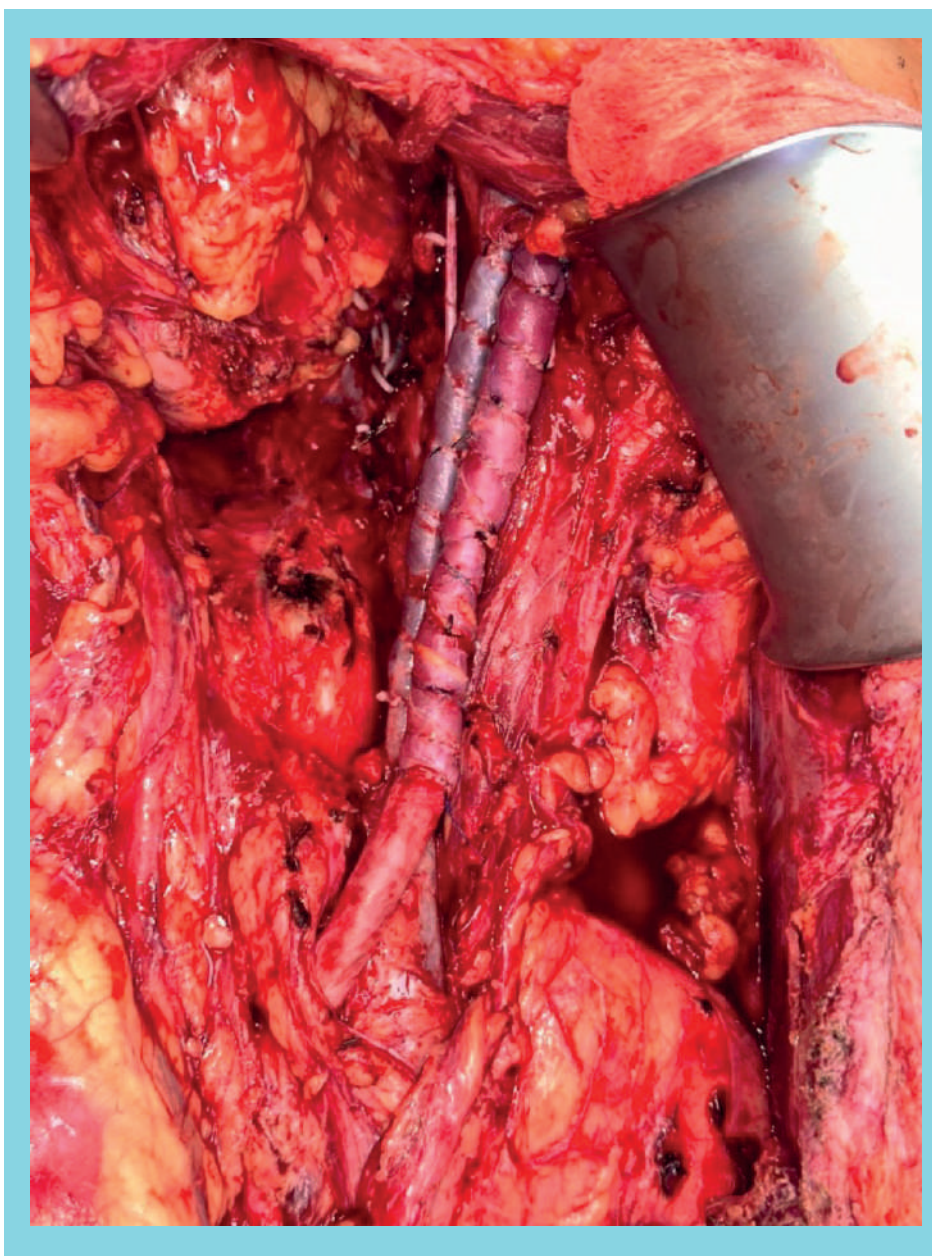
Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

Introducción: En el contexto del cáncer colorrectal localmente avanzado con invasión vascular, la reconstrucción en campos quirúrgicos potencialmente contaminados exige solu-

ciones que equilibren viabilidad técnica y resistencia a complicaciones sépticas. En este trabajo se describe una técnica con tejido autólogo segura y reproducible.

Propósito: Describir la aplicación de un injerto autólogo de vena safena en espiral para reconstrucción de vasos ilíacos durante la resección multivisceral de un cáncer rectal localmente avanzado, resaltando su utilidad en campos quirúrgicos potencialmente contaminados.

Método: Hombre de 31 años con adenocarcinoma rectal mucinoso cT4N+M1c, con invasión de íleon distal, vejiga, uréter derecho y vasos ilíacos. Tras 12 ciclos de quimioterapia neoadyuvante (FOLFOX), se realizó cirugía citorreductora con





resección en bloque de la masa tumoral y vasos ilíacos derechos. La reconstrucción vascular se efectuó con dos neoconductos de vena safena interna derecha en espiral (abierta longitudinalmente, devalvulada y enrollada en espiral sobre tutor), anastomosados con Prolene 6/0 con los cuales se reconstruyó tanto vena como arteria iliaca derecha.

Resultados: El flujo arterial y venoso se restableció con éxito. Sin edema de extremidad inferior derecha. Alta al 8vo día. Durante evolución en domicilio presenta fiebre y compromiso de estado general por lo que consulta en su centro de origen donde se deriva a nuestro centro y se pesquisa colecciones intraabdominales con cultivo positivo para *E. faecalis* tratadas con antibioterapia y drenaje percutáneo. Alta hospitalaria al 7mo día. TC de control confirma vasos ilíacos permeables. Seguimiento a los 6 meses, no presenta evidencia de complicación de reconstrucción vascular.

Conclusiones: La técnica de vena safena en espiral permite reconstrucciones vasculares complejas en campos potencialmente contaminados, evitando el uso de prótesis sintéticas con alto riesgo infeccioso. Su adaptabilidad a distintos diámetros y baja trombogenicidad la convierten en una alternativa segura y reproducible en reconstrucción vascular.

con historia de síncope por arritmia ventricular con ECG con QTc prolongado y portadora de cardio desfibrilador, además de antecedente familiar de tres tías con muerte súbita a los 10 años, 9 meses y 16 años durante el sueño. Paciente asintomático con genotipo positivo portador de variante truncante AKAP9 NM_005751.4:c.6886C>T (p.Gln2296*), con todo el estudio clínico normal, ECG basal normal con QTc 413 ms. Holter y Ecocardiograma normal, Test de esfuerzo: QTc normal en reposo, máximo y recuperación, con valor borderline de 453 ms al minuto 4 de la recuperación. A pesar de ser asintomático se decidió iniciar tratamiento con atenolol por la gravedad de la historia familiar.

Discusión: Las variantes truncantes en AKAP9 eliminan el dominio de unión a PKA-RII, reduciendo la fosforilación de KCNQ1 y alterando la repolarización (2). Aunque el gen permanece disputado (1), este caso refleja fuerte agregación familiar de muerte súbita y arritmias, de ahí la importancia de realizar estudio genético como parte de la evaluación de los pacientes con historia familiar de alto riesgo.

Palabras clave: Síndrome de QT largo, AKAP9, mutación truncante, muerte súbita, pediatría, genética cardiovascular.

Limitaciones de los criterios de duke modificados en el diagnóstico de endocarditis infecciosa en escenarios complejos: a propósito de un caso con cardiopatía congénita e infección por bartonella

Álvaro Heras Garafulich, Andrés Fantuzzi Selle, Carlos Goset Poblete, María Pilar Gamba Acle, Luis Cárdenas Melo, Daniel Pérez Ibarra

Clínica Santa María

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) sobre válvulas protésicas en cardiopatías congénitas complejas, como la transposición de grandes arterias (TGA), constituye un evento poco frecuente y de alta morbilidad. El diagnóstico se dificulta aún más cuando los hemocultivos resultan negativos y las imágenes no confirman compromiso valvular. Este caso expone las limitaciones de los criterios de Duke modificados y la relevancia del juicio clínico para orientar decisiones en escenarios inciertos.

Resumen del Caso: Paciente de 17 años, con D-TGA corregida mediante múltiples cirugías y reemplazo valvular pulmonar percutáneo a los 12 años. Consulta por fiebre persistente de semanas de evolución, acompañada de síntomas B, esplenomegalia, pancitopenia y deterioro renal con glomerulonefritis. El estudio etiológico fue exhaustivo, destacando serología positiva para *Bartonella henselae* en títulos altos, con hemocultivos reiteradamente negativos. Ecocardiogramas transtorácicos, transesofágico e intracardíaco mostraron adecuada visualización de la prótesis, sin evidencia de vege-

TRABAJOS CASOS CLÍNICOS

SÁBADO 13 DE DICIEMBRE.

SALÓN PEDRO DE VALDIVIA C. 09:30 – 11:00. Hrs.

Síndrome de QT largo secundario a variante truncante en AKAP9. (p.gln2296*) evidencia controvertida: primer reporte pediátrico y familiar en Chile

Roberth Serrano Anaya, Katherine Koch Villegas, Valeria Acevedo Arangua, Patricia Aroca Del Río

Hospital Roberto del Río

Introducción: El síndrome de QT largo asociado a variantes en AKAP9 fue descrito como SQT11, pero en 2020 ClinGen reclasificó este gen como de evidencia “disputada” por su baja prevalencia (1). No obstante, se han reportado variantes truncantes vinculadas a arritmias ventriculares y muerte súbita, incluso con QTc normal (2). Presentamos el primer caso pediátrico y familiar en Chile, buscando aportar casuística y abrir discusión sobre su relevancia clínica.

Descripción del caso: Varón de 6 años, hijo de madre

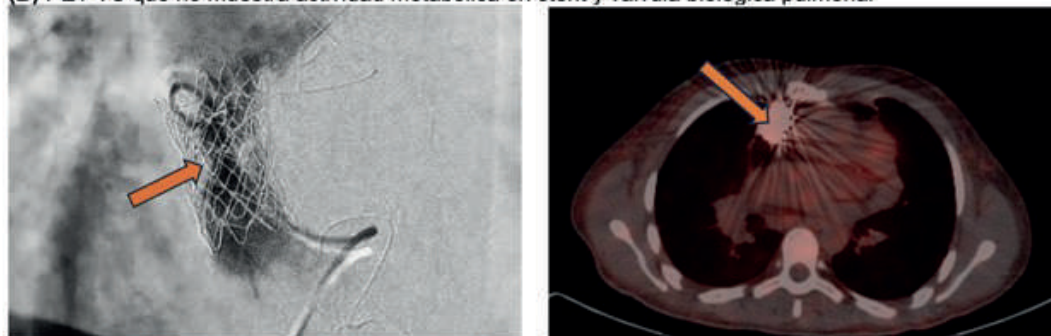


- (A) Presencia de valvula biologica montada en stent en posicion pulmonar
(B) Doppler continuo en valvula tricuspide presion de ventriculo derecho en 45mmhg



Figura 2.

- (A) Angiografía muestra estenosis valvular en posicion pulmonar
(B) PET-TC que no muestra actividad metabolica en stent y valvula biologica pulmonar



taciones, aunque limitadas por artefacto del stent perivalvular. El PET-CT no evidencia captación patológica, mientras que el cateterismo cardiaco documentó disfunción protésica con estenosis y aumento de gradiente transvalvular. Pese a tratamiento antibiótico dirigido, el cuadro febril persistió durante cuatro semanas. La discusión multidisciplinaria concluyó que, si bien cumplía criterios de EI definitivos según Duke modificado, la ausencia de hallazgos imagenológicos y el alto riesgo quirúrgico llevado a optar por manejo médico. Evolucionó con recuperación clínica y de laboratorio.

Discusión: Este caso refleja un dilema diagnóstico donde, pese a que el paciente cumplía con criterios de Duke modificados para endocarditis infecciosa definitiva, la ausencia de hallazgos en imágenes y el altísimo riesgo quirúrgico obligaron a cuestionar la validez de dichos criterios en escenarios complejos. La evolución favorable con tratamiento conservador sugiere hace pensar que cuadro podría corresponder a infección sistémica por Bartonella más que a una endocarditis verdadera. Este desenlace plantea una reflexión crítica: los criterios de Duke, si bien fundamentales para estandarizar el diagnóstico, no siempre capturan la heterogeneidad de pacientes con car-

diopatías congénitas y prótesis valvulares, pudiendo llevar a decisiones terapéuticas desproporcionadas.

Tratamiento médico de la enteropatía perdedora de proteínas, un desafío que superar en pacientes con fisiología fontan, presentación de un caso.

Katia Rivera Ladino, Ronal Acuña, Polentzi Uriarte,
Francisca Arancibia, Rodrigo González, Pamela Zelada,
Daniel Springmuller, Ana Rubilar, Sofía Lay

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica

Introducción: La Enteropatía perdedora de proteínas (EPP) es una complicación que puede aparecer en pacientes con Fisiología Fontan. Se produce por aumento de la presión venosa a nivel del territorio esplácnico propio de todos los pacientes con fisiología Fontan, asociado a un aumento de la permeabilidad linfática enteral por diferentes mecanismos, que se da en algunos de estos pacientes. La prevalencia a 30 años desde la realización de la cirugía de Fontan es del 3.5 a 5%. Se registra que a los 15 años de inicio de la EPP un 60 % tiene riesgo de muerte o trasplante cardíaco. El tratamiento es multidisciplinario.

plinario y es escalonado que va desde un soporte nutricional, tratamiento farmacológico, tratamiento intervencional hemodinámico o quirúrgico, siendo el trasplante cardíaco hasta ahora el único tratamiento curativo.

Presentación de caso: Se presenta un paciente masculino de 23 años, con diagnóstico de Doble entrada a Ventrículo Único Izquierdo, anatomía segmentaria SLL, operado de Banding de la arteria pulmonar, Glenn-DKS y Fontan extracardíaco no fenestrado. Actualmente con Insuficiencia severa de la válvula tricúspide, y EPP. El paciente presenta edemas, niveles de albúmina persistentemente bajos, y descarte de otras causas de hipoalbuminemia. Luego de un amplio análisis en un equipo multidisciplinario de su estudio de imágenes, cateterismo y laboratorio, se concluye que una eventual cirugía cardíaca sobre la válvula auriculo ventricular es compleja dado por el riesgo de una cuarta esternotomía (aorta cerca del esternón, Figura 1) y por la posición posterior de la válvula insuficiente con difícil acceso, sin tener certeza que esto mejore la EPP, por tal razón el Trasplante cardíaco sería su tratamiento curativo. Se inicia un soporte nutricional. El tratamiento farmacológico fue escalonado hasta llegar a dosis máxima de sildenafil (150 mg día), espironolactona (50 mg día), Midodrina (10 mg día), Budesonida vía oral (6 mg día), se puede observar en la Tabla 1, que con niveles máximos de budesonida y midodrina se logran niveles adecuados de albúmina, y además mejoría clínica.

Figura 1. Esternotomía de alto riesgo

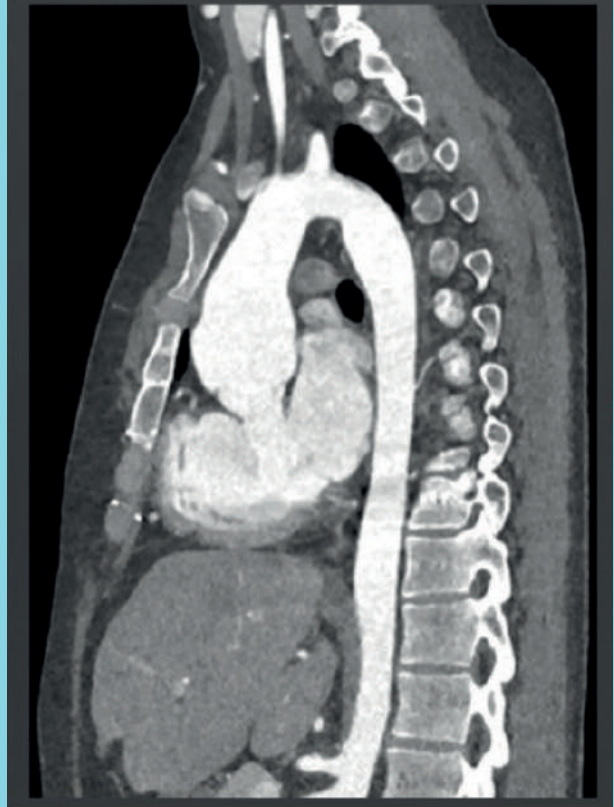
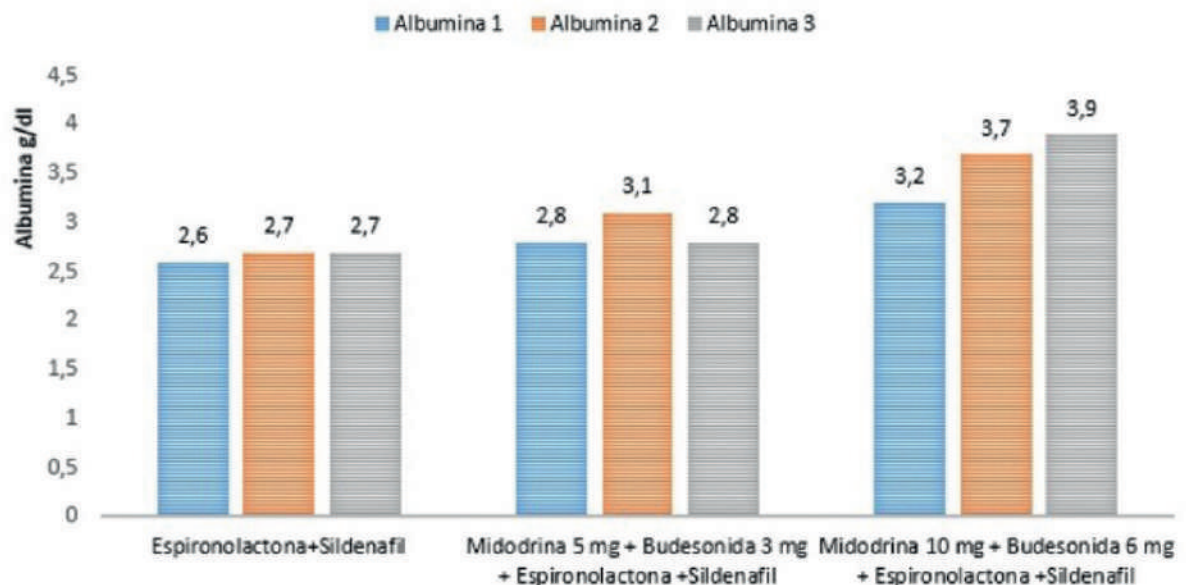


Grafico 1

TRATAMIENTO ESCALONADO DE EPP Y ALBUMINA SERICA





Actualmente el paciente se encuentra en Clase Funcional I, y en estudio pre-trasplante cardiaco.

Conclusión: La EPP es una complicación poco frecuente de la Fisiología de Fontan, con una elevada mortalidad a mediano plazo, que requiere un tratamiento escalonado con el objetivo de lograr niveles normales de albúmina.

Rotura de aneurisma del seno de valsalva como complicación de endocarditis en una comunicación interventricular pequeña

Diego Pérez Páez, María de los Ángeles Vera Herrera,
Guillermo Zamora Barros, Mary Rosseley Bolívar Robertson,
Tamara Lucía Palavecino Bustos, Javiera Paz Retamal Martínez

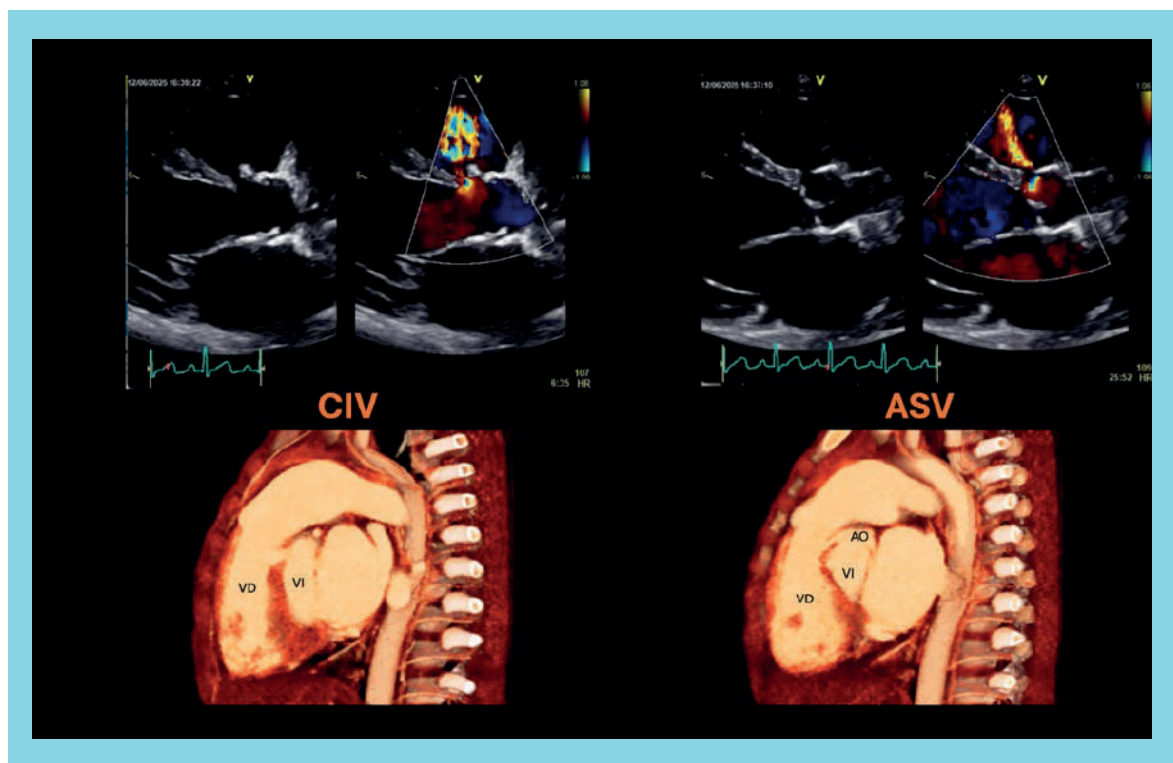
Hospital L. Calvo Mackenna

Introducción: El aneurisma de Seno de Valsalva (ASV) secundario a endocarditis infecciosa (EI) es una complicación poco frecuente y asociada a alta morbimortalidad, ya que la pared aórtica debilitada tiene potencial de ruptura. Esta complicación es más habitual en pacientes con EI y cardiopatía congénita (CC), más frecuentemente comunicación interven-tricular (CIV), seguida de anomalías de la válvula y raíz aórtica.

Presentación del caso: Escolar de 8 años, masculino, con antecedente de CIV pequeña en seguimiento en hospital regional. Se presenta con síndrome febril prolongado sin foco evidente. Informe de ecocardiograma (Eco) en el centro de

origen documenta vegetación en la válvula aórtica asociada a insuficiencia aórtica (IAo) moderada a severa y dilatación de ventrículo izquierdo (VI). Se hospitaliza y completa 28 días de tratamiento antibiótico (ATB) endovenoso. Eco control describe CIV sin cambios e IAo moderada, sin vegetación. Posterior al alta, presenta deterioro de la capacidad funcional por lo que es derivado a nuestro centro. Eco de ingreso evidencia CIV subaortica parcialmente cubierta por prolapso leve del velo coronario derecho, sin compromiso funcional de la válvula, y rotura del seno de valsalva derecho a ventrículo derecho, con flujo abundante de izquierda a derecha, robo holodiastólico en aorta abdominal y dilatación moderada de ventrículo izquierdo. AngioTAC confirma diagnóstico. Es derivado a cirugía, donde se confirma perforación del piso del seno coronario con indemnidad del velo, CIV amplia con tejido residual de EI, cerrada por prolapso aórtico. Se realiza cierre de CIV con parche y plástia de seno coronario, cerrando la perforación. Evolución post operatoria favorable, sin defectos residuales, asintomático.

Discusión: EL caso ilustra una infrecuente pero grave complicación de la EI en pacientes con CIV. Un alto índice de sospecha clínica, respaldado por una evaluación con imágenes dirigidas, es fundamental para el diagnóstico precoz. El tratamiento oportuno de la EI es fundamental para evitar complicaciones potencialmente fatales como esta. Se debe recalcar la prevención primaria de EI en pacientes con CC, recomendando profilaxis ATB en casos de riesgo.





Pesadilla: postoperatorio grave de un cierre de comunicación interauricular

Diego Pérez Páez, Javiera Paz Retamal Martínez, Guillermo Zamora Barros, María de los Ángeles Vera Herrera.

Hospital L. Calvo Mackenna

Antecedentes: La comunicación interauricular (CIA) es una cardiopatía congénita (CC) frecuente. Su cierre electivo está indicado en presencia de un cortocircuito importante de izquierda a derecha, con flujo pulmonar/sistémico mayor de 1.5:1.0. Tanto el cierre quirúrgico como el intervencional son procedimientos con morbimortalidad cercana a cero.

Descripción del caso: Presentamos un paciente de 3 años con diagnóstico de CIA amplia y dilatación de ventrícu-

lo derecho (VD) en seguimiento desde los 6 meses de edad, referido para resolución quirúrgica electiva. El ecocardiograma mostró dilatación acentuada de cavidades derechas y leve de aurícula izquierda. Se realiza cirugía sin incidentes la que tempranamente presenta dificultades con intentos frustrados de salida de circulación extracorpórea (CEC) por desaturación moderada y presiones sistémicas límites. Tras salida de CEC se realiza ecocardiograma transesofágico (ETE) que descarta disfunción ventricular y lesiones residuales. Aun en pabellón un nuevo episodio de desaturación e hipotensión termina en taquicardia ventricular y fibrilación ventricular, conectándose a oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial (ECMO VA). Tras 4 días en ECMO VA se logra retiro. Inicialmente estable, tras weaning de sedación evoluciona con



episodios de desaturación e hipotensión, que en ocasiones requieren resucitación cardiopulmonar, interpretados como crisis de hipertensión pulmonar (HTP). Se maneja con apoyo inotrópico bajo y vasodilatadores pulmonares. Ecografía abdominal y tomografía de tórax y abdomen plantean sospecha de un shunt portosistémico (SPS). Estudio hemodinámico muestra ausencia congénita de circulación portal confirmando diagnóstico de síndrome de Abernethy tipo 1 (SAT1), con HTP leve reactiva al uso de vasodilatadores. Paciente logra weaning lento y progresivo de ventilación mecánica, manteniéndose asintomático desde el punto de vista cardiovascular. En el seguimiento ambulatorio mantiene tratamiento con sildenafil y en seguimiento gastroenterológico aún sin evidencia de insuficiencia hepática.

Discussion: En el SAT1 está descrito el aumento brusco de la poscarga del VD tras el cierre de la CIA. Tanto un síndrome hepatopulmonar o portopulmonar pueden manifestarse en el post operatorio de estos pacientes, lo que puede explicar este tórpido comportamiento.

Endocarditis infecciosa en cardiopatías congénitas: 17 años de experiencia hospital dr. Luis Calvo Mackenna (hlcm)

Janara Pakomio Bahamondes, Javiera Retamal Martínez, Sebastián Borck Chirighin, Guillermo Zamora Barros, Francisco Boye Ramírez, Luis Sánchez Tolentino, María de los Ángeles Vera Herrera

Hospital L. Calvo Mackenna.

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) en niños es infrecuente pero asociada a una alta morbilidad. Su principal factor predisponente son las cardiopatías congénitas (CC), y su incidencia ha aumentado con la mayor sobrevida de pacientes operados. La literatura local sobre este tema es escasa.

Objetivos: Describir las características clínicas, evolución y manejo de una cohorte de pacientes pediátricos con CC y EI.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo. Se revisaron las fichas clínicas de pacientes pediátricos con CC y EI identificados en los registros de ecocardiografía y cirugía cardíaca del HLCM (2008-2025). El diagnóstico se confirmó con los criterios modificados de Duke.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes. Mediana de edad 10 años (1 mes-18 años), 18 sexo masculino (58%). 35% debuta con fiebre > 10 días. Las CC más frecuentes fueron del espectro Fallot (41%). Se identificaron 25 casos con CC operada (80%), siendo la infección más frecuente en válvulas protésicas biológicas en posición pulmonar (n=17, 54%; 12 Contegra®, 3 válvulas biológicas quirúrgicas, 2 percutáneas). 3 pacientes presentaron EI en período postoperatorio temprano. Se registraron 6 casos de EI en pacientes con CC no operada (20%), 5 de ellos en estructuras izquierdas (4 aórticas). Del total de pacientes, 87% fueron operados, 17 intervenidos en fase aguda/subaguda, y 10 en etapa posterior. De estos solo 1 paciente falleció de forma alejada, no relacionada. Los no intervenidos fueron derivaciones tardías (2) y pacientes en condición de gravedad por otras causas (2, fallecidos). 58% presentaron complicaciones no cardíacas, las más frecuentes shock séptico (n=13, 41%) y embolia pulmonar séptica (n=7, 22%). La mortalidad general fue 9,7% (3 pacientes). Se aisló uno o más microorganismos en 26 pacientes (84%), en 13 de ellos típicos (50%).

Otros factores de riesgo identificados: inmunodeficiencia (1), infecciones bacterianas previas (4), catéter venoso central (3). No se reportaron procedimientos dentales previos.

Conclusión: La EI pediátrica asociada a CC se presenta predominantemente en pacientes con cirugía previa. Las válvulas protésicas biológicas en posición pulmonar, especialmente los conductos valvulados Contegra®, son el principal sitio de infección. Este perfil de alto riesgo se asocia a una elevada morbilidad, incluyendo la necesidad de reintervención y complicaciones extracardíacas.



Índice de autores Trabajos orales

A

Abarca Bastián	27 - 61
Abarca Cristóbal	66
Acevedo Mónica	15 - 66
Acevedo Valeria	93
Acuña Ronald	6 - 41 - 46 - 94
Adasme Fabián	85
Aguayo Rubén	40
Alarcón Christian	52
Alberti Gigliola	79
Alcantar Isidora	40
Alegira Javier	22
Alegría Julia	60
Allende María Ignacia	16
Altamirano Diego	7
Altamirano Rodrigo	34
Álvarez Alejandro	79
Álvarez Jaime	23
Álvarez Manuel	79
Álvarez Rodrigo	23
Amstein Rodolfo	33 - 79
Andia Marcelo	6
Andia Marcelo	39
Andrade Felipe	79
Arancibia Francisca	6 - 41 - 46 - 69 - 94
Araneda Constanza	14
Araneda Niger	45
Araneda Sergio	73
Aránguiz Axel	57
Aránguiz Ernesto	12 - 24
Arau María Teresa	15
Aravena Rodrigo	82
Araya Francisca	9
Araya Franco	20
Araya María Virginia	30 - 71
Araya Mario	28
Arenas Jhon	41
Armijo Germán	27 - 61
Armijos Ivonne	63

Aroca Patricia	93
Ávila Cristian	61
Ávila Wilfredo	65
Ayala Marco Antonio	85

B

Bambs Claudia	16
Barra Rodrigo	70
Barría Alberto	27 - 61 - 61
Basaure Tomás	33 - 79
Becerra Susana	66
Becker Pedro	37 - 51 - 60 - 77
Bergoeing Michel	73 - 92
Besa Santiago	12 - 37 - 51 - 60 - 77
Bittner Alex	22
Bobadilla Braulio	84
Bobadilla Marcelo	54
Bonacic Josefa	44
Boncompte Mariana	22
Bonta Camila	65
Borck Sebastián	98
Born Pablo	51
Boye Francisco	37 - 39 - 98
Brañes María Cecilia	58 - 68
Bravo Diogenes	81
Briones Yeny	29
Bulnes Juan Francisco	16 - 28
Bustamante Sergio	19

C

Cáceres Claudia	16
Calderón Juan Francisco	20
Canales Camila	14
Candia Camila	9
Candia Daniel	77
Candia José	71
Cárdenas Luis	40 - 47 - 78 - 81 - 89 - 93
Caro Elizabeth	63
Carrasco Tomás	15



Carrillo Daniela	31
Castillo Benjamín	74
Castillo Josefina	22
Castillo Rodrigo	40
Castro Fernanda	73
Castro María Gabriela	82
Castro Pablo	7 - 69 - 75 - 80
Catrileo Eduardo	84
Ceballos Alejandro	74
Cedeño Sindy	82
Celis Fabián	52
Cerda Jaime	79
Cerda Tomás	58 - 68
Cereceda Mauricio	34 - 63
Cervetti Manuel	11
Chester Archibald	44
Chianale Franco	15
Chiliquinga David	15 - 42
Coello Marco	jul-88
Collao Sergio	52 84
Concepción Roberto	9
Condori Karen	81
Contreras Daniel	65
Contreras Juan	11 - 13 - 70
Cordero Karina	7
Cordova Patricio	14
Coronado Katherine	84
Correa Sonia	63
Cortés Maurice	34
Cortés Sandra	16

D

Dahdal Jorge	35
Danad Ibrahim	35
Danton Rocío	25
Daza Josefina	85 - 86
de la Rosa David	69
de la Rua Reynaldo	26
de La Torre Víctor	45 - 49
de la Vega Claudio	90
del Castillo Cesar	9 - 26 - 88
Díaz Ailine	36

Díaz Felipe	35
Díaz Guisella	75
Díaz Juan Carlos	60
Dighero Bruno	64 - 65 - 65
Dominguez Anibal	52
Dominguez Pilar	51
Donoso Jose Tomás	57
Driessen Roel	35
Drolett Nicolás	45 - 49
Dupouy Juan	57
Durán Daniel	44

E

Ereú Anyerson	82
Escobar Ricardo	34 - 63
Espinoza Aivoniec	25

F

Fantuzzi Andrés	40 - 47 - 78 - 81 - 89 - 93
Fasce Fabricio	14
Fernández Carlos	81
Fernández Hans	78
Fernández Iván	83
Fernández Rodrigo	20
Ferrada Javiera	74
Ferreccio Catterina	16
Ferreiro Myriam	32
Ferriere Santiago	44
Figueredo Mario	71
Figueroa Daniela	36
Figueroa Luis	10 - 42 - 50
Flores Juan Carlos	31
Fuentes Catalina	25
Fuenzalida Alberto	16
Fuica Pablo	64

G

Gabrielli Luigi	9- 20 - 22 - 42 - 69
Gajardo Abraham	40 - 44
Gallardo Katalina	25 - 70
Galleguillos Constanza	34
Gambra María del Pilar	93



García Alfonso	74
García Javier	83
García Laura	71
García María Angelica	70
Garrido Juan	87
Garrido Luis	37 - 60
Garrido Valentina	52
Gelerstein	40
Godoy Diego	88
Godoy Franco	16
Godoy Marcelo	13 - 84
Gomez Wileidy	75
González Claudia	31
González Jennifer	13 - 18 - 34 - 70
González Magdalena	36
González Patricio	51
González Roberto	42
González Rodrigo	6 - 37 - 41 - 46 - 51 - 60 - 77 - 94
Goset Carlos	40 - 93
Greig Douglas	22 - 66 - 69
Guerrero Carlos	78 - 81 - 89
Guerrero Carlos	47
Guiñez-Molinos Sergio	74
Gutiérrez Camilo	19
Gutiérrez Danae	7 . 9
Gutiérrez María	73
Guzmán Gabriela	82

H

Haack Thomas	58 - 68
Henríquez María de los Ángeles	85
Henzi Víctor	82
Heras Alvaro	85 - 93
Hermoso Marcela	9
Hernández Axel	20
Herrera Matías	65
Hoyos Rene	88
Huanca Zulma	30
Huerta Carola	66
Huerta Patricio	30 - 71
Huidobro Laura	16

I

Ibarra Julio	12 . 24
Ibieta Guillermo	51

J

Jalil Jorge	7 - 9 - 20 - 22 - 69
Jerez Cristhian	34 - 64
Jiménez Macarena	45
Jiménez Magdalena	75 - 80
Jofré Paulina	22 - 69
Jukema Ruurt	35

K

Knaapen Paul	35
Knuuti Juhani	35
Koch Katherine	93
Kouyomdjian Thomas	44
Krogh Günther	12 - 37 - 51 - 60 - 77

L

Labbé Javier	45 - 49
Lang Morin	29
Larach Tomás	92
Larios Guillermo	33 - 79
Lavados Nicolás	44
Lay Sofía	46 - 94
Leal Ema	60
Léniz Javiera	16
León Pamela	9
Lezcano William	71
Liempi Ana	7
Lillo Francisca	70
Lillo José	40
Lim Jongsun	22 - 69
Lima Mildred	63
Linerros Valentina	84
Llancaqueo Marcelo	57
Lopetegui Bernardita	29
López Carmen Luz	75
López Dagoberto	47 - 81 - 89
López Marco	57
Lui Andrea	34



M

Maaniitty Teemu	35
Maccioni Andrea	75
Mallol Manuel	64
Mancilla Georthan	7 - 36 - 69 - 75 - 80
Manjarrés Laura	6 . 39
Manríquez Julio	40 - 47 - 89
Marchant Marcelo	78 - 81
Marchant Vanessa	63
Marín Cristián	34
Mariné Leopoldo	73 - 92
Marine Maximiliano	33
Marshall Guillermo	79
Martínez Alejandro	16 - 28
Martínez Gonzalo	16 - 28 - 58 - 68 - 89
Martínez Luisina	78
Massardo Teresa	57
McNab Paul	20 - 22
Melgarejo Paula	52
Méndez Manuel	23 - 90
Mieres Jocelyn	29 - 31 - 32
Molina Juan	70
Morales Felix	49
Morales Javier	9
Morales José	73
Moreno Mauricio	63
Munita Roberto	7
Muñoz Carlos	13 - 18 - 34 - 70 - 84 - 92
Muñoz Cecilia	7
Muñoz Nicolás	85
Muñoz Paula	16 - 28 - 58 - 68
Muñoz Pilar	64
Mutel Cheryld	18 - 25 - 34 - 70

N

Narváez Paulo	51
Navarrete Wilfredo	57
Navarro María José	89
Nazar Gabriela	35
Nef Tomás	40
Niccolai Agostina	23
Noguera Francisca	85
Noguera Matías	63
Norambuena Felipe	28
Novajas Manuel	12 . 24
Núñez María José	37
Núñez Marilaura	28
Nurmohamed Nick	35

O

Ocampo Sebastián	71
Ocaranza María P.	7 - 9 - 20 - 69
Olave Alberto	26
Olguín Héctor	45
Olivares Carlos	70
Olivero Ruperto	20
Ordenes Richard	45
Orellana María Paz	58 - 68
Ortíz Javier	89
Ovando Sergio	63
Oyarzún Felipe	9
Oyarzún Ingrid	69- 75 - 80
Oyarzún Rodolfo	63
Oyarzún Tamara	70

P

Paccot María Lía	85
Pakomio Janara	98
Palavecino Tamara	96
Palma Diego	57
Paredes Alejandro	22
Paredes Fabio	16
Parra Alfredo	15 - 61
Parra Claudio	64 - 65
Parra Laura	6 . 39
Paulsen César	20 - 34 - 47
Pavón Jorge Agustín	47
Pedrero Victor	35
Pedrozo Zully	7 - 36 - 19
Peña Josseline	65
Peña Mauricio	11
Pérez Daniel	40 - 47 - 78 - 80 - 89 - 93
Pérez Danilo	13 - 18 - 34
Pérez Diego	40 - 96 - 97



Pérez Felipe	74
Pérez Gonzalo	89
Pérez Joaquín	34
Pérez Luis	52
Pérez Luis	23 - 51
Pérez Osvaldo	52
Pérez-Guerra Gustavo	10 - 50
Petermann Fanny	35
Phillips Tomás	58 - 68
Pincetti Matías	83
Puga-Tejada Miguel Angel	47
Pumarino Andrés	45 - 49

Q

Quintana Paz	6
Quinteros Cesar	12 . 24
Quiñiñir Luis	84
Quiroga Clara	69- 75 - 80
Quiroz Amelia	22 - 69

R

Ramírez Eduardo	13 - 70
Ramos Cristóbal	60
Ramos Tomás	90
Recabarren Gonzalo	58 - 68
Retamal Javiera	37 -39 - 96 - 97 - 98
Retamal Juan Pablo	
Reyes Benjamín	61
Reyes Francisco	87
Reyes Rodrigo	10 - 42 - 50
Riffo Constanza	63 - 74
Rigotti Attilio	6 . 39
Riquelme Erick	6
Riquelme Felipe	89
Rivera Katherine	6 . 39
Rivera Katia	6 - 41 - 46 - 94
Rivero Gabriela	87
Robles Isabel	51
Rodrigo Ramón	40
Rodríguez Bárbara	63
Rodríguez José	20
Rojas Alejandro	57

Rojas José	74
Rojo Pamela	83
Romero Ana	66
Romero Cecilia	51 - 77
Romero Eduardo	84
Romero Esteban	19
Rosseley Mary	96
Rozas Eduardo	65
Rozas Karina	30 - 71
Rubilar Ana	6 - 41 - 46 - 94
Rubio Leonel	54
Ruiz Carla	87
Ruiz Trinidad	82

S

Saavedra Daniel	57
Saez Claudia	52
Salazar Alide	67
Salazar Andrés	47 - 52 - 84
Salazar Arquímedes	26
Salazar Emilio	61
Salazar María Elizabeth	25
Salgado Katherine	71
Sánchez Luis	37 - 39 - 98
Sánchez Patricia	70
Sánchez Sergio	12
Sandoval Constanza	51
Sandoval Jorge	27 - 61
Sanhueza Olivia	28
Sanhueza Sebastián	22
Sanhueza Vicente	79
Sanzana Daniela	25 - 70
Sanzana Gustavo	84
Sarabia Patricia	71
Saraste Antti	35
Sassi Augusto	10
Scheu Christian	86
Schiele Berenice	75
Schiele Claudia	75
Schoenfeldt Fernanda	51
Schulz Eduardo	66
Seguel Enrique	10 - 14 - 42 - 50 - 74



Seguel Rocío	52
Seitz Steffi	11
Selman Rafael	7 - 19
Sepúlveda Sebastián	92
Serrano Roberth	93
Silva Claudio	60
Silva Francisco	77
Solsona Javier	20
Soto Carlos	30
Soto Gabriel	54
Soto Mauricio	18 - 25 - 34 - 70
Soto Nicole	39
Sotomayor Tristán	87
Springmuller Daniel	6 - 41 - 46 - 94
Stockins Aleck	10 - 14 - 42 - 50
Superlano Tatiana	63
Sutherland Ana	73

T

Tala Paula	66
Tapia Alicia	15
Tapia Anita	69
Teixido Gisela	20
Tirado Rosario	57
Toro Lida	75
Torres Álvaro	37 - 60
Torres Carla	89
Torres Carlos	26 - 47 - 85
Torres Gonzalo	64 - 65 - 65
Turner Federico	20 - 47

U

Ubilla Matías	7 - 19
Ugalde Álvaro	19
Ugalde Héctor	15 - 58
Ugarte Pedro	37 - 60
Urbina Damian	22
Urdaneta Taina	45 - 49
Uriarte Polentzi	6 - 41 - 46 - 94

V

Valdebenito José	25
Valdebenito Martín	23 - 27 - 61 - 90
Valdés Francisco	73 - 92
Valdés Ivania	6
Valentino Giovanna	15
Valenzuela Constanza	15
Valenzuela Julia	64
Valle Gabriel	9
Vargas José Francisco	73 - 92
Varleta Paola	15
Vásquez Valentina	63
Veas Nicolás	23 - 27 - 61 - 90
Vega Natalie	47 - 40
Velasquez Leonardo	58 - 68
Venegas Camilo	9
Venegas Reinaldo	23 - 51
Vera María de los Ángeles	37 - 39 - 96 - 97 - 98
Vera Rodrigo	71
Verdejo Hugo	7 - 16 - 69 - 75 - 80
Verdugo Fernando	23 - 64 - 65
Vergara Ismael	22
Vergara Marcelo	79
Villa Eduardo	44
Villablanca Pedro	28
Villagra Guillermo	54
Villar Yaritza	67
Von Chrismar María Luisa	9
von Plessing-Pierry Gustav	51

Y

Yannitto Jorgelina	88
--------------------	----

Z

Zabala José Miguel	61
Zamora Felipe	86
Zamora Guillermo	37 - 39 - 96 - 97 - 98
Zamorano Aníbal	85
Zamorano Claudio	19
Zanon Ignacia	89
Zelada Pamela	6 - 41 - 46 - 75 - 94
Zuñiga Carolina	86



Instrucciones para preparar y enviar Resúmenes de Temas Libres

A) Normas Generales

1. Formato:

- a) Comenzar con el Título, en LETRAS MAYUSCULAS, SIN ABREVIATURAS.
 - b) Autor y colaboradores. Poner nombre y apellido, separados por coma. Ej: Gustavo Pérez, Eduardo González, etc.
 - c) Institución, servicio o laboratorio y ciudad. Agregar el país si el trabajo se efectuó fuera de Chile.
 - d) Breve descripción de los objetivos, método, resultados (datos cuantitativos y estadísticos) y de las conclusiones.
2. El resumen completo debe ser escrito a un espacio. No son necesarios márgenes a la izquierda.
 3. El resumen no debe contener borrones ni salirse del recuadro. Debe ser escrito utilizando letras tamaño 10, tipo Arial.
 4. Se permiten tablas en el resumen.
 5. Cuando use abreviaturas, emplee la palabra completa al mencionarla por primera vez, seguida por la abreviatura entre paréntesis. Ejemplo: Cardiopatía Coronaria (CC). No debe haber abreviaturas en el título.
 6. Señale el tema o área en la que debería ser presentado su trabajo. Marque hasta 3 áreas de interés.
 7. Señale si prefiere presentación oral o en sesión de póster. Tenga presente que la decisión final a este respecto la tomará el Comité Científico.
 8. Señale si existe algún tipo de relación financiera entre Ud. (Uds) y la empresa fabricante o comercializadora del (los) producto (s) utilizado (s) en el trabajo.
 9. En lo posible, escribir resumen estructurado de acuerdo al ejemplo que aparece luego.
 10. No se aceptarán para revisión los trabajos:
 - Los trabajos que sean “casos clínicos”.
 - Exposiciones de técnicas si no cuentan con un mínimo tratamiento estadístico que las valide o le de significación. Esto también es para cualquier trabajo que presente método estadístico.
 - Los trabajos derivados de otros, fraccionados de una misma casuística o “desglosados” no serán aceptados, al menos que tengan una diferente y valedera significación con respecto a los otros. En este caso el Comité se comunicará con el(los) autores a fin de que se rehagan.

