

EL HOSPITAL METROPOLITANO, presenta el:



Curso
Internacional
**ESTÁNDARES Y
VANGUARDIA**
EN CARDIOLOGÍA Y ENFERMEDAD
CARDIOVASCULAR



6 al 9 de noviembre de 2025



Hotel Hilton Colón | Quito, Ecuador

CON EL AVAL DE:





Apreciados colegas,

El Hospital Metropolitano cumple 40 años de vida institucional y, además de constituir una referencia nacional y regional en la atención clínica, ha manifestado, desde su fundación, una clara conciencia a favor de la educación médica de grado y posgrado y una vocación vigorosa a favor de la educación médica continua.

Desde 2003 hemos organizado cursos internacionales cuya relevancia ha sido notable al punto de haber reunido, a lo largo de varios años y diferentes eventos a siete ganadores del Premio Nobel de Medicina, a los autores de los libros de texto de mayor relevancia en el mundo y a una pléyade de científicos médicos de las más notables universidades del orbe. En esta ocasión hemos considerado que, dada la importancia epidemiológica, nuestro curso internacional “Estándares y Vanguardia en Cardiología y Enfermedad Cardiovascular”, aportará superlativamente al conocimiento de esta invaluable especialidad.

Nos complace especialmente la altísima calidad de los conferenciantes que han aceptado nuestra invitación, así como los avales del Ministerio de Salud Pública, de la Universidad de Las Américas, Sociedad Ecuatoriana de Cardiología - Capítulo de Pichincha - y la Sociedad Interamericana de Cardiología -SIAC-.

Tenemos una expectativa grande sobre la calidad y éxito del curso para seguir marcando un ejemplo del compromiso con la educación médica.

Bienvenidos

Bernardo Sandoval Córdova
DIRECTOR MÉDICO
HOSPITAL METROPOLITANO

Organizado por:

 **Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:





Estimados colegas, participantes y distinguidos invitados,

Es un honor darles la más cordial bienvenida al Curso Internacional “Estándares y Vanguardia en Cardiología y Enfermedad Cardiovascular”, un evento académico que cobra especial relevancia este año al conmemorar el 40 aniversario de la fundación del Hospital Metropolitano. Esta conmemoración nos llena de orgullo y representa un estímulo para reafirmar nuestro compromiso con la excelencia en la atención cardiovascular y la formación continua en nuestra comunidad médica.

Este curso internacional reúne a un extraordinario cuerpo académico conformado por 30 profesores internacionales y 45 profesores nacionales, expertos reconocidos que compartirán sus conocimientos, investigaciones y experiencias de vanguardia en cardiología y enfermedades cardiovasculares.

La interacción entre especialistas de diversos países y contextos nos permitirá enriquecer nuestras perspectivas y fortalecer el manejo integral de esta patología que sigue siendo una de las principales causas de morbilidad a nivel global.

Durante estas jornadas, se abordarán los estándares actuales y los avances más innovadores en diagnóstico, tratamiento y prevención, con un enfoque interdisciplinario y basado en la evidencia.

Nuestro objetivo es proporcionar herramientas actualizadas y fomentar el análisis crítico que impulse tanto la práctica clínica como el desarrollo científico en beneficio de nuestros pacientes.

Celebrar cuatro décadas del Hospital Metropolitano con este curso internacional es también reconocer el esfuerzo y la dedicación de todos los profesionales que han contribuido a posicionar a nuestra institución como referente en salud cardiovascular.

Organizado por:

 **Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:





Los invito a aprovechar esta oportunidad única para aprender, debatir y establecer redes de colaboración científica que trasciendan este evento.

Bienvenidos al Curso Internacional “Estándares y Vanguardia en Cardiología y Enfermedad Cardiovascular”. Confío en que será una experiencia académica enriquecedora para todos.

Muchas gracias.

Vladimir Ullaauri Solórzano

Director Científico del Curso Internacional “Estándares y Vanguardia en Cardiología y Enfermedad Cardiovascular”

Jefe del servicio de Cardiología Hospital Metropolitano

Organizado por:



Con el Aval de:



COMITÉ ORGANIZADOR



DR. BERNARDO SANDOVAL
Cirujano Oncólogo
Director Médico del Hospital Metropolitano Quito



DR. VLADIMIR ULLAURI
Jefe del Servicio de Cardiología del
Hospital Metropolitano Quito



DR. SANTIAGO ENDARA
Cirujano Cardiovascular y Torácico del
Hospital Metropolitano Quito



DR. RENÉ VICUÑA
Cardiólogo Electrofisiólogo del
Hospital Metropolitano Quito



DR. LUIS ROMERO
Cardiólogo Pediatra del
Hospital Metropolitano Quito



DR. JUAN CARLOS GAIBOR
Cardiólogo Intervencionista del
Hospital Metropolitano Quito

Organizado por:

h Hospital
Metropolitano

Con el Aval de:



EXPOSITORES INTERNACIONALES



DR. ERIC GREEN
Director laboratorio secuenciación genómica
Proyecto del Genoma Humano



DR. JOSÉ GONZÁLEZ JUANATEY
Jefe de Cardiología. Hospital Clínico Universitario
de Santiago de Compostela



DR. CARLOS MORILLO
Director de Cardiología del
Instituto Libin en Calgary, Alberta



DRA. ALEXANDRA ARIAS
Jefe de la Unidad de Cuidados
Coronarios del Instituto de
Cardiología Ignacio Chávez, México



DR. MIGUEL CAMAFORT
Internista del Hospital Clinic
de Barcelona



DR. PATRICIO LÓPEZ JARAMILLO
Rector General de la
Universidad de Santander, Bucaramanga



DR. CARLOS PONTE NEGRETTI
Jefe Médico de la Unidad Cardiológica
del Caribe en Macuto, Venezuela



DR. FERNANDO WYSS
Presidente del Colegio Panamericano
de Endotelio y Pared Vascular



DR. HENRY DE LAS SALAS
CardioGeriatría
Director GT Siac CardioGeriatría
Clínica Alemana



DR. JORGE CHAVARRÍA
Cardiólogo Intervencionista
del Hospital Clínica Bíblica, San José, Costa Rica



DR. JOSÉ BÁEZ ESCUDERO
Director de Cardiología del grupo
Broward Health en Fort Lauderdale



DR. JUAN SARMIENTO
Médico Tratante Rehabilitación Cardíaca
de la Clínica Shaio en Bogotá

Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:





DR. RYAN SANDOVAL
Cardiólogo del Hospital y Profesor
de la Universidad de Stanford



DR. JAVIER MALDONADO
Jefe de Cirugía Cardiovascular de la
Fundación Santa Fé de Bogotá, Colombia



DR. RODRIGO DÍAZ
Jefe del programa ECMO de la
Clínica RedSalud de Santiago, Chile



DR. ERNESTO DURONTO
Jefe de Unidad Coronaria del
Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular,
Fundación Favaloro de Buenos Aires



DR. EZEQUIEL FORTE
Cardiólogo - Director Médico del Centro
Diagnóstico Cardiovascular - CENDIC,
Concordia, Argentina



DR. GABRIEL VERGARA
Cardiólogo pediatra
Imagenólogo Cardiovascular
Miembro de la Sociedad Colombiana de Cardiología



DR. OSIRIS VALDEZ
Cardiólogo Ecocardiografista,
Hospital Central Romana, Santo Domingo,
República Dominicana



DR. RODRIGO ALONSO K.
Médico Internista
Presidente Corporación Ateros Chile



DRA. CAROLINA GÓMEZ
Medicina Interna - Diabetología,
Centro Integral de Endocrinología y Diabetes,
Concordia, Argentina



DRA. LIVIA MACHADO
Pediatra especialista en Nutrición
Clínica, Hospital Domingo Luciani,
Caracas, Venezuela



DRA. ADRIANA PUENTE B.
Cardióloga Clínica y Nuclear,
Centro Médico Nacional 20 de noviembre, CDMX



DR. RODRIGO BARRETO, PHD.
Director de Ecocardiografía,
Instituto Dante Pazzanese, Sao Paulo

Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:





DR. GUILLERMO ARISTIZÁBAL
Cardiólogo Pediatra, Hospital
Serena del Mar, Cartagena, Colombia



DR. JOSÉ JULIÁN CARVAJAL
Medicina Interna - Cardiología
Clínica del Country - Clínica Nogales
Colombia



DR. VLADIMIR ASTUDILLO
Electrofisiología



DR. DOUGLAS SILVA



DR. ROGER UZCÁTEGUI

Organizado por:

**h Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:



EXPOSITORES NACIONALES



DR. BERNARDO SANDOVAL
Cirujano Oncólogo
Director Médico del Hospital Metropolitano Quito



DR. VLADIMIR ULLAURI
Jefe del Servicio de Cardiología del
Hospital Metropolitano Quito



DR. RENÉ VICUÑA
Cardiólogo Electrofisiólogo del
Hospital Metropolitano Quito



DR. SANTIAGO ENDARA
Cirujano Cardiovascular y Torácico del
Hospital Metropolitano Quito



DR. JUAN CARLOS GAIBOR
Cardiólogo Intervencionista del
Hospital Metropolitano Quito



DR. LUIS ROMERO
Cardiólogo Pediatra del
Hospital Metropolitano Quito



DR. ERNESTO PEÑAHERRERA
Jefe del servicio de Cardiología
Hospital Luis Vernaza, Guayaquil



DR. JOFFRE LARA
Jefe del servicio de Cardiología
Hospital Juan Tanca Marengo, Guayaquil



DRA. MÓNICA GILBERT
Cirujana Cardiovascular
Clínica Guayaquil, Guayaquil



DR. VICENTE VILLACRESES
Presidente
Sociedad Ecuatoriana de Cardiología,
Sede Nacional



DRA. TANYA PADILLA
Presidente
Sociedad Ecuatoriana de Cardiología,
Capítulo Pichincha



DR. CHRISTIAN FIERRO
Cardiólogo Intervencionista
Hospital Metropolitano

Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:





DR. GERARDO DÁVALOS
Cirujano Cardiorráctico
Hospital Metropolitano



DR. LUIS BERMEO
Médico Nutriólogo
Hospital Metropolitano



DRA. YEDID VALCÁRCEL
Médica Nutrióloga
Hospital Metropolitano



DR. FRANS SERPA
Cirujano General
Hospital Metropolitano



DR. CARLOS GUAMÁN
Cardiólogo
Hospital Metropolitano



DR. FRANKLIN VILLEGAS
Jefe de Terapia Intensiva
Hospital Metropolitano



DR. FERNANDO JIMÉNEZ
Nefrólogo
Hospital Metropolitano



DR. IVÁN MALDONADO
Oncólogo Clínico
Hospital Metropolitano



DR. DIEGO EGAS
Cardiólogo Electrofisiólogo
Hospital Metropolitano



DR. ELÍAS VÁSQUEZ
Cardiólogo Electrofisiólogo
Hospital Metropolitano



DR. FRANCISCO RODRIGUEZ
Cardiólogo Electrofisiólogo
Hospital Metropolitano



DRA. SOL CALERO
Cardióloga
Hospital Metropolitano

Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:





DRA. LILIANA CÁRDENAS
Cardióloga
Hospital Eugenio Espejo



DR. GIOVANNI ESCORZA
Cardiólogo e Imagen Cardíaca
Hospital Metropolitano



DR. MARIO RUBIO
Cardiólogo Pediatra
Hospital Metropolitano



DR. CARLOS ALOMÍA
Cardiólogo Pediatra
Hospital Metropolitano



DR. JAIME PINTO
Cirujano Cardiorácico
Hospital Metropolitano



DR. HENRY ORTEGA
Cirujano Cardiorácico
Hospital Metropolitano



DR. MARLON AGUIRRE
Cardiólogo - Ecocardiografista
Hospital Metropolitano



DR. JORGE LUIS MUÑOZ
Cardiólogo Hemodinamista
Hospital Metropolitano



DR. ESTEBAN ORTIZ PRADO
Investigador
Universidad De Las Américas



DRA. ALEJANDRA MONTERO
Radióloga
Hospital Metropolitano



DR. EDUARDO ZEA
Cardiólogo - Ecocardiografista
Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín



DR. RICARDO FREILE
Cardiólogo Clínico

Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:





MSC. ESTEBAN PATRICIO ORTIZ
Ingeniero Biomédico



DR. GUSTAVO ORELLANA SAMPEDRO
Cirujano Cardiovascular
Grupo Hospitalario Kennedy



DRA. GABRIELA RIVAS
Radiología



DRA. KARLA GARAY
Endocrinóloga



DR. LUIS GÓMEZ
Electrofisiología



DR. YAN CALOS DUARTE
Cardiólogo



LCDA. VALERIA VERDESOTO
Licenciada en Enfermería

Organizado por:

**h Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:



EL HOSPITAL METROPOLITANO, presenta el:



Curso
Internacional
**ESTÁNDARES Y
VANGUARDIA**
EN CARDIOLOGÍA Y ENFERMEDAD
CARDIOVASCULAR

PROGRAMA ACADÉMICO

CONFERENCIAS MAGISTRALES

CON EL AVAL DE:



07H00 - 08H50

REGISTRO Y ENTREGA DE MATERIAL

HORA	MÓDULOS	TEMA	CONFERENCISTA
08H55 - 09H00	BIENVENIDA		
09H00 - 10H15	ELECTROFISIOLOGÍA I Síncope y Disautonomía: Del diagnóstico a terapias de precisión Moderadores: Dra. Estefanía Chediak Dra. Kateherine Fonte Panelistas: Dr. René Vicuña Elías Vázquez	09:00 - 09:20 Prevención y manejo de la disincronía ventricular inducida por marcapasos 09:20 - 09:40 Terapia de Resincronización Cardíaca (TRC) en la era de la estimulación fisiológica 09:40 - 10:00 Tecnología leadless y sistemas multicámaras integrados: Presente y futuro 10:00 - 10:15 Preguntas	Dr. Francisco Rodríguez (Ecuador) Dr. René Vicuña (Ecuador) Dr. José Báez Escudero (USA)
10H15 - 10H45	RECESO		
10H45 - 12H00	ELECTROFISIOLOGÍA II Síncope y Disautonomía: Del diagnóstico a terapias de precisión Moderadores: Dra. Estefanía Chediak Dra. Kateherine Fonte Panelistas: Dr. René Vicuña Dr. Diego Egas	10:45 - 11:05 Denervación vagal por crío ablación 11:05 - 11:25 Abordaje personalizado basado en fenotipos 11:25 - 11:45 Terapias neuromoduladores emergentes 11:45 - 12:00 Preguntas	Dr. Diego Egas (Ecuador) Dr. René Vicuña (Ecuador) Dr. Carlos Morillo (Canadá)
12H00 - 12H30	Caso Clínico Estimulación fisiológica: tendencia actual		Dr. René Vicuña (Ecuador)
12H30 - 13H30	FARAPULSE y WATCHMAN PLENARIA ECUASURGICAL		Dr. Vladimir Astudillo (Colombia)
13H30 - 14H00	RECESO		
14H00 - 15H15	ELECTROFISIOLOGÍA III Ablación de Arritmias Supraventriculares y Ventriculares Moderadores: Dra. Zanny Bastidas Dr. Gabriel Silva IRM Emiliana Arcos Panelistas: Dr. Elías Vázquez Dr. Francisco Rodríguez	14:00 - 14:15 Estado del arte de la ablación guiada por imagen 14:15 - 14:30 Ablación de sustrato en cardiopatía estructural 14:30 - 14:45 Ablación de taquicardias atriales complejas 14:45 - 15:00 Taquicardiomiopatía inducida por EV: Diagnóstico y reversibilidad 15:00 - 15:15 Preguntas	Dr. Diego Egas (Ecuador) Dr. Elías Vázquez (Ecuador) Dr. José Báez Escudero (USA) Dr. Carlos Morillo (Canadá)
15H15 - 15H45	RECESO		
15H45 - 17H00	CARDIOLOGÍA CLÍNICA I Salud Cardiovascular Moderadores: Dra. Zanny Bastidas Dr. Gabriel Silva IRM Emiliana Arcos Panelistas: Dra. Bella López Dra. Sol Calero	15:45 - 16:00 ¿Es mejor una rutina de ejercicio moderado diario o entrenamientos de alta intensidad? 16:00 - 16:15 Alimentos ultra procesados y su daño en la salud cardiovascular 16:15 - 16:30 ¿Es la restricción de carbohidratos beneficiosa para todos? 16:30 - 16:45 Restricción calórica, ayuno intermitente y longevidad cardiovascular 16:45 - 17:00 Preguntas	Dr. Juan Carlos Gaibor (Ecuador) Dra. Livia Machado (Venezuela) Dr. Luis Bermeo (Ecuador) Dra. Yedid Valcárcel (Ecuador)
17H00 - 17H45	Enfermedad cardiovascular en las Américas: Epidemiología y sus factores de riesgo		Dr. Patricio López Jaramillo (Colombia)
17H45 - 18H30	SESIÓN INAUGURAL Ingeniero Javier Contreras, Dr. Bernardo Sandoval, Dr. Vladimir Ullaui		

JUEVES, 6 DE NOVIEMBRE DE 2025

Organizado por:


Hospital Metropolitano

Con el Aval de:



07H00 - 08H50 REGISTRO Y ENTREGA DE MATERIAL			
HORA	MODULO	TEMA	CONFERENCISTA
08H55 - 09H00	BIENVENIDA		
09H00 - 10H15	PEDIATRÍA I Moderadores: Dra. Daniela Izurieta Dra. Andrea Vaca Panelistas: Dra. Lucía Gordillo Dr. Mario Rubio	09:00 - 09:15 Manejo de la Coartación aórtica nativa; cirugía vs intervencionismo 09:15 - 09:30 Detección de cardiopatías en niños deportistas: ¿Electrocardiograma obligatorio antes de la actividad deportiva? 09:30 - 09:45 ¿Cuándo Resonancia Magnética y cuándo tomografía computarizada en cardiopatía congénitas? 09:45 - 10:00 Cierre de conductos arteriosos persistentes amplios con hipertensión arterial pulmonar severa. ¿Cómo lo hago? 10:00 - 10:15 Preguntas	Dr. Luis Alfredo Romero (Ecuador) Dr. Mario Rubio (Ecuador) Dr. Gabriel Vergara (Colombia) Dr. Guillermo Aristizábal (Colombia)
10H15 - 10H45	RECESO		
10H45 - 12H00	PEDIATRÍA II Moderadores: Dra. Daniela Izurieta Dra. Andrea Vaca Panelistas: Dr. Luis Romero Dr. Carlos Alomía	10:45 - 11:00 Diagnóstico y manejo de la insuficiencia cardiaca en niños 11:00 - 11:15 Hipertensión pulmonar en cardiopatías congénitas corregidas 11:15 - 11:30 Resonancia magnética cardiaca, enfoque de miocardiopatías 11:30 - 11:45 Rehabilitación percutánea de ramas pulmonares 11:45 - 12:00 Preguntas	Dr. Mario Rubio (Ecuador) Dr. Carlos Alomía (Ecuador) Dr. Gabriel Vergara (Colombia) Dr. Guillermo Aristizábal (Colombia)
12H00 - 12H30	Corazón Malnutrido del Niño		Dra. Livia Machado (Venezuela)
12H30 - 13H30	Plenaria Ecuasurgical FARAPULSE y WATCHMAN		Dr. Vladimir Astudillo (Colombia)
13H30 - 14H00	RECESO		
14H00 - 15H15	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Moderadores: Dr. Pablo Arias Dr. Cristian Gordón Panelistas: Dr. Santiago Endara Dr. Henry Ortega	14:00 - 14:15 Cirugía de malformaciones del arco aórtico, su evolución en relación a las técnicas a utilizar. 14:15 - 14:30 Desarrollo de modelo óptimo de una unidad de Cirugía Cardiaca Pediátrica en el Ecuador y sus resultados a largo plazo. 14:30 - 14:45 ECPR (Resucitación Cardiopulmonar Extra-corpórea) Se justifica su utilización? 14:45 - 15:00 Cirugía de cambio de válvula aórtica con técnica mínimamente invasiva: ¿Cuáles son los elementos anatómicos y técnicos a tomar en cuenta para su realización? 15:00 - 15:15 Preguntas	Dr. Jaime Pinto (Ecuador) Dr. Gerardo Dávalos (Ecuador) Dr. Rodrigo Díaz (Chile) Dr. Gustavo Orellana (Ecuador)
15H15 - 15H45	RECESO		
15H45 - 17H00	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR II Moderadores: Dr. Sebastián Narváez Dr. Giancarlo Cañarte Panelistas: Dr. Gerardo Dávalos Dr. Jaime Pinto	15:45 - 16:00 Balón de Contrapulsación Intra-Aórtica, recomendaciones actuales de su uso en pacientes con choque cardiogénico 16:00 - 16:15 Manejo de la Enfermedad Valvular Aórtica en pacientes pediátricos con Síndrome de Marfan. 16:15 - 16:30 Que tan efectiva es la cirugía mínimamente invasiva de puentes coronarios en relación a permeabilidad a largo plazo y revascularización completa. 16:30 - 16:45 Regionalización de la cobertura de E.C.M.O. Que tan factible es realizarlo en hospitales privados? 16:45 - 17:00 Preguntas	Dr. Henry Ortega (Ecuador) Dr. Santiago Endara (Ecuador) Dr. Javier Maldonado (Colombia) Dr. Rodrigo Díaz (Chile)
17H00 - 17H45	Enfermedad cardiovascular en las Américas: Epidemiología y sus factores de riesgo		Dr. Patricio López Jaramillo (Colombia)
17H45 - 18H30	SESIÓN INAUGURAL Ingeniero Javier Contreras, Dr. Bernardo Sandoval, Dr. Vladimir Ullaui		

JUEVES, 6 DE NOVIEMBRE DE 2025

Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:



HORA	MÓDULOS	TEMA	CONFERENCISTA
07H30 - 08H30			
08H00 - 09H15	CARDIOLOGÍA CLÍNICA II Hipertensión arterial I Moderadores: Dr. Luis Varela Dra. María José Maldonado Panelistas: Dr. Marlon Aguirre Dr. Joffre Lara	08:00 - 08:15 Tratamiento del Paciente Hipertenso un Enfoque Latinoamericano 08:15 - 08:30 Fragilidad cardiovascular: ¿Cómo y por qué medirla? 08:30 - 08:45 ¿Debemos bajar aún más el umbral diagnóstico de hipertensión para prevenir más eventos cardiovasculares? 08:45 - 09:00 Grandes estudios poblacionales mundiales del riesgo cardiovascular. 09:00 - 09:15 Preguntas	Dr. Osiris Valdez (Rep. Dominicana) Dr. Henry De Las Salas (Chile) Dr. Fernando Wyss (Guatemala) Dr. Patricio López Jaramillo (Colombia)
09H15 - 09H45			
09H45 - 10H15	RECESO		
10H15 - 11H30	CARDIOLOGÍA CLÍNICA III Hipertensión arterial II Moderadores: Dr. Luis Varela Dra. María José Maldonado Panelistas: Dr. Vladimir Ullauri Dr. Osiris Valdez	10:15 - 10:30 Presión arterial fuera de la oficina. Variabilidad de presión arterial. 10:30 - 10:45 Uso excesivo de antihipertensivos en pacientes sin daño de órgano blanco 10:45 - 11:00 ¿Se debe tratar la hipertensión enmascarada de la misma manera que la sostenida? 11:00 - 11:15 Abordaje Integral de la Hipertensión en Pacientes con Comorbilidades Cardiorrenometabólicas 11:15 - 11:30 Preguntas	Dr. Vicente Villacreses (Ecuador) Dr. Fernando Jiménez (Ecuador) Dr. Fernando Wyss (Guatemala) Dr. Miguel Camafort (España)
11H30 - 12H00	El impacto de la Empaglifozina en el continuum cardio reno metabólico Laboratorio MEGAT		Dr. Fernando Wyss (Guatemala)
12H00 - 13H00	"Abordaje Terapéutico de la Hipertensión Arterial: La Relevancia del Control Temprano y de las Combinaciones a Dosis Fija" Plenaria ADIUM		Dr. Miguel Camafort (España)
13H00 - 14H00	RECESO		
14H00 - 15H15	CARDIOLOGÍA CLÍNICA IV Dislipidemia I Moderadores: Dr. Giuseppe Ayala Dra. Michele Cuenca IRM Daniela Benavides Panelistas: Dr. Carlos Guamán Dr. Ezequiel Forte	14:00 - 14:15 Hiperlipidemia familiar: ¿cómo diagnosticar y tratar? 14:15 - 14:30 Lp(a), es útil medirla? ¿Qué hacer con esta información? 14:30 - 14:45 Nuevos tratamientos en el manejo de las dislipidemias: el futuro es ahora 14:45 - 15:00 Posicionamiento SCCH-ALALIP-SIAC: uso racional del ácido bempedoico en LATAM 15:00 - 15:15 Preguntas	Dra. Liliana Cárdenas (Ecuador) Dr. Joffre Lara (Ecuador) Dr. Rodrigo Alonso (Chile) Dr. Carlos Ponte-Negretti (Venezuela)
15H15 - 15H45	RECESO		
15H45 - 17H00	CARDIOLOGÍA CLÍNICA V Dislipidemia II Moderadores: Dr. Giuseppe Ayala Dra. Michele Cuenca IRM Daniela Benavides Panelistas: Dr. Giovanni Escorza Dr. Rodrigo Alonso	15:45 - 16:00 Triglicéridos y HDL: ¿siguen siendo relevantes? Impacto clínico de los niveles bajos de HDL 16:00 - 16:15 Uso de ácidos grasos omega-3 en hipertrigliceridemia severa 16:15 - 16:30 Hiperlipidemia en la menopausia, es necesario tratarla? 16:30 - 16:45 Guías de dislipidemias ESC 2025. Novedades que modifican nuestra práctica clínica 16:45 - 17:00 Preguntas	Dr. Joffre Lara (Ecuador) Dr. Carlos Ponte-Negretti (Venezuela) Dra. Adriana Puente (México) Dr. José Ramón González Juanatey (España)
17H00-17H30	Aporte de Inclisiran en dislipidemias y riesgo cardiovascular Laboratorio INTERPHARM		Dr. Rodrigo Alonso (Chile)
17H30 - 18H10	Insuficiencia Cardíaca y la Cirugía de Trasplante Cardíaco en el Ecuador		Dr. Mónica Gilbert (Ecuador)

VIERNES, 7 DE NOVIEMBRE DE 2025

Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:



HORA	MÓDULOS	TEMA	CONFERENCISTA
07H30 - 08H30			
08H00 - 09H15	HEMODINAMIA Cardiopatía Isquémica I Moderadores: Dr. Luis Alberto Paucar Dra. Paulina Arteaga Panelistas: Dr. Francisco Benítez Dr. Christian Fierro	08:00 - 08:15 Indicaciones para revascularización de Oclusiones Totales Crónicas. 08:15 - 08:30 Redes de atención del infarto agudo del miocardio 08:30 - 08:45 Tiempo óptimo para revascularización del vaso no culpable en SCA. 08:45 - 09:00 Cuando revascularizar a pacientes con insuficiencia cardíaca isquémica?. El reto de la personalización 09:00 - 09:15 Preguntas	Dr. Jorge Luis Muñoz (Ecuador) Dra. Alexandra Arias (México) Dr. Ernesto Duronto (Argentina) Dr. José Ramón González Juanatey (España)
09H15 - 09H45	Presentación Caso clínico TAVI		Dr. Juan Carlos Gaibor (Ecuador) Dr. Christian Fierro (Ecuador)
09H45 - 10H15	RECESO		
10H15 - 11H30	HEMODINAMIA II Cardiopatía Isquémica I Moderadores: Dr. Luis Alberto Paucar Dra. Paulina Arteaga Panelistas: Dr. Stalin Castillo Dr. Jorge Luis Muñoz	10:15 - 10:30 Placa Vulnerable, estado actual 10:30 - 10:45 Balón liberador de drogas: ¿es el fin del STENT ? 10:45 - 11:00 Que hay de nuevo en Terapia Antiplaquetaria Doble en SCA. 11:00 - 11:15 Uso de imagen intracoronario en escenarios complejos. 11:15 - 11:30 Preguntas	Dr. Christian Fierro (Ecuador) Dr. Juan Carlos Gaibor (Ecuador) Dr. Ernesto Duronto (Argentina) Dr. Jorge Chavarria (Costa Rica)
11H30 - 12H00			
12H00 - 13H00	"Abordaje Terapéutico de la Hipertensión Arterial: La Relevancia del Control Temprano y de las Combinaciones a Dosis Fija" Plenaria ADIUM		Dr. Miguel Camafort (España)
13H00 - 14H00	RECESO		
14H00 - 15H15	INTERVENCIONISMO Y CIRUGÍA Cardiología Estructural Moderadores: Dra. Carla Tovar Dr. Gabriel Silva Panelistas: Dr. Oscar Eskola Dr. Eduardo Zea	14:00 - 14:15 Mini Coronaria, ¿realidad o mito en Ecuador? 14:15 - 14:30 Experiencia Institucional de la Cirugía de Bentall: retos, resultados y comparación con otras técnicas de reparo. 14:30 - 14:45 TAVI en Bicuspides. 14:45 - 15:00 Intervencionismo percutáneo: TAVI en TAVI 15:00 - 15:15 Preguntas	Dr. Gustavo Orellana (Ecuador) Dr. Javier Maldonado (Colombia) Dr. Jorge Chavarria (Costa Rica) Dr. Jorge Chavarria (Costa Rica)
15H15 - 15H45	RECESO		
15H45 - 17H00	MEDICINA CRÍTICA Moderadores: Dra. Katherine Fonte Dra. Zanny Bastidas Panelistas: Dr. Jorge Luis Muñoz Dr. Santiago Endara	15:45 - 16:00 Limitaciones de los scores de riesgo actuales (APACHE, SOFA, GRACE) 16:00 - 16:15 ¿Cuándo tomar la decisión del uso de E.C.M.O. en el Choque Cardiogénico? 16:15 - 16:30 Más allá del infarto: complicaciones mecánicas y el poder de la imagen 16:30 - 16:45 Optimización del manejo del choque cardiogénico para reducir desenlaces adversos. 16:45 - 17:00 Preguntas	Dr. Franklin Villegas (Ecuador) Dr. Rodrigo Díaz (Chile) Dr. José Julián Carvajal (Colombia) Dra. Alexandra Arias (México)
17H00-17H30			
17H30 - 18H10	Insuficiencia Cardíaca y la Cirugía de Trasplante Cardíaco en el Ecuador		Dra. Mónica Gilbert Ecuador)

HORA	MÓDULOS	TEMA	CONFERENCISTA
07H30 - 08H30	Historia de la Cirugía Cardíaca Desayuno B BRAUN		Dr. Bernardo Sandoval (Ecuador)
08H30 - 09H45	CARDIOLOGÍA CLÍNICA VI Diabetes Mellitus Moderadores: Dr. Luis Alberto Paucar Dra. Michele Cuenca Panelistas: Dra. Mayra Ger Dr. Joffre Lara	8:30 - 8:45 Prediabetes: diagnóstico, impacto micro y macrovascular, abordaje y prevención de diabetes tipo 2. 8:45 - 9:00 Estrategias en la reducción del riesgo CV en las personas con diabetes 9:00 - 9:15 Redefiniendo conceptos: Síndrome Cardio-Reno-Metabólico 9:15 - 9:30 AR GLP-1 & enfermedad cardiovascular: evidencia con Semaglutida. 9:30 - 9:45 Preguntas	Dr. Carolina Gómez (Argentina) Dr. Ezequiel Forte (Argentina) Dr. Carlos Ponte-Negretti (Venezuela) Dr. Roger Uzcátegui (Panamá)
09H45 - 10H15	Clínicas Interamericanas de Cardiogeriatría - SIAC Laboratorio SAVAL		Dr. Vladimir Ullauri (Ecuador) Dr. Henry de las Salas (Chile)
10H15 - 10H45	RECESO		
10H45 - 12H00	CARDIOLOGÍA CLÍNICA VII Obesidad Moderadores: Dr. Luis Alberto Paucar Dra. Michele Cuenca Panelistas: Dra. Yedid Valcárcel Dr. Fernando Wyss	10:45 - 11:00 Diabetes, desde la inflamación hasta la aterosclerosis precoz 11:00 - 11:15 Agonistas del receptor GLP1 y su rol en el tratamiento de la obesidad y la diabetes. 11:15 - 11:30 La cirugía bariátrica: ¿sigue vigente? 11:30 - 11:45 Obesidad y Lipotoxicidad: Liraglutida más allá de la pérdida de peso 11:45 - 12:00 Preguntas	Dr. Ezequiel Forte (Argentina) Dra. Carolina Gómez (Argentina) Dr. Frans Serpa (Ecuador) Dra. Karla Garay (Ecuador)
12H00 - 12H40	"Desafíos y estrategias en el manejo de la IC: diagnóstico temprano y abordaje óptimo" Conferencia BOEHRINGER INGELHEIM		Dr. José Ramón González Juanatey (España)
12H40 - 13H40	MICRA: La evolución del marcapaso hacia una era sin cables Plenaria EOS - Medtronic		Dr. Luis Gómez (Ecuador)
13H40 - 14H00	RECESO		
14H00 - 15H15	CARDIOLOGÍA CLÍNICA VIII Estratificación de Riesgo Cardiovascular Moderadores: Dr. Luis Varela Dr. Daniel Zurita Panelistas: Dr. Ernesto Peñaherrera Dr. Osiris Valdez	14:00 - 14:20 The Modern Preventive Landscape – Overview of Preventive Care and Risk Stratification in the Modern Era – Including data on Lipoprotein a and/or CAC score CT. 14:20 - 14:40 Aterosclerosis subclínica en el continuo de la enfermedad cardiovascular. 14:40 - 15:00 SCORE SIAC-LATAM: Una respuesta para América Latina 15:00 - 15:15 Preguntas	Dr. Ryan Sandoval (USA) Dra. Adriana Puente (México) Dr. Carlos Ponte-Negretti (Venezuela)
15H15 - 15H45	RECESO		
15H45 - 17H00	CARDIOLOGÍA CLÍNICA IX Cardio-oncología Moderadores: Dr. Luis Varela Dr. Daniel Zurita Panelistas: Dr. Marlon Aguirre Dr. Gabriel Zambrano	15:45 - 16:00 Terapias oncológicas y riesgo cardiovascular 16:00 - 16:15 Rol de la imagen en cardio-oncología 16:15 - 16:30 Abordaje cardiológico en el paciente oncológico 16:30 - 16:45 iSGLT2 en la cardioprotección de la Cardioncología 16:45 - 17:00 Preguntas	Dr. Iván Maldonado (Ecuador) Dra. Tanya Padilla (Ecuador) Dr. Joffre Lara (Ecuador) Dr. Vicente Villacreses (Ecuador)
17H00 - 17H30	"El lenguaje de la imagen en el diagnóstico de las Miocardiopatías: Énfasis en el fenotipo hipertrófico" Conferencia BMS - BIOPAS		Dr. José Julián Carvajal (Colombia)
17H30 - 18H15	The Story of the Human Genome Project: Decoding the Human Blueprint		Dr. Eric Green (Estados Unidos)

SÁBADO, 8 DE NOVIEMBRE DE 2025

Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:



HORA	MÓDULOS	TEMA	CONFERENCISTA
07H30 - 08H30	Historia de la Cirugía Cardíaca Desayuno B BRAUN		Dr. Bernardo Sandoval (Ecuador)
08H30 - 09H45	IMAGEN I Ecocardiografía Moderadores: Dr. Carlos Almeida Dr. Fabian Salazar Panelistas: Dr. Carlos Guamán Dra. Adriana Puente	08:30 - 08:45 La evaluación ecocardiográfica de la amiloidosis cardíaca 08:45 - 09:00 Evaluación integral ecocardiográfica de la Aurícula izquierda 09:00 - 09:15 Los criterios diagnósticos de severidad de las valvulopatías en ecocardiografía 09:15 - 09:30 Ecocardiografía 3D de las cámaras derechas, entendiendo e interpretando la información 09:30 - 09:45 Preguntas	Dr. Tanya Padilla (Ecuador) Dr. Vladimir Ullauri (Ecuador) Dr. Marlon Aguirre (Ecuador) Dr. Rodrigo Barretto (Brasil)
09H45 - 10H15	Presentación de Caso Clínico Cierre percutáneo de FOP		Dr. Juan Carlos Gaibor (Ecuador) Dr. René Vicuña (Ecuador)
10H15 - 10H45	RECESO		
10H45 - 12H00	IMAGEN II Imagen Cardíaca en Intervencionismo Moderadores: Dra. Michelle Narváez Dr. Francisco Guerra Panelistas: Dra. Tanya Padilla Dra. Adriana Puente	10:45 - 11:00 Score de calcio coronario: indicaciones e interpretación 11:00 - 11:15 Tratamiento transcáteter de la válvula mitral " TEER o not TEER"? 11:15 - 11:30 La imagen multimodal en el viaje de un paciente con lesión coronaria crónica 11:30 - 11:45 Imagen multimodal en la selección de pacientes para TAVI 11:45 - 12:00 Preguntas	Dr. Carlos Guamán (Ecuador) Dr. Rodrigo Barretto (Brasil) Dr. Giovanni Escorza (Ecuador) Dra. Alejandra Montero (Ecuador)
12H00 - 12H40	"Desafíos y estrategias en el manejo de la IC: diagnóstico temprano y abordaje óptimo" Conferencia BOEHRINGER INGELHEIM		Dr. José Ramón González Juanatey (España)
12H40 - 13H40	MICRA: La evolución del marcapaso hacia una era sin cables Plenaria EOS - Medtronic		Dr. Luis Gómez (Ecuador)
13H40 - 14H00	RECESO		
14H00 - 15H15	INSUFICIENCIA CARDÍACA I Moderadores: Dra. Marisol Cárdenas Dra. María José Maldonado Panelistas: Dr. Vicente Villacreses Dr. Giovanni Escorza	14:00 - 14:15 Diástole 2025, ¿cuál es el concepto hoy, cómo utilizarlo de forma racional? 14:15 - 14:30 Hierro en insuficiencia cardíaca: de la teoría a la práctica médica. 14:30 - 14:45 Utilidad clínica de los biomarcadores en IC 14:45 - 15:00 Manejo precoz e intenso de la insuficiencia cardíaca al alta de un episodio agudo. 15:00 - 15:15 Preguntas	Dr. Rodrigo Barretto (Brasil) Dr. Marlon Aguirre (Ecuador) Dr. Miguel Camafort (España) Dra. Alexandra Arias (México)
15H15 - 15H45	RECESO		
15H45 - 17H00	INSUFICIENCIA CARDÍACA II Moderadores: Dra. Marisol Cárdenas Dra. María José Maldonado Panelistas: Dr. Vladimir Ullauri Dr. Fernando Wyss	15:45 - 16:00 Cardiomiopatía diabética: ¿Realidad o ficción? 16:00 - 16:15 Estrategias terapéuticas en el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca con comorbilidades. 16:15 - 16:30 Futuro de la insuficiencia cardíaca. ¿Qué podemos esperar los clínicos? 16:30 - 16:45 Impacto de la rehabilitación cardíaca en la capacidad funcional de los pacientes con IC a pesar de FEVI baja. 16:45 - 17:00 Preguntas	Dr. Ezequiel Forte (Argentina) Dr. Miguel Camafort (España) Dr. José Ramón González Juanatey (España) Dr. Juan Sarmiento (Colombia)
17H00 - 17H30	Todos los IECAS son iguales? Un análisis basado en resultados clínicos LABORATORIO SANDOZ		Dr. Yan Carlos Duarte (Ecuador)
17H30 - 18H15	The Story of the Human Genome Project: Decoding the Human Blueprint		Dr. Eric Green (Estados Unidos)

SÁBADO, 8 DE NOVIEMBRE DE 2025

Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:



HORA	MÓDULOS	TEMA	CONFERENCISTA
07H30 - 08H30	Cardioimagen en el Paciente Oncológico y el Papel del Photon Counting CT en la Caracterización Anatómica, Funcional y Tisular. Desayuno SIEMENS		Dr. Gabriela Rivas (Ecuador) Dr. Douglas Silva (Brasil Siemens Healthneers)
08H30 - 09H15	Charla Daniel Pinto - MEDALLISTA OLÍMPICO		
09H15 - 10H30	MÓDULO CARDIOLOGÍA X Métodos diagnósticos para todos Moderadores: Dra. Marisol Cárdenas Dr. Daniel Zurita IRM Miguel Sansur Panelistas: Dra. Livia Machado Dra. Carolina Gómez	09:15 - 09:30 Cuando pedir y como interpretar el MAPA 09:30 - 09:45 Como hacer una evaluación antropométrica en el consultorio. 09:45 - 10:00 La Bioimpedancia: ¿qué es y cómo se interpreta? 10:00 - 10:15 ¿Cómo definir hipertensión arterial en 2025? 10:15 - 10:30 Preguntas	Dr. Ernesto Peñaherrera (Ecuador) Dr. Yedid Valcárcel (Ecuador) Dr. Luis Bermeo (Ecuador) Dr. Ernesto Peñaherrera (Ecuador)
10H30 - 11H00	RECESO		
11H00 - 12H15	MÓDULO CARDIOLOGÍA XI Los 10 mensajes de las Guías 2025 ESC Moderadores: Dra. Marisol Cárdenas Dr. Daniel Zurita IRM Miguel Sansur Panelistas: Dr. Christian Fierro Dr. Ezequiel Forte	11:00 - 11:15 Miocarditis - Pericarditis 11:15 - 11:30 Valvulopatías 11:30 - 11:45 Salud Mental y Enfermedad cardiovascular 11:45 - 12:00 Enfermedad cardiovascular y Embarazo 12:00 - 12:15 Preguntas	Dr. Tanya Padilla (Ecuador) Dr. Eduardo Zea (Ecuador) Dr. Ricardo Freille (Ecuador) Dr. Alexandra Arias (México)
12H15 - 13H00	Conferencia de Cierre At The Forefront of Genomics: Making Genomic Medicine a Reality		Dr. Eric Green (Estados Unidos)
13H00	PREMIOS - RECONOCIMIENTOS Y CLAUSURA		
13H30	EVALUACIÓN		

DOMINGO, 9 DE NOVIEMBRE DE 2025	HORA	MÓDULOS	TEMA	CONFERENCISTA
	07H30 - 08H30	Cardioimagen en el Paciente Oncológico y el Papel del Photon Counting CT en la Caracterización Anatómica, Funcional y Tisular. Desayuno SIEMENS		Dra. Gabriela Rivas (Ecuador) Dr. Douglas Silva (Brasil Siemens Healthneers)
	08H30 - 09H15	Charla Daniel Pintado - MEDALLISTA OLÍMPICO		
	09H15 - 10H30	REHABILITACIÓN CARDIACA Moderadores: Dr. Víctor Arias Dra. Paulina Arteaga IRM Salomé Salas Panelistas: Dr. Giovanni Escorza Dra. Tanya Padilla	09:15 - 09:30 ¿Por qué ejercicio de resistencia muscular en rehabilitación cardíaca? 09:30 - 09:45 Enfermedad arterial coronaria en atletas. 09:45 - 10:00 Cuál es el momento óptimo para iniciar el programa de rehabilitación cardíaca? 10:00 - 10:15 ¿Cómo está estructurada una clínica de rehabilitación cardíaca. 10:15 - 10:30 Preguntas	Dr. Juan Sarmiento (Colombia) Dra. Sol Calero (Ecuador) Dr. Juan Sarmiento (Colombia) Lcda. Valeria Verdesoto (Ecuador)
	10H30 - 11H00	RECESO		
	11H00 - 12H15	INTELIGENCIA ARTIFICIAL I Moderadores: Dr. Víctor Arias Dr. Santiago Muñoz IRM Salomé Panelistas: Dr. Juan Carlos Gaibor Dr. Santiago Endara	11:00 - 11:15 Perspectivas de la investigación cardiovascular en la era de la IA. 11:15 - 11:30 Medicina de precisión 11:30 - 11:45 Aplicaciones de IA en biomecánica cardiovascular 11:45 - 12:00 ¿Los dispositivos wearables pueden mejorar la prevención? 12:00 - 12:15 Preguntas	Dr. Esteban Ortiz Prado (Ecuador) Dr. Fernando Wyss (Guatemala) Dr. Esteban Patricio Ortiz (Ecuador) Dr. Miguel Camafort (España)
	12H15 - 13H00	Conferencia de Cierre At The Forefront of Genomics: Making Genomic Medicine a Reality		Dr. Eric Green (Estados Unidos)
	13H00	PREMIOS - RECONOCIMIENTOS Y CLAUSURA		
	13H30	EVALUACIÓN		

EL HOSPITAL METROPOLITANO, presenta el:



Curso
Internacional
**ESTÁNDARES Y
VANGUARDIA**
EN CARDIOLOGÍA Y ENFERMEDAD
CARDIOVASCULAR

PROGRAMA ACADÉMICO

TALLERES

CON EL AVAL DE:

HORARIOS

JUEVES 6 DE NOVIEMBRE	
HORA	TALLER
08h00 - 12h00	Consenso Cardio DM SIAC Salón Isabel La Católica 1
15h00 - 17h00	Taller de Enfermería Salón Isabel La Católica 1

VIERNES 7 DE NOVIEMBRE	
HORA	TALLER
8h00 - 12h00	Simposio Fibrilación Auricular
14h00 - 17h30	Salón Isabel La Católica 1

SÁBADO 8 DE NOVIEMBRE	
HORA	TALLER
8h00 - 12h00	Taller Ejercicio TEORÍA - Parte 1 Salón Isabel La Católica 2
9h00 - 12h00	Taller Ecocardiografía GoldHealth GE Dr. Jose Julian Carvajal Salón Isabel La Católica 1
14h00 - 18h00	CURSO BLS Salón Isabel La Católica 1

DOMINGO 9 DE NOVIEMBRE	
HORA	TALLER
8h00 - 12h00	Taller Ejercicio PRÁCTICA - Parte 2 Salón Isabel La Católica 1

Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:



HORA: 08H00 - 12H00	
6 DE NOVIEMBRE DE 2025 DISCUSIÓN DE MÓDULOS	Fernando Wyss CARDIÓLOGO - GUATEMALA
	Vladimir Ullauri CARDIÓLOGO - ECUADOR
	Carlos Ponte CARDIÓLOGO - VENEZUELA
	Adriana Puente CARDIÓLOGA - MÉXICO
	Yedid Valcárcel NUTRIÓLOGA - ECUADOR
	Rodrigo Alonso INTERNISTA - CHILE
	Carolina Gómez Miguel Camafort INTERNISTA - ESPAÑA
	Osiris Valdez Ezequiel Forte CARDIÓLOGO - ARGENTINA
	CARDIÓLOGO - REPÚBLICA DOMINICANA
	Joffre Lara Terán Henry de la Salas CARDIO GERIATRA - CHILE
	CARDIÓLOGO - ECUADOR
	Andrés Arteaga Fernando Jiménez NEFRÓLOGO - ECUADOR
	INTERNISTA - ECUADOR
	Patricio López-Jaramillo Karla Garay ENDOCRINÓLOGA - ECUADOR
	ENDOCRINÓLOGO - COLOMBIA
	Livia Machado José Gabriel Zambrano CARDIÓLOGO - ECUADOR
	PEDIATRA - VENEZUELA
	Liliana Cárdenas Bella López NUTRIÓLOGA - ECUADOR
	CARDIÓLOGO - ECUADOR
	Mayra Ger Esteban Ortiz Prado INVESTIGADOR - ECUADOR
	DIABETÓLOGA - ECUADOR

MÓDULOS	TEMA	COORDINADORES
	Introducción	Dr. Fernando Wyss
	Epidemiología de la DM2 en Latinoamérica	Dr. Fernando Wyss
	Estratificación de Riesgo del Paciente Diabético	Dr. Vladimir Ullauri
	Obesidad en el paciente con Diabetes Mellitus	Dra. Carolina Gómez
	COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES DE LA DM2:	
	Cardiopatía Isquémica	Dr. Daniel Piskorz
	Evento Cerebrovascular	Dra. Adriana Puente
	Enfermedad Arterial Periférica	Dr. Osiris Valdez
	Insuficiencia Cardíaca	Dr. Miguel Camafort
	Nefropatía Diabética	Dr. Fernando Jiménez
	Hígado Graso No Alcohólico	Dr. Rodrigo Alonso
	Fibrilación Auricular	Dr. Carlos Ponte
	Estudios complementarios	Dra. Ana Munera
	Recomendaciones farmacológicas	Dr. Ezequiel Forte
	Recomendaciones no farmacológicas	Dra. Yedid Valcárcel
	Conclusiones	Dr. Fernando Wyss Dr. Vladimir Ullauri

TALLER DE ENFERMERÍA

VIERNES, 6 DE NOVIEMBRE	HORA	TEMA	CONFERENCISTA
	14H00 - 14H30	Rol de la enfermera en estudios diagnósticos no invasivos en consulta externa de la unidad de cardiología y orejuela	Lcda. Lorena Calderón
	14H30 - 14H50	Rol de la enfermera en cuidados intensivos para recepción de pacientes postcirugía cardíaca/post intervencionismo con estándares de seguridad	Lcda. Evelyn Torres Lcda. Mayra Albuja
	14H50 - 15H10	Rol de la enfermera en la preparación de la sala de hemodinamia para procedimientos diagnósticos e intervencionismo	Lcda. Sonia Peñafiel
	15H10 - 15H40	Rol de la enfermera en el manejo de perfusión	Lcda. Ana Romo
	TALLER EN GRUPOS		
	15H45 - 16H15	Holter arritmias/Telemetría/Monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) /Electrocardiograma.	Lcda. Valeria Verdezoto Lcda. Lorena Calderón
	16H15 - 16H45	Escalas de valoración/Preparación de medicación especial/Monitoreo/ manejo de coche de paro y desfibrilador.	Lcda. Evelyn Torres Lcda. Mayra Albuja
	16H45 - 17H15	TAVI Cateterismo cardíaco Marcapasos	Lcdo. Steven Nasimba Lcda. Sonia Peñafiel Lcda. Vicky Tituaña
	17H15	CIERRE DEL TALLER	

Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:



MÓDULO	HORA	TEMA	CONFERENCISTA
Módulo 1: Fisiopatología y Epidemiología Actual Moderadores: Dr. René Vicuña - Dr. Carlos Guamán	08:05 - 08:20	Disfunción auricular y de orejuela, aporte del eco	Dr. Marlon Aguirre
	08:20 - 08:35	Fibrosis auricular y RMN.	Dr. Carlor Guamán
	08:35 - 08:50	Relación FA ictus: datos epidemiológicos recientes	Dra. Verónica Montilla
	08:50 - 09:05	Nuevos mecanismos de Fibrilación Auricular	Dr. Carlos Morillo
	09:05 - 09:15	PREGUNTAS	
Módulo 2: Diagnóstico y Estratificación Moderadores: Dr. Alexander Ruales - Dr. Mario Viteri	09:15 - 09:30	ECG y otros dispositivos en el diagnóstico de Fibrilación Auricular	Dra. María Dolores Peña
	09:30 - 09:45	Update en Escalas de riesgo de AVC	Dr. René Vicuña M.
	09:45 - 10:00	ESV frecuentes y de alta carga	Dr. Francisco Rodríguez
	10:00 - 10:15	Sistema nervioso autónomo y Fibrilación Auricular	Dr. Diego Egas
	10:15 - 10:30	PREGUNTAS	
Módulo 3: Tratamiento de la FA Moderadores: Dr. Elías Vásquez - Dr. René Vicuña	10:30 - 10:45	Control de ritmo: Los fármacos y más allá de ellos	Dr. Diego Egas
	10:45 - 11:00	Control de frecuencia: hasta cuando	Dr. Luis Gómez
	11:00 - 11:15	Ablación de nodo AV una opción aún válida. ¿Para quiénes?	Dr. Elías Vásquez
	11:15 - 11:30	Reingeniería Mental en la Fibrilación auricular y anticoagulación	Dr. Renato Rotemberg
	11:30 - 11:45	PREGUNTAS	
12h00 - 14h00		RECESO - ALMUERZO	
Módulo 4: Anticoagulación en FA - PARTE I Moderadores: Dra. Dolores Peña - Dr. Francisco Rodríguez	14:00 - 14:15	Manejo de sangrados y reversión	Dr. David Garrido
	14:15 - 14:30	Función cognitiva, AVC y Corazón silente	Dra. Aglaé Duplat
	14:30 - 14:45	Anticoagulantes de acción directa en el 2025	Dr. Juan Pablo Costabel
	14:45 - 15:00	PREGUNTAS	
Módulo 5: Anticoagulación, Escenarios complejos - PARTE II Moderadores: Dr. Luis Gómez - Dr. Alexander Ruales	15:00 - 15:15	FA e Insuficiencia cardíaca	Dr. Alexander Ruales
	15:15 - 15:30	Interacciones farmacológicas relevantes en Anticoagulación	Dra. Dolores Peña
	15:30 - 15:45	Ablación de FA y Cierre de Orejuela	Dr. José Llorente
	15:45 - 16:00	PREGUNTAS	
Módulo 6 Tratamiento Intervencionista actual de la Fibrilación auricular Moderadores: Dr. Luis Hallón - Dr. José Llorente	16:00 - 16:20	Crioablación en el 2025: eficacia y seguridad actual	Dr. José Baez Escudero USA
	16:20 - 16:40	Seguridad y eficacia de la PFA para la Fibrilación Auricular persistente	Dr. Carlos Morillo
	16:40 - 17:00	Fluoroscopia o mapeo 3D en la ablación por PFA	Dr. Luis Gómez
	17:00 - 17:15	Evidencia clínica actual del Sistema PFA VOLT	Dr. José Llorente
	17:15 - 17:30	Técnicas emergentes en Fibrilación Auricular	Dr. Luis Hallón
	17:30 - 17:40	PREGUNTAS	
17:45		CIERRE	

VIERNES, 7 DE NOVIEMBRE

Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:



CURSO TALLER: CERTIFICACION INTERNACIONAL ACSM
EN PRESCRIPCION DEL EJERCICIO- EXERCISE IS MEDICINE ECUADOR

PARTE 1: TEÓRICA - MAGISTRAL (Salón Isabel La Católica 2)

HORA	TEMA	CONFERENCISTA
SÁBADO, 8 DE NOVIEMBRE	07h55 - 08h30	INTRODUCCIÓN Y BIENVENIDA
		EVALUACIÓN PRE REQUISITOS
	08h30 - 09h15	Beneficios de la actividad física y ejercicio para la salud: evidencia científica Dr. Santiago Garcia Cardiólogo Intervencionista
	09h15 - 10h00	Tamizaje: Evaluación de Riesgo antes de iniciar un programa de ejercicio Dra. Margarita Pico Médica especialista en Medicina del Deporte
	10h00 - 10h15	RECESO
	10h15 - 10h45	Sinergia: Ejercicio, Nutrientes e Hidratación, la triada inseparable para una vida saludable Dra. Bella López Médica Nutrióloga
	10h45 - 11h30	Principios y recomendaciones de la prescripción de ejercicio Dr. Juan Santamaría Médico especialista en Medicina del Deporte
	11h30 - 12h00	Muertes Súbita Dr. Juan Carlos Gaibor Cardiólogo Intervencionista

PARTE 2: PRÁCTICA (Salón Isabel La Católica 1)

HORA	ACTIVIDAD
DOMINGO, 9 DE NOVIEMBRE	CONFORMACIÓN EQUIPOS DE TRABAJO
	MEDIDAS OBJETIVAS:
	Salud
	Composición Corporal
	Flexibilidad
	Fuerza Muscular
	Capacidad Aeróbica
	EVALUACIÓN FINAL
	CIERRE

Organizado por:


Hospital
Metropolitano

Con el Aval de:

Taller:
Hacia la precisión en valvulopatías:
Cuantificación estructural y funcional con imagen 3D/4D



Expositor:

Dr. José Julian Carvajal

Especialista en Imagen Cardíaca Multimodalidad



Sábado, 8 de Noviembre



Quito, Hotel Hilton Colón



09:00 AM



Contáctanos: 098 987 3689



GOLDHEALTH
ESPECIALISTAS EN EQUIPOS MÉDICOS



GE HealthCare
Distribuidor Autorizado

Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:



TALLER BLS - AHA



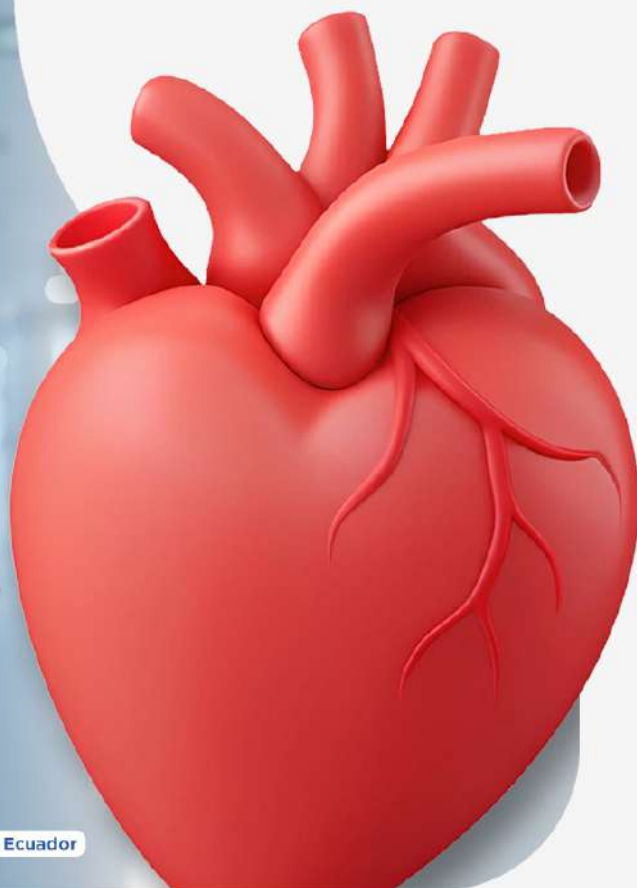
~~Precio normal: \$130~~
Precio especial: \$115

SOLO para asistentes del Curso Internacional
Estándares y Vanguardia en Cardiología y
Enfermedad Cardiovascular

CUPOS LIMITADOS

 8 de noviembre de 2025

 Hotel Hilton Colón | Quito, Ecuador



Organizado por:

h Hospital
Metropolitano

Con el Aval de:



SIAC
SOCIEDAD INTERAMERICANA
DE CARDIOLOGÍA

udla

EL HOSPITAL METROPOLITANO, presenta el:



Curso
Internacional
**ESTÁNDARES Y
VANGUARDIA**
EN CARDIOLOGÍA Y ENFERMEDAD
CARDIOVASCULAR

PÓSTERES CIENTÍFICOS

CASOS

CON EL AVAL DE:

ANOMALIA DE EBSTEIN MÁS COMUNICACIÓN INTERAURICULAR TIPO OSTEUM SECUNDUM: REPORTE DE CASO

Henry Ortega*, C. Alejandro Mora, Esthefany N. Siavichay,
Servicio de Cirugía Cardiotorácica, Hospital Metropolitano de Quito, Ecuador.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Ebstein con CIA tipo ostium secundum es una cardiopatía congénita caracterizada por el desplazamiento apical de la válvula tricúspide, que causa insuficiencia tricúspide y atrialización del ventrículo derecho. La CIA permite un shunt derecha-izquierda, originando cianosis y sobrecarga auricular derecha.

EPIDEMIOLOGÍA

Representa aproximadamente < 1% de todas las cardiopatías congénitas y casi el 90% de los casos está asociado a CIA tipo ostium secundum.



PRESENTACIÓN DE CASO

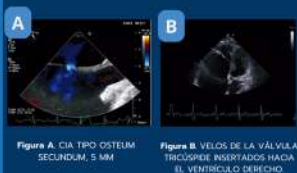
Paciente femenina, 39 años de edad.
App: isquemia cerebral transitoria.

Cuadro de 4 meses de marco, afasia, monoparesia braquial derecha, dolor en piernas, dolor abdominal y disnea grado III. Clase funcional II.

Ecocardiograma: anomalía de Ebstein con DETERIORO EN LA FUNCIÓN DEL VD HASTA 31%, CIA de 5 mm tipo ostium secundum con QP/QS 2:2, aumento importante de las cavidades derechas + atrialización del VD, además de insuficiencia tricúspide discreta con Psvd de 30 mmHg.

Ausencia de proteína S.

IMÁGENES



PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Desinserción de valvas tricúspideas y reposición hacia plano anatómico con plicatura ventricular para corrección de anomalía de Ebstein (cirugía de Carpentier) más colocación de anillo de anuloplastia más cierre de comunicación interauricular con parche pericárdico.



Figura C. Tejido ventricular atrializado (flecha azul), defecto septal interauricular (flecha negra).



Figura D. Anillo de Carpentier, válvula reimplantada por técnica de Carpentier y competente.



Figura E. Radiografía de control postquirúrgico inmediato.

- En su transquirúrgico inmediato pasa a la unidad de cuidados intensivos.
- Al segundo día postquirúrgico se retira tubo mediastinal y egresa a hospitalización general.
- Al cuarto día se retira los tubos pleurales y leads de marcapasos.
- Es dada de alta en buenas condiciones al 5to día postquirúrgico.

DISCUSIÓN

El síndrome de Ebstein se caracteriza por el desplazamiento apical de los velos septal y posterior de la válvula tricúspide, lo que causa atrialización del ventrículo derecho y regurgitación tricúspidea. Frecuentemente se asocia a una CIA tipo ostium secundum, que genera un shunt derecha-izquierda, aumentando la hipoxemia y cianosis. La gravedad clínica depende del desplazamiento valvular, el tamaño del ventrículo derecho funcional y el flujo interauricular. El diagnóstico se basa en la ecocardiografía, complementada con el electrocardiograma, que puede mostrar sobrecarga auricular derecha y arritmias por vías accesorias. El pronóstico es variable, las formas leves pueden ser asintomáticas, mientras que las severas requieren cirugía (reparación o reemplazo valvular, cierre de la CIA) o incluso trasplante cardíaco en casos avanzados.

CONCLUSIÓN

La intervención quirúrgica, que incluyó la reparación de la válvula tricúspide y el cierre de la comunicación interauricular, demuestra la efectividad de un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de cardiopatías complejas. La colaboración entre cardiólogos, cirujanos y demás especialidades, fue fundamental para el éxito de la cirugía.

REFERENCIAS

1. Gupta A, Prabhu MA, Anderson RD, Prasad SR, Campbell T, Turnbull S, et al. Ebstein's anomaly: an electrophysiological perspective. J Interv Card Electrophysiol [Internet]. 2024;67(4):887-900. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10840-024-0744-8>
2. Singh DP, Hussain K, Horenstein MS, et al. Ebstein Anomaly and Malformation. [Updated 2024 Feb 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK534824/>

El Corazón en Imágenes: Resonancia Magnética Cardíaca y su Impacto en la Práctica Clínica

Autores: Carlos Almeida Cedeño, M.D.^{1,2}; Dra. Alejandra Montero²
¹ Médico Residente de Imagenología, UIDE. ² Servicio de Imagen, Hospital Metropolitano

INTRODUCCIÓN

La resonancia magnética cardíaca (RMC) es la principal modalidad de diagnóstico no invasivo para un amplio número de enfermedades cardiovasculares.

En la actualidad se considera el **Estándar de Oro** ya que proporciona información completa sobre la morfología, la función, el flujo y las características tisulares del miocardio.

Dentro de las aplicaciones disponibles en RMC se detallan las secuencias de cine, perfusión miocárdica, realce tardío de gadolinio, mapas paramétricos e imágenes sensibles al flujo (1).

El realce tardío de gadolinio muestra las zonas de cicatriz, fibrosis e infiltración como áreas de alta intensidad de señal debido a una mayor captación y un lavado retardado de los agentes de contraste basados en gadolinio (2).

Actualmente, los valores de los mapas T1, T2 y volumen extracelular (VEC) se reconocen no sólo como biomarcadores sólidos para el diagnóstico de miocardiopatías, sino también como factores predictivos para el seguimiento y el pronóstico del tratamiento (1).

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente femenina de 46 años con antecedente de disección espontánea de la arteria coronaria descendente anterior, 2 meses después se solicita RMC para valorar viabilidad miocárdica. En la Fig. 1, se evidencia adelgazamiento en el segmento apical inferior, septal y ápex puro (flecha en A) con realce tardío subendocárdico concomitante (flechas en B), lo que traduce miocardio no viable. No hay incremento del tiempo en los mapas T1 lo que sugiere ausencia de fibrosis intersticial difusa miocárdica.

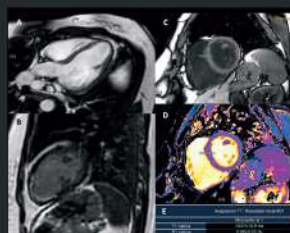


Fig 1. Secuencias: cine (A), realce tardío de gadolinio (B), y mapas T1 con resultados (C, D, E).

Caso 2

Paciente masculino de 39 años con dolor torácico, presenta elevación de Troponina I a 428, con alteraciones electrocardiográficas inespecíficas. Se solicita RMC ante la sospecha de miocarditis (Fig. 2). Se evidencia leve hiperintensidad subepicárdica en pared lateral de segmentos basales y medios y en el pericardio en las secuencias STIR (A), con realce tardío subepicárdico concomitante (B y C). En los mapas paramétricos se aprecia incremento en T2 (D), T1 (E), T1 post-contraste y VEC (F). Estos hallazgos sugieren miocarditis viral, confirmando el diagnóstico de miocarditis secundaria a Parvovirus B19.

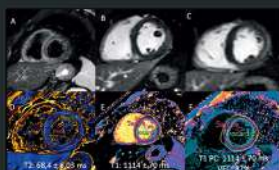


Fig 2. Secuencias: STIR (A), realce tardío de gadolinio (B y C), mapas T2 (D), mapas T1 nativo (E) y mapas T1 post-contraste (F).

Caso 3

Paciente masculino de 52 años con discomfort torácico y clínica inespecífica. Se solicita RMC (Fig. 2) por sospecha de cardiomiopatía infiltrativa, evidenciando realce tardío de tipo parchado (A), con mapas T2 en límites máximos de la normalidad e incremento en los mapas T1, hallazgos sugerentes de Amiloidosis cardíaca, la cual fue confirmada con gammagrafía.

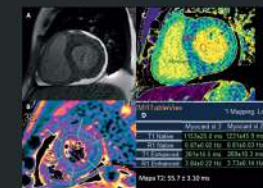


Fig 3. Secuencias: realce tardío de gadolinio (A), mapas T2 (B), mapas T1 (C) y resultados de los mapas (D).

DISCUSIÓN

La resonancia magnética cardíaca es una técnica indispensable en la evaluación de las enfermedades cardiovasculares tal como se demuestra en los casos clínicos, evidenciando su utilidad en varias patologías tanto isquémicas, inflamatorias y de depósito (1).

Los diferentes patrones de realce tardío permiten evaluar las posibles etiologías de las miocardiopatías, como en el caso de miocarditis que tiene una localización subepicárdica o en el infarto miocárdico, donde se demuestra un realce subendocárdico, con patrón coronario. Además el complemento de los mapas paramétricos permite un diagnóstico muy específico.

CONCLUSIÓN

La Resonancia Magnética Cardíaca es cada vez más utilizada en la evaluación de enfermedades cardiovasculares, considerándose actualmente la modalidad de imagen cardíaca no invasiva más importante.

REFERENCIAS

1. Rajiah PS, François CJ, Leiner T. Cardiac MRI: State of the Art. Radiology. 1 de mayo de 2023;307(3).
2. Messroghli DR, Moon JC, Ferreira VM, Grosse-Wortmann L, He T, Kellman P, et al. Clinical recommendations for cardiovascular magnetic resonance mapping of T1, T2, T2* and extracellular volume: A consensus statement by the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance (SCMR) endorsed by the European Association for Cardiovascular Imaging (EACVI). Vol. 19, Journal of Cardiovascular Magnetic Resonance. BioMed Central Ltd.; 2017.

“El corazón que desafió la anatomía: manejo integral de una intervención cavo-pulmonar compleja.”

Daniel Alejandro Zurita Velasco 1
Juan Carlos Gallo Barba 2

INTRODUCCIÓN

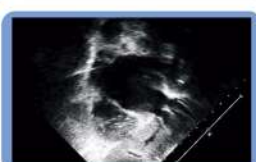
La transposición de grandes vasos (TGA) asociada a ventrículo único constituye una de las cardiopatías congénitas más complejas, caracterizada por una fisiología univentricular que requiere estrategias quirúrgicas paliativas, culminando con la cirugía cavo-pulmonar. Este procedimiento busca optimizar la eficiencia circulatoria mediante la separación del flujo venoso sistémico del pulmonar, mejorando la oxigenación y la supervivencia.

Sin embargo, a pesar del éxito quirúrgico inicial, los pacientes pueden desarrollar complicaciones tardías que incluyen la formación de colaterales aortopulmonares, insuficiencia valvular auriculoventricular y dilatación progresiva de la raíz aórtica. La vigilancia hemodinámica continua mediante ecocardiografía y cateterismo cardíaco resulta esencial para la detección precoz de dichas alteraciones y la prevención del deterioro funcional.

REPORTE DE CASO

Varón de 23 años con diagnóstico neonatal de TGA y ventrículo único, sometido a derivación cavo-pulmonar a los 11 años de edad y ligadura de la vena cava superior derecha cuatro años después. En controles de seguimiento, el ecocardiograma evidenció doble vía de entrada al ventrículo único, situs ambiguo visceral, insuficiencia moderada de la válvula auriculoventricular izquierda y dilatación significativa de la aorta ascendente, con imposibilidad de estimar la presión sistólica pulmonar.

Se programó cateterismo cardíaco derecho e izquierdo, con evidencia de colateral de gran calibre originada en el tronco de la arteria pulmonar que drena parcialmente en aurícula derecha. La lesión fue tratada exitosamente mediante oclusión percutánea completa, con mejora clínica posterior y estabilidad hemodinámica en el seguimiento inmediato.



DISCUSIÓN

La paliación tipo cirugía correctiva de Kawasaki ha mejorado de forma sustancial la expectativa de vida en pacientes con fisiología univentricular, su evolución a largo plazo continúa siendo desafiante. Las colaterales pulmonares representan una causa frecuente de hipoxemia, y sobrecarga de volumen, cuya corrección mediante técnicas intervencionistas es fundamental.

La evaluación multimodal —integrando ecocardiografía, resonancia y cateterismo— permite un abordaje preciso y oportuno de las complicaciones. Este caso ilustra la importancia de la monitorización estructural y funcional continua, así como la necesidad de intervenciones tempranas para preservar la función ventricular sistémica.



CONCLUSIÓN

El seguimiento multidisciplinario periódico es esencial en pacientes post-cirugía cavo-pulmonar para identificar y tratar complicaciones estructurales o hemodinámicas. La oclusión percutánea de colaterales pulmonares constituye una estrategia efectiva que contribuye a mantener la estabilidad clínica. Este caso resalta la relevancia del abordaje individualizado en cardiopatías univentriculares con variantes anatómicas complejas, como situs ambiguo visceral y doble vía de entrada, reafirmando la importancia de la vigilancia continua para optimizar los resultados a largo plazo.

1. ALUMNO DE ESPECIALIZACIÓN EN CARDIOLOGÍA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CARDIOLOGÍA, HOSPITAL METROPOLITANO DE QUITO, ECUADOR.
2. ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA INTERVENCIÓN, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CARDIOLOGÍA, HOSPITAL METROPOLITANO DE QUITO, ECUADOR.

Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:



HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR POR NEOATEROESCLEROSIS TARDÍA DEL STENT

Fonte Melendres K.¹ Fierro Rency C.² Jiménez Jaramillo F.³
1. Médico posgradista de Medicina Interna del Hospital Metropolitano
2. Cardiólogo-Intervencionista del Hospital Metropolitano
3. Nefrólogo del Hospital Metropolitano

INTRODUCCIÓN

La estenosis de la arteria renal afecta aproximadamente al 6.8% de los adultos mayores de 65 años, pudiendo causar hipertensión y enfermedad renal crónica. (1) El tratamiento oportuno puede mejorar el control tensional y retrasa la progresión de la enfermedad renal crónica. La reestenosis por neoateroesclerosis puede producir las mismas complicaciones, por lo que la elección entre terapia médica o intervención debe individualizarse (2)

CASO CLÍNICO:

Varón de 69 años con hipertensión, ERC G3aA1, infarto renal en el polo inferior izquierdo por disección espontánea de la arteria renal tratada con stent. En 2025 presenta cefalea, elevación de presión arterial y creatinina. Estudios de imagen evidencian reestenosis intrastent >90% en el borde distal del stent y vaso sano de la arteria renal. Gammagrafía renal con captopril: función relativa izquierda 29% (Figura 1) Se realiza angiografía y angioplastia intrastent con balones medicados. Obstrucción residual del 10% en el ramo polar inferior posterior al procedimiento



FIGURA 1: Línea del tiempo



IMAGEN 3: IVUS de la arteria renal izquierda PRE- POST intervención

IMAGEN 4: Angioplastia intrastent

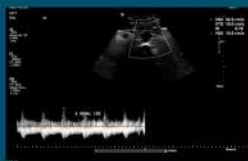


IMAGEN 1: Ecografía doppler renal

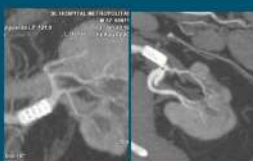


IMAGEN 2: Angiotomografía comparativa 2015-2025

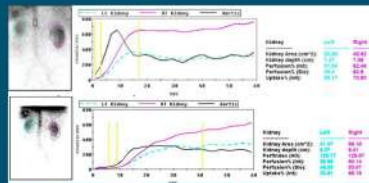


IMAGEN 5: Gammagrafía fase vascular PRE-POST intervención

DISCUSIÓN

La neoateroesclerosis es una causa infrecuente de falla del stent. En reestenosis de arteria renal, los ensayos clínicos no han demostrado beneficios claros de la revascularización frente al manejo médico. Por ello, el intervencionismo se reserva para casos especiales. (1) En este paciente, una reunión multidisciplinaria determinó el beneficio de revascularización para preservar la función renal residual.

CONCLUSIÓN

A pesar de que el intervencionismo en la reestenosis de la arteria renal no cuenta con el suficiente respaldo científico, las condiciones de cada paciente toma mayor relevancia al momento de tomar decisiones entre un manejo clínico versus revascularización. Este es un caso único ya que por primera vez en nuestro medio se reporta estenosis de la arteria renal por neoateroesclerosis. (1) En este caso, mejoró la función renal global (47 a 66 ml/min/1.73m²) y del riñón izquierdo (13.3 a 22 ml/min/1.73m²), además; se logró disminuir dosis de antihipertensivos.

REFERENCIAS

- Bhalla V, Textor SC, Beckman JA, Casanueva AI, Cooper CJ, Kim ESH, et al. Revascularization for Renovascular Disease: A Scientific Statement from the American Heart Association. Vol. 79, Hypertension. Lippincott Williams and Wilkins; 2022. p. E128-45.
- Silva J, Tanheiro J, Rodrigues F. The "Silent Enemy" Called Renal Artery Stenosis: A Mini-Review. Vol. 4, Journal of Vascular Diseases. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); 2025.

VALORACIÓN DE LA RESISTENCIA A LA INSULINA CON EL ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS-GLUCOSA EN ADOLESCENTES

Mayo Peña Laura¹, Avellán Wong Carlos¹, Toro Arvelaiz Nilmar¹, Franco Vivas Julio¹
¹ Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador



Introducción

La valoración de la resistencia a la insulina (RI) es significativa en la práctica clínica. El índice de triglicéridos-glucosa (ITyG) es una herramienta diagnóstica para determinar RI.

Objetivo

Valorar la resistencia a la insulina con la determinación de un punto de corte óptimo del ITyG en adolescentes de una comunidad rural del Ecuador.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo y transversal. Ingresaron 48 adolescentes, ambos sexos, edades de 12 a 18 años, en consulta del Hospital Cristiano de Especialidades, Milagro, julio a septiembre 2025. Se realizó encuesta socio demográfica, medición de índice de masa corporal (IMC), presión arterial, glicemia y triglicéridos. Para el diagnóstico de RI se utilizó los criterios de la Federación Internacional de Diabetes (IDF) para población adolescente. En el análisis se utilizaron tablas de frecuencias, mediana y Prueba del Chi cuadrado. Se seleccionó a la población de referencia según criterios clínicos y metabólicos para trazar curvas ROC, con el fin de determinar el punto de corte óptimo según la sensibilidad y la especificidad. El índice TyG se calculó según la ecuación: $\log [\text{triglicéridos en ayunas (mg/dl)} \times \text{glucosa en ayunas (mg/dl)}] / 2$.

	N	Mínimo	Máximo	Medio	Desviación	Cut-offs
SEXO (femenino)	28					
EDAD (años)	48	11	18	14.58	1.833	10-18
IMC (kg/m ²)	48	132.39	177.00	157.509	9.81594	1.24-1.474
PERÍODO	48	30.30	91.60	54.6105	13.4896	30-91
PRESIÓN ARTERIAL (SISTOLICA (mmHg))	48	78	148	106.56	13.781	77-176
PRESIÓN ARTERIAL (DIASTOLICA (mmHg))	48	55	90	67.46	8.885	54-90
FRECUENCIA CARDÍACA (bpm)	48	57	104	79.67	11.563	54-104
Índice de Masa Corporal (IMC, kg/m ²)	48	14.35	32.55	21.6175	4.21918	18-32
PERÍODO (meses)	48	11.8	44.8	12.863	4.7141	11-44
GLUCEMIA (mg/dL)	48	78	109	88.68	8.716	78-109
TRIGLICÉRIDOS (mg/dL)	48	97	213	160.15	32.116	97-213
ÍNDICE TyG	48	4.51	4.97	4.7264	0.1038	4.51-4.97

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA, SECTOR LAS PAÑAS, CANTÓN MILAGRO, ECUADOR, SEPTIEMBRE 2025.

Referencias bibliográficas:

- Vega-Cárdenas M, Flores-Sánchez J, Torres-Rodríguez ML, Sánchez-Amass O, Vargas-Morales JM, Cossio-Torres PE, Terán-García M, Aradillas-García C; UP-AMIGOS Team. Distribución del índice triglicéridos y glucosa (TyG) y el modelo homeostático para la evaluación de la resistencia a la insulina en la adolescencia tardía en mexicanos. *Nutr Hosp*. 2022;39(6):1349-1356. doi:10.20960/nh.04120.
- Horáková D, Štěpánek L, Janout V, Janoutová J, Pastucha D, Kolářová H, et al. Optimal homeostasis model assessment of insulin resistance (HOMA-IR) cut-offs: a cross-sectional study in the Czech population. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(5):158. doi:10.3390/medicina55050158.

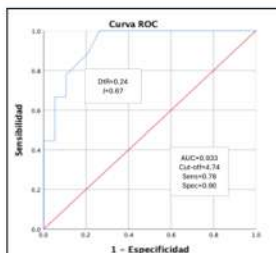


Gráfico 1. CURVA DE CARACTERÍSTICA OPERATIVA DEL RECEPTOR (ROC) PARA EL ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS-GLUCOSA EN LA POBLACIÓN FEMENINA

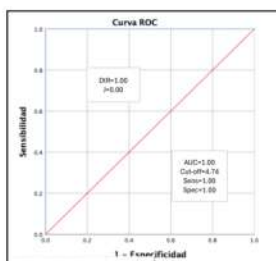


Gráfico 2. CURVA DE CARACTERÍSTICA OPERATIVA DEL RECEPTOR (ROC) PARA EL ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS-GLUCOSA EN LA POBLACIÓN MASCULINA

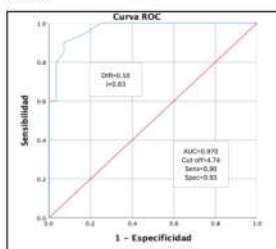


Gráfico 3. CURVA DE CARACTERÍSTICA OPERATIVA DEL RECEPTOR (ROC) PARA EL ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS-GLUCOSA EN LA POBLACIÓN TOTAL

Resultados

La edad promedio fue de 14,50 \pm 1,83 años, sexo femenino 28 individuos (58,3%), el IMC promedio fue de 21,91 \pm 4,21 kg/m². La analítica sanguínea demostró la glucemia 86,60 \pm 5,71 mg/dL y triglicéridos 150,15 \pm 33,51 mg/dL. El índice TyG en la población fue de 4,72 \pm 0,11 (hombres: 4,70 \pm 0,10 vs. mujeres: 4,75 \pm 0,12; $p = 0.152$).

El punto de corte óptimo general fue de 4,74, con una sensibilidad del 90 % y una especificidad del 93% (AUC = 0,970; DfR:0,10, J:0,83). El punto de corte según sexo fue en femenino de 4,74, con una sensibilidad del 78 % y una especificidad del 90% (AUC = 0,933; DfR:0,24, J:0,67) y en masculino de 4,74, una sensibilidad del 100 con % y una especificidad del 100% (AUC = 1,00; DfR:1,0, J:0,00).

Conclusiones

El índice TyG es una medida de interés para identificar la RI en la población adolescente. Proponemos un único punto de corte de 4,74 para clasificar a los adolescentes con RI, en este corte poblacional un valor alto del índice TyG puede indicar un mayor riesgo de desarrollar resistencia a la insulina, obesidad y diabetes tipo 2, e incluso el riesgo cardiovascular. Se necesita más investigación para estandarizar puntos de corte específicos para esta población.

COARTACIÓN AÓRTICA CRÍTICA CASI INTERRUPCIÓN DEL ARCO AÓRTICO, EN PACIENTE PEDIÁTRICO: ANGIOPLASTIA CON STENT CUBIERTO.

Karla Bungacho García

Médico Posgradista de Pediatría. Universidad Internacional del Ecuador. Hospital Metropolitano

1 INTRODUCCIÓN

La coartación de aorta representa el 6-8% de cardiopatías congénitas ($\approx 4/10\ 000$ nacidos vivos). Su presentación clínica varía según la edad del paciente y la severidad de la obstrucción. La aortoplastia con colocación de stent se ha consolidado como una alternativa segura y eficaz a la cirugía abierta, especialmente en escolares y adolescentes con coartación aórtica nativa. Este caso evidencia el éxito del abordaje endovascular con stent en una coartación crítica en edad pediátrica.

2 REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 8 años, previamente sano, que acudió por cefalea tras traumatismo occipital por caída desde su propia altura. Durante la evaluación se evidencia presiones arteriales sobre el percentil 99, persistentes pese al control del dolor. La toma de presión arterial en las cuatro extremidades reveló valores elevados en miembros superiores y un diferencial mayor a 20 mmHg respecto a los miembros inferiores con ausencia de pulsos pedios, sugiriendo coartación de aorta. La angiotomografía confirmó una coartación de aorta pos-subclavia izquierda con estenosis de 2.5 mm y dilatación postestenótica de 18 mm. Se realizó angioplastia con stent recubierto, logrando reducir el gradiente de presión aórtica de 45 mmHg a 5 mmHg y ampliar el lumen de 1 mm a 8.3 mm. La evolución postoperatoria fue favorable, con normalización progresiva de la presión arterial y adecuado control tensional en el seguimiento.

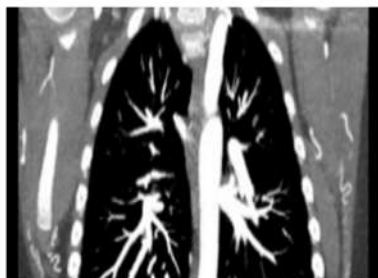


Imagen 1: Angiotomografía de aorta, corte coronal. Posterior al origen de la subclavia izquierda se observa coartación la cual mide 2.5mm, la aorta torácica desciende por el lado izquierdo y presenta una dilatación postestenótica la cual mide 18mm.



Imagen 2: Aortoplastia con colocación de un stent aórtico guiado por angiografía, corte sagital.

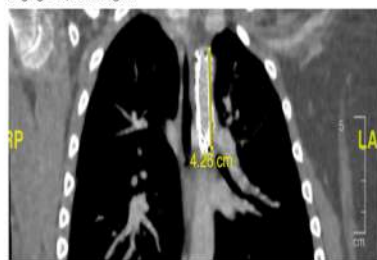


Imagen 3: Angiotomografía de aorta post procedimiento, corte coronal. Presencia de stent metálico hacia el istmo aórtico, el cual tiene una longitud aproximada de 4.3 cm.

4 DISCUSIÓN

La coartación aórtica puede permanecer asintomática durante la infancia, detectándose de manera incidental. Durante la valoración de hipertensión en niños se debe medir la presión en las cuatro extremidades y palpar los pulsos periféricos.

En pacientes a partir de la edad escolar la angioplastia con stent recubierto representa una alternativa segura y eficaz frente a la cirugía abierta. Ofrece menor invasividad, pronta recuperación y menor estancia en cuidados intensivos. Se requiere seguimiento a largo plazo para monitorizar re-estenosis y adaptación del stent al crecimiento del paciente.

5 CONCLUSIÓN

Este caso demuestra la efectividad del tratamiento endovascular en coartación crítica pediátrica contribuyendo al conocimiento existente, y la importancia del adecuado diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Weber HS, Cyran SE. Endovascular stenting for native coarctation of the aorta is an effective alternative to surgical intervention in older children: Endovascular stenting for native coarctation. *Congenit Heart Dis* [Internet]. 2008;3(1):54-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1747-0803.2007.00148.x>
- Mageed NA. Anesthetic management of surgical repair of coarctation of aorta in neonates and infants. *Anaesthesia & Surgery Open Access Journal* [Internet]. 2020;1(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33552/asoj.2020.01.000523>

Organizado por:


Hospital Metropolitano

Con el Aval de:



Conexión Anómala Parcial Mixta de Venas Pulmonares Supracardiacas, Infracardiacas y una Extranumeraria, Detalle de Caso

AUTORES: María José Muñoz Sancho^a, Diego Estéfano Viteri Intríago^a, Dr. Gabriel Vergara^a, Dr. Luis Alfredo Romero Montalvo

uolb

1 INTRODUCCIÓN

La conexión anómala parcial mixta de venas pulmonares (CAPVP) es una cardiopatía congénita cianótica extremadamente rara, en la que parte del retorno venoso pulmonar drena hacia la aurícula izquierda (AI) y otra parte hacia el sistema venoso. Representa apenas el 0,4-0,7 % de las conexiones anómalas parciales. Según la clasificación de Darling, los tipos de drenaje son supracardiaco, cardíaco, infracardiaco y mixto, siendo este último el menos frecuente y de mayor complejidad diagnóstica.

2 REPORTE DE CASO

Recién nacido masculino que, a los 45 minutos de vida, presentó episodio de desaturación, manejado de forma conservadora y dado de alta. A los cuatro meses ingresó nuevamente por dificultad respiratoria y desaturación. El ecocardiograma evidenció defecto interauricular (CIA) ostium secundum no restrictivo, insuficiencia pulmonar y tricúspide leve y sospecha CAPVP con cortocircuito de derecha a izquierda, cavidades derechas dilatadas e hiperflujo pulmonar.

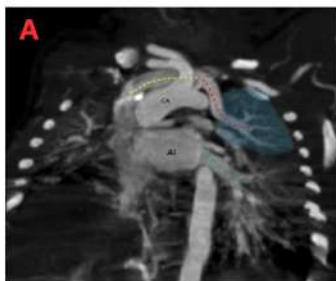


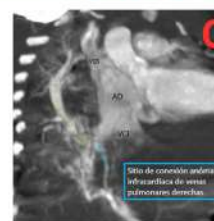
Figura A: Corte coronal - Rojo: Vena Pulmonar Superior Izquierda → Vena Innominada (amarillo)- Verde: Vena Pulmonar Inferior Izquierda Conectada a la Aurícula Izquierda

La angiotomografía mostró: un drenaje anómalo de venas pulmonares: venas pulmonares derechas superior e inferior conectadas a VCI, venas pulmonares izquierdas hacia AI y una vena pulmonar extranumeraria drenando en la innominada. Fue a cirugía correctiva, donde realizan una reconexión total de las venas pulmonares hacia la AI, restableciendo el flujo venoso normal sin complicaciones inmediatas.

Tras dos semanas de hospitalización con un índice de mortalidad postquirúrgica de <0,1%, el paciente evolucionó favorablemente, actualmente presenta clase funcional I saturación del 93%, FC 124 TA de 90/50 mmHg.



B. Corte Sagital: Rojo: Vena Pulmonar Superior Derecha- Azul: Vena Pulmonar Inferior Derecha



C. Coronal-Oblicuo- Amarillo: Vena Pulmonar Superior Derecha. Azul: sitio de conexión anómala.

3 DISCUSIÓN

CPAVP, es una variante rara, con una incidencia de apenas 0,4-0,7 %, su rareza reside en la coexistencia de 5 venas pulmonares con drenajes atípicos en distintos territorios vasculares, permitiendo una compensación hemodinámica parcial gracias al mantenimiento de un drenaje venoso normal hacia la AI.

Las manifestaciones clínicas incluyen infecciones respiratorias recurrentes y alta mortalidad (1/7) sin corrección temprana. En nuestro caso, el pronóstico fue favorable al tratarse de una conexión parcial. Estudio del 2025 reporta alta prevalencia de CIA, hallazgo también presente en nuestro caso, junto a una vena pulmonar extranumeraria. De 42 casos reportados de CAPVP mixtas, ocho fallecieron por la complejidad del procedimiento. Nuestro caso destaca por su variabilidad anatómica inédita drenaje parcial mixto y vena pulmonar extranumeraria con pronóstico postoperatorio favorable.

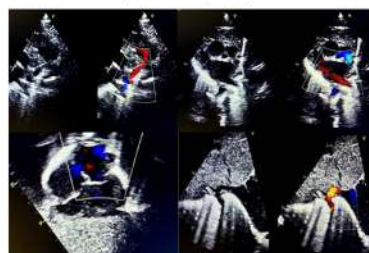


Figura 2. Ecocardiograma

4 CONCLUSIÓN

La CAPVP constituye una anomalía poco frecuente cuya asociación con CIA y vena pulmonar extranumeraria incrementa su complejidad anatómica y quirúrgica. Este caso demuestra que el diagnóstico temprano y la reconexión quirúrgica precisa permiten resultados exitosos para futuros estudios sobre el manejo de estas variantes anatómicas excepcionales

REFERENCIAS:

- Alamir-Naranjo J, Inguilla-Coyla M, Barrera-Colin M, et al. Dual drainage total anomalous pulmonary venous connection: Diagnosis by cardiac computed tomography angiography. J Am Coll Cardiol Case Rep. 2025; Sep;30(26): doi:10.1016/j.jaccas.2025.104891
- Dawary M, Khouqeer F, Issa Z, Alkhalaf L, Alshamdin F, Griselli M. Outcomes of complete repair of mixed-type total anomalous pulmonary venous return. J Updates Cardiovasc Med. 2024;12(4):142-154. doi:10.32596/jucvmi.galenos.2024.2024.32.87

EL CORAZÓN DESMOSOMAL: EXPRESIÓN CARDÍACA DEL SÍNDROME DE CARVAJAL

Dra Yadira Pillajo / Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Dr Carlos Alomía / Hospital Pediátrico Baca Ortiz

Introducción

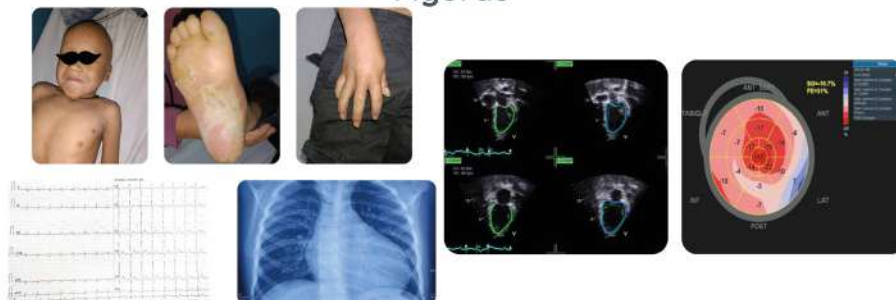
-El Síndrome de Carvajal es un síndrome cardiocutáneo hereditario poco común causado por las variantes del gen desmoplaquina, que fue descubierto y descrito en 1998 por el dermatólogo ecuatoriano Dr. Luis Carvajal-Huerta, con afectación principalmente del ventrículo izquierdo. Este síndrome es raro y no se han reportado muchos casos en todo el mundo.

Reporte de caso

- Paciente de 6 años, hijo de padres no consanguíneos. Al nacer, presentó genodermatosis, durante su infancia temprana se evidenció dermatosis generalizada, alopecia de cejas, pápulas y placas eritematosas con centro costroso hemorrágico principalmente a nivel periorificial (figura 1) (figura 2). A nivel cardíaco, ruidos cardíacos rítmicos normofonéticos soplo sistólico en foco mitral grado 2/6 a nivel inguinal eritema intertrigo y xerodermia, hiperqueratosis ungueal y corniñas en uñas de pies, lesiones dolorosas que limitan la movilidad.

- Se realiza electrocardiograma (figura 3) y radiografía de tórax (figura 4) se observa cardiomegalia a expensas de ventrículo izquierdo, ecocardiograma (figura 5) miocardiopatía dilatada FEVI 30% strain global -9.9%, con exoma que reporta: Variantes patogénicas en el gen DSP se asocian a miocardiopatía dilatada con pelo lanoso, queratodermia y agenesia dentaria. Al momento el paciente se encuentra en manejo multidisciplinario por parte de Dermatología y Cardiología optimizando medicación para manejo de insuficiencia cardíaca.

Figuras



Discusión

-El caso presentado corresponde a un paciente pediátrico de 6 años: pelo lanoso, queratodermia palmoplantar, alteraciones dentarias y miocardiopatía dilatada del ventrículo izquierdo, confirmada por hallazgos ecocardiográficos (FEVI 30%) y estudios genéticos que evidenciaron mutaciones patogénicas en el gen DSP, confirmando el diagnóstico de síndrome de carvajal autonómico recesivo.

-Este patrón ha sido descrito en los reportes originales de Carvajal-Huerta (1998) y en estudios posteriores que confirman la asociación con afectación del ventrículo izquierdo.

-El pronóstico de los pacientes depende del grado de disfunción ventricular y del control de las arritmias ventriculares o la insuficiencia cardíaca progresiva. En algunos casos se ha descrito la necesidad de dispositivos de asistencia ventricular o incluso trasplante cardíaco. Sin embargo, la detección y manejo temprano pueden mejorar la supervivencia y la calidad de vida.

Conclusión

-Desafío diagnóstico y terapéutico por su rareza y su combinación única de manifestaciones cutáneas y cardíacas.

-Legado del Dr. Luis Carvajal-Huerta, cuyo hallazgo en Ecuador continúa contribuyendo al entendimiento global de las genodermatosis hereditarias con compromiso cardíaco.

-Este caso contribuye a la literatura internacional al documentar un ejemplo temprano y completo de presentación clínica confirmada genéticamente.

**Hospital
Metropolitano**

Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:



Hipertensión secundaria por displasia fibromuscular renal asociada a disección coronaria espontánea en mujer joven

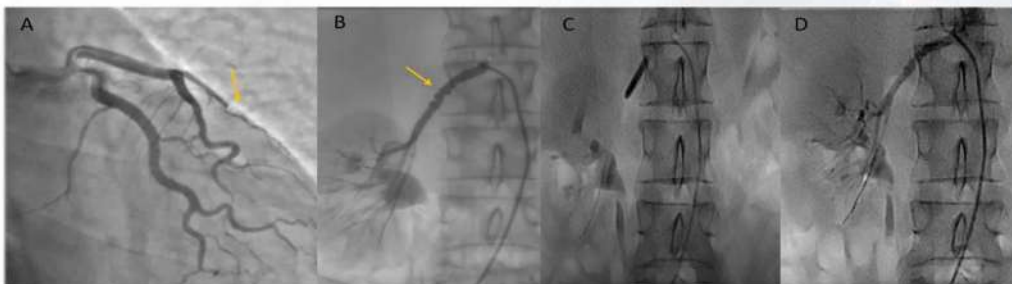
María Augusta Tinoco Lara., Miguel Camafort Babkowski.
Pontificia Universidad Católica del Ecuador., Hospital Clínic de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial secundaria representa menos del 10% de los casos de hipertensión en adultos, pero su diagnóstico temprano es crucial en mujeres jóvenes sin factores de riesgo ateroesclerótico. Entre sus causas menos frecuentes se encuentra la displasia fibromuscular (FMD), una arteriopatía no inflamatoria ni ateroesclerótica que puede afectar múltiples territorios vasculares, incluidos los coronarios, donde se asocia con disección coronaria espontánea (SCAD). La coexistencia de ambas entidades refleja un espectro común de fragilidad arteriolar y requiere un abordaje diagnóstico integral y multidisciplinario.

CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años, sin antecedentes relevantes, acude por dolor torácico urente de inicio súbito. El ECG evidenció elevación del ST en cara anterior, compatible con un infarto agudo de miocardio con elevación del ST (KILLIP 1). La coronariografía mostró disección espontánea en la descendente anterior distal (SCAD tipo 2), sin lesiones ateroescleróticas, por lo que se instauró manejo conservador con doble antiagregación y control de la presión arterial. Una resonancia magnética vascular evidenció morfología arrosariada de ambas arterias renales, sugestiva de FMD. Un renograma con captopril confirmó hipertensión renovascular derecha. Ante persistencia de hipertensión, se realizó angioplastia con balón de la arteria renal derecha, con mejoría morfológica y estabilidad hemodinámica. Un año después, la paciente presenta nuevo episodio de angina; la coronariografía mostró resolución de la disección previa en DA y una nueva SCAD tipo 2 en la circunfleja distal, nuevamente manejada de forma conservadora. La evolución posterior fue favorable, con control tensional y función ventricular preservada.



A. Coronariografía: disección de tercio distal de DA. B. Imagen tortuosa que determina estenosis de arteria renal. C. Intervencionismo con balón de arteria renal derecha. D. Restablecimiento del flujo de arteria renal.

DISCUSIÓN

La asociación entre FMD y SCAD se observa hasta en el 60–70% de los casos de disección coronaria no ateroesclerótica, lo que sugiere una predisposición estructural común del tejido arterial. El reconocimiento de esta relación es esencial para orientar el estudio vascular y prevenir recurrencias. En este caso, la angioplastia renal fue útil para mejorar el control tensional, mientras que el manejo médico coronario permitió una evolución sin complicaciones.

CONCLUSIÓN

La hipertensión secundaria por FMD debe sospecharse en mujeres jóvenes con SCAD o hipertensión resistente. El diagnóstico integral y el manejo individualizado optimizan el pronóstico y evitan procedimientos innecesarios.

¹ Saw J, et al. Spontaneous coronary artery dissection: association with fibromuscular dysplasia and clinical implications. *Circ Cardiovasc Interv.* 2017;10(9):e004386.
² Olin JW, et al. Fibromuscular dysplasia: state of the science and critical unanswered questions. *Circulation.* 2014;129(9):1048–76.

**Infarto agudo de miocardio asociado a Aneurisma
Coronario Gigante de Arteria Descendente Anterior.
Caso clínico.**

Jonathan Melena- Zapata¹, Sonia Moreta¹, Gabriela Santamaría¹, Juan Carlos Gaibor Barba² Giovanni Escorza Vélez²,
1 Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2 Hospital Metropolitano. Quito, Ecuador.

Introducción

La dilatación de un segmento coronario mayor o igual a 1,5 veces del segmento normal adyacente define el aneurisma de arteria coronaria (AAC). Un diámetro mayor a cuatro veces o superior a 20 mm define un aneurisma coronario gigante (GCAA). La incidencia de AAC varía entre el 0,3 y 5,3%.

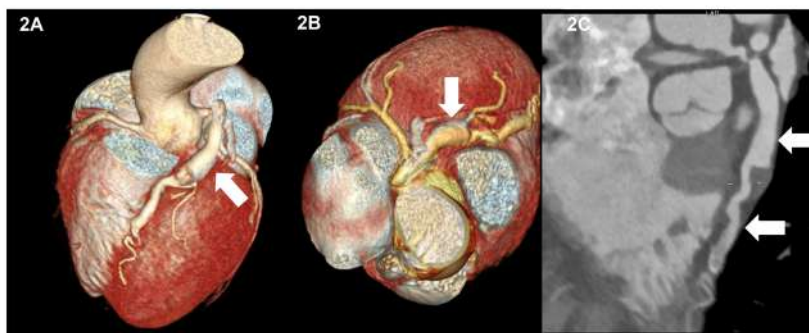
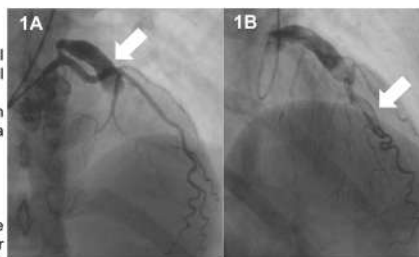
Descripción de caso clínico

SF, 48 años con angina estable de un año de evolución CCS II. Ingres a emergencia por dolor precordial intenso de 6 horas de evolución con elevación de troponinas sin cambios dinámicos del ST. La angiografía coronaria es el procedimiento diagnóstico de referencia porque informa sobre la ubicación y posibles complicaciones, sin embargo, puede subestimar el tamaño real y la oclusión o IAMSEST. En cinecoronariografía se identificó un AAC presencia de trombos. La angiogramografía coronaria desde tercio proximal hasta medio de ADA con es la estrategia diagnóstica no invasiva de referencia para la oclusión total y flujo TIMI 0 (figura 1A), sin otras complicaciones. La ausencia de claras indicaciones de balón convencional seguida de bolo intracoronario de tirofiban con flujo final TIMI 2 y BLUSH 2 (figuras 1B). Según el CAAR Registry, la anticoagulación no es superior frente a la terapia antiplaquetaria y no presenta diferencias respecto a la incidencia de MACE. Por su parte, los datos sobre el tratamiento de AAC mediante ICP y angioplastia coronaria son limitados.

Discusión

Los AAC generalmente son asintomáticos y su presentación depende del tamaño, la estenosis arterial concomitante y las complicaciones relacionadas. La angina es el síntoma más frecuente y no se relaciona con la presencia de placas coronarias, sino con el flujo comprometido y la reducción de perfusión miocárdica, y lavado lento de contraste por lo que se decidió como lo evidenciado en nuestro caso.

La estrategia terapéutica óptima estandarizada para los GCAA no es definitiva y algunas situaciones específicas pueden definir la adopción de una estrategia frente a otra. En nuestra paciente, el GCAA se presentó como IAMSEST con alta carga trombótica y lavado lento de contraste por lo que se decidió angioplastia coronaria y antiagregación plaquetaria.



Oncoterapia y Descontrol Hipertensivo: Cuando la Eficacia Oncológica Amenaza al Sistema Cardiovascular

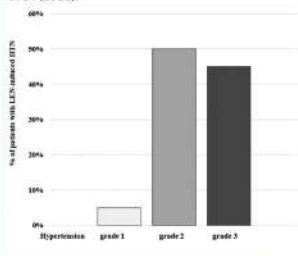
¹Jissela Reinoso, ¹Oscar Velasco, ¹Steven Guezada, ²Marlon Aguirre
¹Posgraduados de Cardiología, Universidad de Las Américas
²Cardiólogo, Hospital Metropolitano de Quito, Ecuador.

Introducción

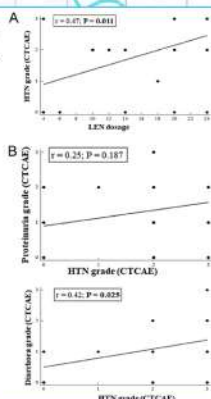
Los avances terapéuticos en oncología han incrementado la supervivencia, pero también la incidencia de cardiotoxicidad, destacando hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y eventos trombóticos. La activación inmunoinflamatoria y la disfunción endotelial inducidas por terapias dirigidas, especialmente por inhibidores de tirosinaquinasa, se relaciona con efectos adversos como: hipertensión arterial (10 a 30%), miocarditis (2%), insuficiencia cardíaca (3%), arritmias y pericarditis en <1%. El reconocimiento y manejo precoz de estas complicaciones es esencial para reducir la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

Serie de casos

Lenvatinib induce hipertensión arterial por inhibición de la vía VEGF-VEGFR, lo que genera disfunción endotelial, vasoconstricción e inflamación vascular; este mecanismo inmunoinflamatorio explicado por Xiao & Harrison (2024) se traduce clínicamente en una alta incidencia de HTA severa (≈40-45 %) según Colombo et al. (2023).

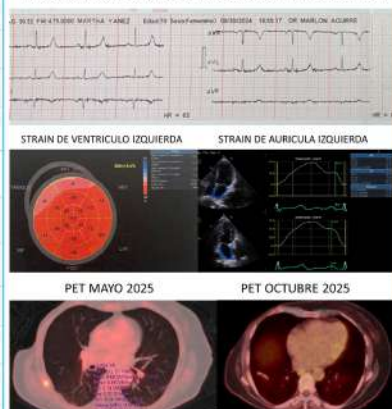


Prevalencia y grado de hipertensión arterial (HTA) en pacientes tratados con lenvatinib



Reporte de caso clínico

Mujer de 70 años con adenocarcinoma tiroideo, tratado con quimio radioterapia y cirugía. Complicado con metástasis a pulmón y costillas. Inicio tratamiento con lenvatinib, desarrolla hipertensión arterial grado 2 de aparición temprana; además microalbuminuria significativa (388mg/L; ACR:826mg/g). Fue tratada con: Irbesartán, Empagliflozina y Doxazosina, con resultado favorable demostrado por control de tensión arterial y reducción de la microalbuminuria 186mg/L; ACR666 mg/g. Por dislipidemia, se administró rosuvastatina/ezetimibe. PET-CT de control no se evidencia actividad tumoral, decidiendo por oncología suspender terapia con lenvatinib. Paciente en clase funcional I, asintomática cardiovascular en la actualidad.



Discusión y Conclusión

Bibliografía:

- Xiao L, Harrison DG. Immune and inflammatory mechanisms in hypertension. Nat Rev Nephrol. 2024;20(2):85-99. doi:10.1038/s41581-023-00730-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41581-023-00730-8>
- Colombo C, Ceruti D, De Leo S, Bilo G, Trevisan M, Giancola N, et al. Management of hypertension during lenvatinib for advanced thyroid cancer: a suggested diagnostic and therapeutic algorithm. Eur Thyroid J. 2023 Aug 1;32.

Discusión:

La HTA inducida por lenvatinib es una complicación frecuente (≈70 %), secundaria a la inhibición VEGF-VEGFR, que causa vasoconstricción y daño endotelial. Puede asociarse a proteinuria y disfunción ventricular subclínica. El tratamiento con irbesartán y empagliflozina mejora el control hemodinámico y permite continuar la terapia oncológica, resaltando el rol clave de la cardio-oncología.

Conclusiones:

El Lenvatinib genera HTA severa lo cual provoca un daño endovascular e inflamación hecho que es potencialmente reversible, dado por disfunción endotelial e inflamación. El manejo cardio-oncológico precoz es esencial para reducir la morbilidad cardiovascular.

Organizado por:

Hospital Metropolitano

Con el Aval de:



Organizado por:

Hospital Metropolitano

Con el Aval de:



PERICARDECTOMÍA ROBÓTICA SUBTOTAL BILATERAL SIN CEC

1era. Cirugía Robótica Cardíaca del país

Dr. Oscar Eskola, Dr. Francisco Altamirano, Dr. Carlos Romero

HOSPITAL METROPOLITANO

Introducción

La pericarditis constructiva (PC) es una enfermedad rara (<0,3% de hospitalizaciones cardíacas), potencialmente letal sin tratamiento quirúrgico, caracterizada por engrosamiento y calcificación del pericardio que limita el llenado ventricular y provoca falla cardíaca derecha progresiva¹.

La pericardectomía radical es el tratamiento definitivo, pero la vía convencional por esternotomía tiene morbilidad del 15-25% y mortalidad perioperatoria del 5-10%¹. La cirugía robótica permite mínima invasión, visualización 3Dx10, instrumentos de precisión milimétrica y reducción del trauma y sangrado en 40-60% frente a técnicas abiertas².

Objetivo

Reportar el primer caso nacional de pericardectomía subtotal bilateral asistida por robot sin CEC, destacando aspectos técnicos, resultados hemodinámicos y evolución clínica.



Caso Clínico

Varón de 72 años con disnea progresiva (NYHA III-IV) y edema periférico.

Antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia.

Estudios:

- RM cardíaca: pericardio engrosado de 5 mm con realce tardío y dilatación biventricular severa; fisiología constructiva confirmada.
- Ecocardiograma: FEVI del 58%, sin derrame.
- TAC: calcificación difusa sin compromiso coronario, coronarias indemnes.
- Se indicó pericardectomía por refractariedad clínica.



Técnica Quirúrgica

Abordaje bilateral robótico (Da Vinci Xi®) con seis puertos 8-11 mm dispuestos entre los espacios intercostales 3-5-11-2 (línea axilar anterior a media).

Apertura longitudinal del pericardio y resección circunferencial completa (~85% del espesor total), hasta exponer aurícula derecha y ventrículos derecho e izquierdo, preservando nervios frénicos.

- Sin CEC.
- Tiempo operatorio: 435 min.
- Pérdida hemática: 150 mL (-65% vs abierto)³.
- Drenajes 24 Fr bilaterales.



Evolución, Resultados y Seguimiento

Extubación inmediata. UCI 48 h sin vasopresores. Alta día 6.

Gasto cardíaco preoperatorio: 2.6 L/min → posoperatorio inmediato: 5.7 L/min (+119%). Índice cardíaco: 1.9 → 3.8 L/min/m² (+100%).

Seguimiento 12 meses:

- FEVI 56-60%, sin recurrencia ni disfunción significativa.
- Reincorporación total a actividad física.

FLUJO

GC

2.6

L/min

IC 1.4

L/min/m²

FLUJO

GC

5.7

L/min

IC 3.1

L/min/m²

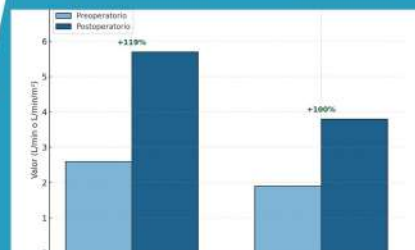
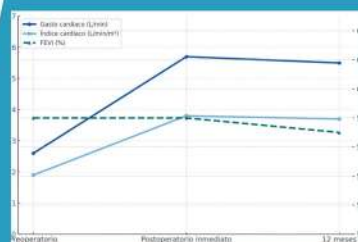


Figura 1. Exposición robótica del pericardio izquierdo engrosado con visión 3D (Da Vinci Xi®).



Figura 2. Resección circunferencial del pericardio derecho, preservando nervios frénicos.

Discusión

La pericardectomía robótica sin CEC ofrece ventajas sustanciales frente a la esternotomía o pericardectomía convencional: menor sangrado (~60%), reducción del dolor postoperatorio (~50%), menor estancia hospitalaria (~40%) y recuperación funcional acelerada⁴. La resección amplia sin CEC en casos seleccionados minimiza riesgos asociados a la circulación extracorpórea.



Conclusiones

- Este primer caso nacional demuestra factibilidad, seguridad y reproducibilidad en centros con experiencia multidisciplinaria, consolidando las bases para la expansión de programas robóticos cardiotorácicos.

- Marca un precedente para la expansión de la cirugía robótica cardiotorácica en Latinoamérica, demostrando que la innovación tecnológica puede transformar procedimientos de alta complejidad en intervenciones más seguras, precisas y con mejores resultados para el paciente.

Referencias bibliográficas

1. Murashita T, Schaff HV, Daly RC, Stulak JM, Gleason KL, Dearani JA, et al. Pericardectomy for constrictive pericarditis: outcomes and risk factors associated with mortality. Ann Thorac Surg. 2017;104(3):742-748.
2. Arcidi JM Jr, Carrillo RG, Meyer DM. Robotic pericardectomy without cardiopulmonary bypass: technical aspects and early outcomes. Innovations (Phila). 2020;15(5):436-442.

"TAVI EN EL MUNDO REAL: ANÁLISIS DE RESULTADOS CLÍNICOS EN UN HOSPITAL DEL TERCER NIVEL"

Luis Felipe Varela Polit 1, Cinthia Katherine Galarza Galarza 2, Juan Carlos Gaibor Barba 3

1 Universidad Internacional del Ecuador, Postgrado de Medicina Interna, Sede Hospital Metropolitano.
2 Pontificia Universidad Católica del Ecuador
3 Médico Cardiología Intervencionista, Hospital Metropolitano.

INTRODUCCIÓN

La estenosis aórtica es una valvulopatía asociada a elevada morbimortalidad.

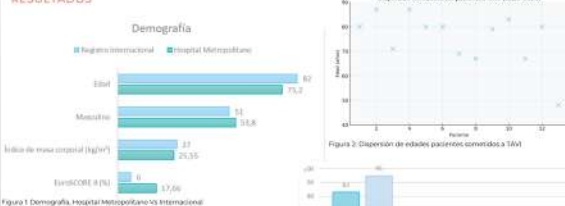
La implantación valvular aórtica transcatheter (TAVI) ha revolucionado su tratamiento, demostrando eficacia y seguridad en distintos grupos de riesgo, según los registros PARTNER, FRANCE-TAVI y TVT Registry. Sin embargo, la evidencia en centros latinoamericanos aún es limitada. El análisis de resultados locales permite identificar diferencias en perfiles clínicos, selección de válvulas y desenlaces contribuyendo a optimizar la práctica.

METODOLOGÍA

- Tipo de estudio: Observacional, descriptivo y retrospectivo.
- Período de análisis: Procedimientos TAVI realizados desde 2023.
- Población: Todos los pacientes sometidos a TAVI



RESULTADOS



DATOS ANATÓMICOS Y ECOCARDIOGRÁFICOS

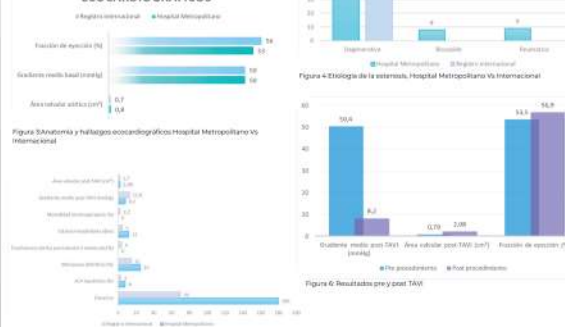


Figura 3: Datos de la intervención, Hospital Metropolitano Vs Internacional

ANÁLISIS

En este estudio local, se observaron mejoras significativas en los parámetros hemodinámicos y en la fracción de eyección (FEVI), además de una ausencia de mortalidad a 30 días, a pesar de un EuroSCORE II más elevado que en registros internacionales.

La mayor necesidad de marcapaso definitivo (25%) podría atribuirse a la selección de la prótesis, la anatomía valvular y la curva de aprendizaje del equipo, factores previamente descritos como determinantes en la evolución post-TAVI.

La implantación valvular aórtica transcatheter (TAVI/TAVR) se consolida como el tratamiento de elección para la estenosis aórtica severa, demostrando beneficios en morbimortalidad, función hemodinámica y recuperación funcional frente al manejo conservador y, en muchos casos, frente a la cirugía convencional.

CONCLUSIÓN

Un programa TAVI/TAVR bien establecido permite resultados hemodinámicos y funcionales excelentes, respaldando su implementación segura y eficaz en centros terciarios con protocolos multidisciplinarios y seguimiento estandarizado.

* CONSENSUS IN TAVI: A WORKING COMMITTEE, VALVE ACADEMY RESEARCH CONSENSUS AND LATEST EVIDENCE DERIVATIONS FOR AORTIC VALVE CLINICAL RESEARCH (AVC 2023, 2024).
* ARINOLINI ET AL. TRENDS IN TRANS-CATHETER AORTIC VALVE REPLACEMENT OUTCOMES (TVT REGISTRY) COHORT ANALYSIS. JAMA CARDIOL. 2024.

Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:



AMILOIDOSIS CARDÍACA ATTR: DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES



¹ Marco Chasipanta, ¹ Michel Montenegro, ¹ Sebastián Calderón.
Posgraduado de Cardiología, Universidad de Las Américas
² Dr. Marlon Aguirre Cardiólogo, Hospital Metropolitano de Quito, Ecuador

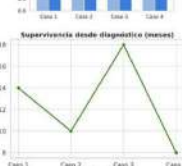
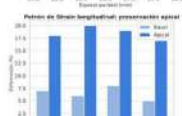
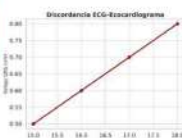
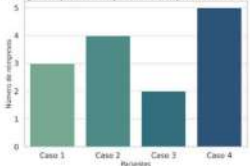
INTRODUCCIÓN

La amiloidosis cardíaca por transtiretina (ATTR) constituye una causa frecuentemente subdiagnosticada de insuficiencia cardíaca en adultos mayores. La identificación oportuna mediante evaluación clínica y técnicas de imagen multimodal optimiza el manejo terapéutico y disminuye la incidencia de eventos adversos.

SERIE DE CASOS

Serie de pacientes con insuficiencia cardíaca y hallazgos ecocardiográficos sugestivos de ATTR. La discordancia ECG-eco y el patrón de strain con preservación apical fueron claves diagnósticas. El diagnóstico no invasivo mediante gammagrafía con trazadores óseos (Perugini 2-3) confirmó ATTR. Alta mortalidad pese a manejo convencional.

Reingresos por descompensación en pacientes con ATTR



REPOSTE DE CASO CLINICO

Paciente adulto mayor con disnea progresiva, edemas y ortopnea, con múltiples reingresos por descompensación. El ECG mostró bajo voltaje y trastornos de conducción; el ecocardiograma evidenció hipertrofia ventricular no explicada por hipertensión y patrón de Strain con preservación apical. Se documentaron bradiarritmias sintomáticas con pausas, por lo que se implantó marcapasos VVI. Pese a tratamiento con diuréticos, persistió el deterioro y falleció en junio de 2025.

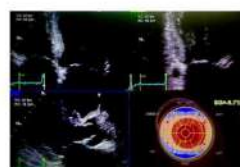


IMAGEN 1
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO CON ANÁLISIS DE STRAIN LONGITUDINAL GLOBAL (GLS)

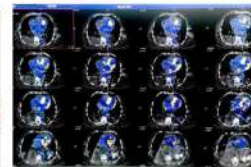


IMAGEN 2
GAMMAGRAFÍA ÓSEA CARDÍACA CON TRAZADOR TC-99m-DPD (O PYP/HMDP) FUSIONADA CON TOMOGRAFÍA (SPECT/CT).

"APICAL SAVING"

IMÁGENES DIAGNÓSTICA COMPATIBLE CON AMILOIDOSIS CARDÍACA ATTR CONFIRMADA POR TÉCNICA NO INVASIVA.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Discusión:

El caso resalta la demora diagnóstica y la alta frecuencia de trastornos de conducción en la amiloidosis cardíaca por transtiretina (ATTR). Las guías recomiendan una ruta diagnóstica no invasiva basada en gammagrafía con trazadores óseos (PYP/DPD/HMDP) y descartar amiloidosis AL, evitando biopsia cuando se cumplen criterios. El manejo debe ser multidisciplinario, con control de volemia, vigilancia de arritmias y evaluación para terapias modificadoras de TTR, como estabilizadores o silenciadores, que han demostrado mejorar supervivencia y función (HELIOS-B).

Conclusión:

Ante insuficiencia cardíaca con discordancia ECG-eco y patrón de strain con preservación apical, debe activarse la ruta diagnóstica no invasiva y estratificar trastornos de conducción. El diagnóstico temprano permite optimizar tratamiento y aplicar terapias específicas, reduciendo descompensaciones y mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Fontana M, Berk JL, Gilmore JD, Witteles RM, Grogan M, Drachman B, et al. Vutrisiran in Patients with Transthyretin Amyloidosis with Cardiomyopathy. New England Journal of Medicine. 2 de enero de 2025;392(1):33-44.
- Kittleson MM, Ruberg FL, Ambardekar A V., Brannagan TH, Cheng RK, Clarks JD, et al. 2023 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Comprehensive Multidisciplinary Care for the Patient With Cardiac Amyloidosis: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. J Am Coll Cardiol. 21 de marzo de 2023;81(11):1076-126.

Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:



Organizado por:

**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:



**DE LA ARRITMIA A LA BIOPSIA, EL ENFOQUE MULTIMODAL EN EL ESTUDIO DE LA MIOCARDIOPATÍA
ARRITMOGÉNICA: REPORTE DE CASO CLÍNICO.**

Jenny Karina Salazar Castro [1], Cristian Israel Vaca Sarango [1], Carlos Elías Vásquez Guerrero [2], Daniel Alexander Rúales Paucar [2].

Filiación:

1. Universidad de las Américas, Facultad de Ciencias de la Salud, Especialización en Cardiología Clínica, Quito, Ecuador
2. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Servicio de Cardiología, Ministerio de Salud Pública, Quito, Ecuador.

Introducción:

La miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MADV) es una enfermedad hereditaria caracterizada por reemplazo fibroadiposo del miocardio que predispone a arritmias ventriculares malignas y riesgo de muerte súbita. Por otro lado, la miocarditis aguda puede actuar como desencadenante del fenotipo arritmogénico especialmente ante mutaciones desmosómicas.

Reporte de caso:

Paciente masculino de 60 años, con antecedente de tabaquismo y antecedente familiar de muerte súbita en hermana a los 30 años.

En febrero del 2025 presenta primer episodio de taquicardia ventricular sostenida (TVS) con inestabilidad hemodinámica, en junio del 2025 presenta nuevo episodio de TVS con compromiso hemodinámico severo y fallo multiorgánico.

El electrocardiograma muestra una taquicardia monomórfica de QRS ancho, eje superior izquierdo y morfología de rama izquierda, posterior a cardioversión eléctrica se presenta ritmo de bloqueo auriculoventricular completo más morfología de bloqueo de rama derecha.

Coronariografía descarta enfermedad aterosclerótica. Los estudios de laboratorio descartan causas metabólicas, tóxicas o infecciosas.

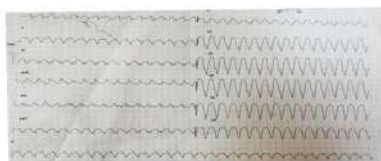


Figura 1: Electrocardiograma Febrero 2025: Taquicardia monomórfica de QRS ancho, eje superior izquierdo y morfología de rama izquierda

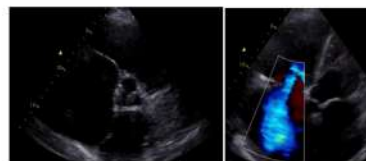


Figura 2: Ecocardiograma Transtorácico: cavidades derechas severamente dilatadas, regurgitación tricúspide torrencial, CIA.

La resonancia magnética cardíaca mostró dilatación del VD con FEVD <40%, volumen diastólico final de 222ml/m² y realce tardío transmural no isquémico en el segmento basal en las paredes lateral y anterior con extensión a pared inferior del VI más en el segmento medio de la pared lateral, cumpliendo 2 criterios mayores y 1 criterio menor de Task Force 2020, confirmando el diagnóstico de MAVD.

Se implanta el 15/07/2025 un cardio defibrilador en prevención secundaria y se realiza biopsia endomiocárdica, a través de un método innovador que utiliza la vaina del electrodo de estimulación del dispositivo implantado.

Finalmente, el informe histopatológico reveló un infiltrado inflamatorio mixto con linfocitos y polimorfonucleares, diagnóstico compatible con miocarditis aguda.

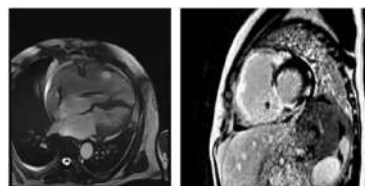


Figura 3: Resonancia magnética cardíaca: Realce tardío transmural no isquémico en el segmento basal en las paredes lateral y anterior con extensión a pared inferior del VI

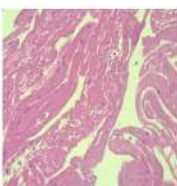


Figura 4: Biopsia endomiocárdica con infiltrado inflamatorio mixto con linfocitos y polimorfonucleares



Figura 5: Radiografía de Tórax AP posterior a colocación de CDI

Discusión:

La coexistencia entre miocarditis y miocardiopatía arritmogénica se explica a través de modelo de dos golpes, caracterizado por un miocardio portador de una mutación desmosómica que expresa el fenotipo arritmogénico tras un desencadenante inflamatorio agudo que actúa como gatillo. [1]

El DSP es el gen patogénico más frecuente en series de pacientes con presentaciones tipo miocarditis en el 69%, seguido por PKP2 y DSG2. [2] Se cree que el defecto desmosómico predispone a la muerte de miocitos, con una reacción inmunitaria secundaria que amplifica el daño.

Conclusión:

La superposición entre miocarditis y miocardiopatía arritmogénica presenta un desafío diagnóstico, en este caso destacamos la importancia del enfoque multimodal diagnóstico combinado con imagen avanzada, histología y evaluación familiar.

Bibliografía:

1. Johnson N, Ginks M, Ferreira VM, Kados A. Myocarditis as a trigger for the expression of biventricular arrhythmogenic cardiomyopathy in desmosomal gene mutation. Echocardiography. 2023 Oct;40(10):1122-1126. doi: 10.1111/echo.15665. Epub 2023 Aug 10. PMID: 37563622.
2. Westphal DS, Krafft H, Biller R, Klingel K, Gaa J, Mueller CS, Martens E. Myocarditis or inherited disease? The multifaceted presentation of arrhythmogenic cardiomyopathy. Gene. 2022 Jun 15;827:146470. doi: 10.1016/j.gene.2022.146470. Epub 2022 Apr 4. PMID: 35381313.

DE MUERTE SÚBITA ABORTADA AL DIAGNÓSTICO: MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA REVELANDO ENFERMEDAD DE POMPE DE INICIO TARDÍO

ZANNY BASTIDAS ARÉVALO ¹, ESTEFANÍA CHEDIAK PÉREZ ¹, LUIS PAUCAR ROJAS ¹

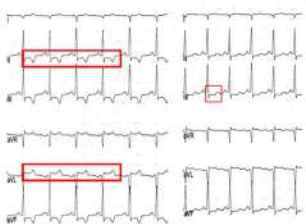
HOSPITAL METROPOLITANO/ UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE QUITO, ECUADOR.

INTRODUCCIÓN:

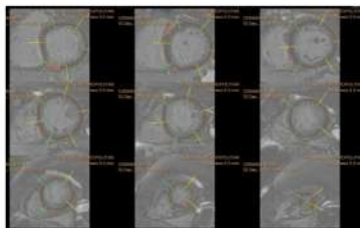
La muerte súbita cardíaca (MSC) es una de las principales causas de mortalidad cardiovascular en adultos jóvenes, generalmente atribuida a arritmias ventriculares malignas secundarias a enfermedades estructurales del miocardio. La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una de las causas más frecuentes con principal origen genético, aunque hay enfermedades infiltrativas, como la enfermedad de Pompe causada por mutaciones en el gen GAA. Su forma de inicio tardío es infrecuente y rara vez cursa con compromiso cardíaco significativo. Presentamos el caso de un paciente con MSC abortada secundaria a MCH, en quien la evaluación genética reveló enfermedad de Pompe de inicio tardío, destacando la importancia de la correlación clínica, imagenológica y molecular.

REPORTE DE CASO:

Hombre de 51 años que acude a emergencia por pérdida súbita de consciencia tras actividad física leve con recuperación espontánea. Antecedentes: prediabetes, síndrome de intestino irritable y resfriado común tratado de forma sintomática. Historia familiar: pariente de 1° con MSC a edad temprana. Examen físico sin alteraciones, signos vitales dentro de parámetros normales. EKG con T negativa en V3 a V6. Troponinas elevadas en percentil 99, sin cambio dinámico. Neuroimagen sin alteraciones y video electroencefalograma con actividad epileptiforme secundaria a hipoxia cerebral. Ecocardiograma con hipertrofia concéntrica leve.



TELEMETRÍA: QT PROLONGADO Y ALTERNANCIA DE LA ONDA T.



RMC: HIPERTROFIA CONCÉNTRICA DE VI, ENGROSAMIENTO PERICÁRDICO DE 4 A 7 MM Y MÚSCULOS PAPILARES DESORGANIZADOS.

Por resultado de resonancia se realizó reunión multidisciplinaria se decidió colocación de DAI y estudio genético con reporte de variante patogénica con variante en GAA correspondiente a enfermedad de Pompe de inicio tardío.

DISCUSIÓN:

- La MSC puede ser la manifestación inicial MCH.
- En la enfermedad de Pompe de inicio tardío, el compromiso cardíaco severo es raro pero hay series de casos que reportan alteraciones a nivel de conducción e hipertrofia del ventrículo izquierdo.
- Según la Guía ESC 2023 de miocardiopatía se recomienda:
 - Colocación de DAI como prevención secundaria. (clase IA)
 - Evaluación genética en todo paciente con hipertrofia ventricular izquierda inexplicada.

CONCLUSIÓN:

- La RMc es una herramienta clave en el diagnóstico diferencial ante la sospecha de MCH.
- La implantación oportuna de DAI es determinante clave para la supervivencia en pacientes tras una MSC abortada con expectativa de vida >1 año.
- Considerar pruebas genéticas en pacientes jóvenes con MCH inexplicada amplía el espectro diagnóstico para identificar patologías metabólicas/genéticas raras pero factibles con impacto familiar favoreciendo la prevención primaria.

Referencias:

1. Arbelo, E., Protonotarios, A., Gimeno, J. R., Arbustini, E., Barriales-Villa, R., Basso, C., Bezzina, C. R., Biagini, E., Blom, N. A., de Boer, R. A., et al. (2023). 2023 ESC guidelines for the management of cardiomyopathies: Developed by the task force on the management of cardiomyopathies of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 44(37), 3503-3626. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad194>

1. Lee, D.-H., Qiu, W.-J., Lee, J., Chien, Y.-H., & Hwu, W.-L. (2014). Hypertrophic cardiomyopathy in Pompe disease is not limited to the classic infantile-onset phenotype. *Molecular Genetics and Metabolism*, 113(2), 178-182. <https://doi.org/10.1016/j.ymgme.2014.08.003>

Derrame pericárdico hemorrágico masivo en paciente post-IAM en doble antiagregación: reporte de caso

Chávez J¹, Villacrés D¹, Chamorro J², Miranda D²

¹ Internado Rotativo de Medicina / AXXIS Hospital / Quito, Ecuador

² Posgrado de Medicina Interna / AXXIS Hospital / Quito, Ecuador

INTRODUCCIÓN

La pericarditis postinfarto (síndrome posesión cardíaca) es una complicación inmunomediada que ocurre típicamente semanas o pocos meses después de un infarto agudo del miocardio (IAM). Aunque su incidencia ha disminuido con la aplicación temprana de la reperfusión coronaria, persiste como una causa relevante de pericarditis tardía en pacientes con antecedentes de IAM. Por otro lado, la terapia antiagregante plaquetaria doble (TAPD), compuesta por ácido acetilsalicílico (ASA) y un inhibidor del receptor P2Y₁₂, es una estrategia esencial para prevenir eventos trombóticos tras la colocación de stents coronarios. Sin embargo, su uso se asocia a eventos hemorrágicos mayores como el hemopericardio.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 75 años, con antecedentes de IAM sin elevación del ST hace 2 años que requirió angioplastia primaria con colocación de stent farmacológico en arteria descendente anterior, y prevención secundaria con TAPD a base de ASA y ticagrelor por 24 meses. Acude por dolor torácico de características anginosas de 72 horas de evolución acompañado de disnea a pequeños esfuerzos, ruidos cardíacos hipofonéticos, no ingurgitación yugular evidente. Electrocardiograma sin alteraciones isquémicas agudas. Ecocardiograma transtorácico derrame pericárdico circunferencial severo, de 33mm de separación en diástole (volumen ≥ 1000 mL) y signos de compromiso hemodinámico requiriendo pericardiocentesis y abordaje diagnóstico con cultivos bacterianos, GeneXpertMTB y citología en líquido pericárdico resultando negativos.



Figura 1. Derrame pericárdico grave con repercusión hemodinámica: máxima separación de 33 mm con colapso de 28% de aurícula derecha y ventrículo derecho.



Figura 2. Leve derrame en pericárdico, asociado a engrosamiento y realce parietal al medio de contraste. Presencia de catéter a este nivel.

DISCUSIÓN

La mayoría de derrames significativos obedecen a pericarditis de origen inflamatorio (idiopático, post-infeccioso, enfermedades sistémicas). Sin embargo las características hemorrágicas requieren descartar causas neoplásicas e infecciosas y bacterianas.

Dado el antecedente de IAM, se considero síndrome de Dressler tardío, aunque este suele presentarse en semanas a pocos meses tras el IAM, la latencia de 24 meses observada es inusualmente prolongada, obligando a priorizar causas más comunes, que fueron descartadas. Dado el volumen y naturaleza hemorrágica del derrame en el contexto de uso de TAPD, se manejó esta hipótesis diagnóstica. Varma et al. (2021), sugiere que TAPD con ticagrelor podría estar asociado a una mayor propensión a sangrado pericárdico clínicamente relevante, debido a su acción antiplaquetaria más potente y reversible.

CONCLUSIONES

Aunque el ticagrelor tiene efectos cardioprotectores (pleiotrópicos, antitrombóticos) comprobados en el manejo post IAM, sobre un sustrato de un pericardio inflamado como fuente de sangrado contribuye a la presencia y acumulación de líquido hemorrágico en un paciente largamente expuesto a esta medicación en combinación con aspirina, factor a tomar en cuenta en pacientes con alto riesgo de sangrado, sin otra causa identificable de derrame pericárdico.

1. Varma, P. K., et al. (2021). Bleeding complications after dual antiplatelet therapy with ticagrelor versus clopidogrel – a propensity-matched study in off-pump CABG. *Indian J Thorac Cardiovasc Surg*, 37(1), 27-37pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.
2. Bonaca, M. P., et al. (2015). Long-term use of ticagrelor in patients with prior myocardial infarction (PEGASUS-TIMI 54). *N Engl J Med*, 372, 1791-1800acc.org.

ORIGEN ANÓMALO DE LA ARTERIA CARÓTIDA COMÚN IZQUIERDA, EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE DI GEORGE

Autor: Luis Miguel Mora Chuqui/Médico Posgradista de Pediatría
Coautores: Lisbeth Paulina Vaca Chilibingua/Médico Posgradista de Pediatría
Carlos Alberto Alomía Arévalo/Médico tratante del Hospital Pediátrico Baca Ortiz

m p Ministerio
de Salud Pública
Hospital Pediátrico BACA ORTIZ

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Di George tiene una frecuencia de 1 a 4 por cada 6000 nacidos vivos y es causado por alteración en los arcos faríngeos durante el desarrollo embrionario, esto conlleva a múltiples anomalías como patología conotruncal con defectos del arco aórtico, y una amplia gama de variaciones. (1,2).



RX AP de tórax: Arco aórtico derecho

DISCUSIÓN

En el síndrome de Di George, el 60 – 80% tienen malformaciones cardíacas como defectos conotruncales, del tabique cono ventricular, auricular y anomalías del arco aórtico. (1). En este caso, la paciente presenta arco aórtico derecho con origen anómalo de la carótida común izquierda desde la arteria pulmonar, lo que ocasiona perfusión cerebral parcialmente desoxigenada que podría contribuir al retraso del neurodesarrollo observado en la paciente. Adicionalmente el hallazgo de arteria subclavia izquierda con origen aberrante que ocasiona anillo vascular y la compresión del esófago causando disfagia

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 11 años, con antecedente de Síndrome de Di George y conducto arterioso persistente (PCA) corregido a los 8 meses de edad. Presenta cuadro clínico de disfagia a sólidos y retraso del neurodesarrollo. Al examen físico cardiovascular tórax simétrico, sin hiperdinamia, se ausculta soplo continuo grado IV paraesternal izquierdo, en segundo espacio intercostal con irradiación al cuello. Ecocardiograma: Colateral aorto-pulmonar emergiendo del tronco braquiocefálico y llegando al tronco de la arteria pulmonar.



AngioTAC de corazón y grandes vasos (AP)



AngioTAC de corazón y grandes vasos (Lateral)

ACCI: Arteria carótida común izquierda
RIAP: Rama izquierda de la arteria pulmonar
AAD: Arco aórtico derecho
TAP: Tronco de la arteria pulmonar

CONCLUSIÓN

Los pacientes con microdelección 22q11.2, tienen alteraciones del desarrollo embrionario que afectan los arcos faríngeos. A nivel cardiovascular es común encontrar patología del arco aórtico y sus ramas. Sin embargo, el origen de la arteria carótida común izquierda a partir de la arteria pulmonar, es un hallazgo extremadamente inusual, con apenas 12 casos reportados hasta el momento en la literatura mundial, ante este hallazgo debe investigarse de forma intencionada Sd de Di George. (1,2). La Angiotomografía permite definir con precisión la anatomía vascular.

1. Schwartz AE, Galante TA, Merchant N, Goldberger PC, Vergara S, Hain IA, et al. Health supervision for children with 22q11.2 deletion syndrome: clinical report. *Pediatrics* [Internet]. 2020 Jul 21; Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-057710>

2. Alencar AM, R Jaber MY. Anomalous origin of the left common carotid artery from the main pulmonary artery. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2020;19:e204048. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bcr-2020-204048>

Organizado por:
m Hospital
Metropolitano

Con el Aval de:



Escaneado con CamScanner

Organizado por:

m Hospital
Metropolitano

Con el Aval de:



SIAC
SOCIADAD INTERAMERICANA
DE CARDIOLOGÍA

ucla

USO DE ECMO VENO-VENOSO COMO SOPORTE PERIOPERATORIO EN RESECCIÓN TRAQUEAL PEDIÁTRICA POR ESTENOSIS TRAQUEAL SEVERA



DR. SANTIAGO A. ENDARA, HOSPITAL METROPOLITANO DE QUITO – SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA.
DR. GERARDO A. DAVALOS, HOSPITAL METROPOLITANO DE QUITO – SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOTORÁCICA.
DR. MICHELE UGAZZI, HOSPITAL METROPOLITANO DE QUITO – SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA.
DR. JOSÉ DAZA, HOSPITAL METROPOLITANO DE QUITO – SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA.
DR. GABRIEL A. MOLINA, HOSPITAL METROPOLITANO DE QUITO – SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.
DR. PAUL SARITAMA, HOSPITAL METROPOLITANO DE QUITO – RESIDENTE R3 DE CIRUGÍA GENERAL.



1 INTRODUCCIÓN

La oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) es un soporte vital avanzado empleado en pacientes con disfunción cardiopulmonar refractaria a terapias convencionales. Tradicionalmente utilizada en neonatos y pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), su aplicación se ha extendido a contextos quirúrgicos complejos. En este caso se describe el uso de ECMO veno-venoso (VV) femoro- yugular como medida de soporte perioperatorio en una resección traqueal pediátrica, permitiendo un adecuado intercambio gaseoso y estabilidad hemodinámica durante un procedimiento de alto riesgo.

2 CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 7 meses, previamente sano, presentó taquipnea, estridor y cianosis progresiva. La tomografía evidenció estenosis traqueal severa y extensa, a 2 cm de la carina, asociada a infiltrados pulmonares.

Ante falla respiratoria refractaria y PCO_2 de 132 mmHg, se decidió realizar resección traqueal y antibioticoterapia dirigida. Se instauró ECMO VV antes de la inducción anestésica, manteniéndose durante y después del procedimiento (4 h).

El soporte permitió estabilidad hemodinámica y adecuada oxigenación sin complicaciones del circuito. Posterior a anastomosis término-terminal, el paciente presentó evolución favorable, completando 47 días de hospitalización antes del alta.

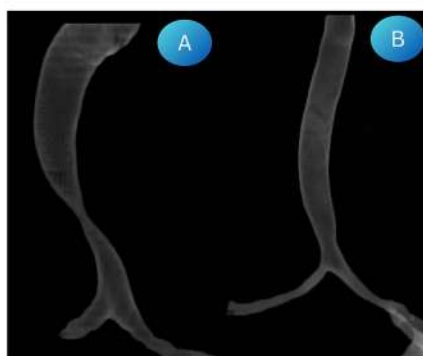


FIGURA A. ESTENOSIS TRAQUEAL SEVERA Y LARGA A 2 CENTÍMETROS DE LA CARINA. FIGURA B. RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL DE LA TRÁQUEA, SIN ESTENOSIS

3 DISCUSIÓN

Las series recientes muestran que el uso de ECMO VV en cirugía traqueal pediátrica permite realizar procedimientos complejos con baja morbilidad perioperatoria y supervivencia elevada a medio plazo. (2)



FIGURA C. ECMO VV FEMORO-YUGULAR, VISTA LATERAL. FIGURA D. VISTA FRONTAL

Las complicaciones asociadas incluyen sangrado, trombosis, infecciones y, raramente, dehiscencia anastomótica. (2) El uso de protocolos de anticoagulación mínima ha demostrado reducir la incidencia de complicaciones hemorrágicas sin aumentar eventos trombóticos. El seguimiento postoperatorio debe incluir evaluación de la vía aérea, función pulmonar y vigilancia de complicaciones tardías como estenosis o infecciones. (1,2)

4 CONCLUSIONES

El ECMO VV debe considerarse en cirugía traqueal pediátrica cuando la ventilación convencional no es viable o segura.

- La selección de pacientes y la implementación deben realizarse en centros de alto volumen y experiencia, siguiendo protocolos multidisciplinarios.
- El manejo anticoagulante debe ser individualizado, con preferencia por estrategias de anticoagulación mínima en neonatos e infantes.
- El monitoreo intensivo y la vigilancia de complicaciones son obligatorios durante todo el proceso perioperatorio.



FIGURA E. RESECCIÓN DE ANILLOS TRAQUEALES

REFERENCIAS

1. Slama A, Stork T, Collaud S, Aigner C. Current use of extracorporeal life support in airway surgery: a narrative review. J Thorac Dis. 2023;15(7):4101-10. doi:10.21037/jtd-22-1483.
2. Voltolini L, Salvicchi A, Gonfiotti A, Natali P, Franchi L, Luzzi L, et al. Veno-venous extra-corporeal membrane oxygenation in complex tracheobronchial resection. J Thorac Dis. 2024;16(2):1279-88. doi:10.21037/jtd-23-1416.

Ventrículo único con tronco arterioso común: redefiniendo los límites del diagnóstico neonatal y la detección temprana de cardiopatías críticas

Hospital
Metropolitano

AUTORES Micaela Vergara Aguilar, Dra. Vanesa Paola Viteri Terán, y Dra Maria Gabriela Rivas D'Aniello

AFILIACIONES Universidad de las Américas, Hospital Baca Ortiz, Hospital Metropolitano

INTRODUCTION

El (VU) y el (TA) constituyen dos de las cardiopatías congénitas más infrecuentes y letales descritas. El (VU) presenta una incidencia aproximada de 0,9/100 000 nacidos vivos, con una mortalidad >70 % en el primer año sin corrección quirúrgica; mientras que el (TA), con una incidencia de 7-11/100 000, alcanza una mortalidad cercana al 80 % en ausencia de reparación temprana. Si cada una por sí sola compromete la vida, su coexistencia representa un escenario clínico casi incompatible con la supervivencia, donde la detección oportuna marca la diferencia entre la vida y la muerte.

Hasta la fecha, no se han reportado casos en Ecuador, lo que confiere a este estudio un valor académico y clínico singular. Este caso demuestra como el tamizaje cardiológico utilizando (OP) y Eco son herramientas capaces de revelar malformaciones críticas que de otro modo pasarían inadvertidas.

DISCUSIÓN

Cuando ambas entidades coexisten, la literatura se limita a reportes excepcionales. Desde las descripciones de Van Praagh en los sesenta, se han documentado muy pocas casos confirmados de ambas malformaciones coexistentes. Shapiro et al. (1981) describieron dos hermanos con (VU) y (TA), sugiriendo una posible base genética. Porter et al. (2008) publicaron el caso más longevo conocido: adulto de 45 años, cuya supervivencia se atribuyó al manejo paliativo precoz.

En contraste, el presente caso ocurrió tras un parto domiciliario, retrasando 40 h el egreso hospitalario. Este desenlace contrasta con los resultados observados en países donde el tamizaje cardiológico neonatal mediante (OP) permite detectar lesiones complejas de forma precoz y ofrecer intervenciones paliativas que elevan la supervivencia de ambas patologías por separado a más del 80% en 10 años.

Este caso, no solo documenta una combinación anatómica históricamente incompatible con la vida, sino que refleja una realidad aún presente en muchos entornos: la ausencia de tamizaje oportuno puede marcar la diferencia entre la posibilidad de intervenir a tiempo y la muerte.

REPORTE DE CASO

Recién nacida a término, producto de parto domiciliario, acude al hospital a las 3 h de vida por cianosis y dificultad respiratoria. En el tamizaje cardiológico neonatal se evidenció saturación preductal del 85%. Al examen físico se auscultó un soplo cardíaco único, por lo que se solicitaron estudios complementarios.

Figura 1. Ecocardiografía transtorácica:

(a) Reportó Situs solitus, y un (TA) tipo II (b) Evidencia (VU) de morfología izquierda (c) Ausencia de conexión AV. (d) Flujo único de salida desde la cavidad ventricular hacia (TA).

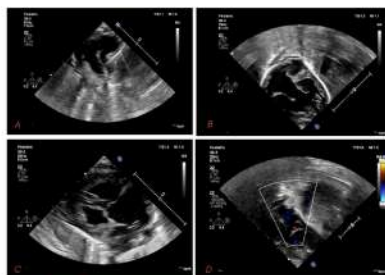


Figura 2. Angiotomografía cardíaca:

(a) Reconstrucción 3D que evidencia un (TA) común tipo II de Van Praagh. (b) Confirma la morfología (VU) y la continuidad del (TA). (c) Muestra la emergencia directa de los (AP) desde el tronco.



Se instauró manejo inicial con diuréticos y soporte respiratorio. La paciente fue referida para corrección quirúrgica paliativa; sin embargo, presentó deterioro clínico progresivo y falleció por insuficiencia respiratoria antes de la intervención.

CONCLUSIÓN

Este caso aporta evidencia inédita sobre una combinación anatómica prácticamente incompatible con la vida y escasamente documentada a nivel mundial. Su relevancia radica en demostrar que el diagnóstico temprano y la planificación individualizada pueden modificar el destino natural de las cardiopatías congénitas más complejas.

BIBLIOGRAFÍA

- Shapiro SR, Rudman RN, Kapur S, Chandra R, Gokoto FM, Perry UN, Scott LP 5rd. Single ventricle with tricuspid atresia in siblings. Am Heart J. 1981;102(3):P 16-6-P.
- Porter JJ, Vasek A. Single ventricle with persistent tricuspid atresia in an adult patient: a case report. Cardiovasc Ultrasound. 2008;6:36.

Organizado por:

Hospital
Metropolitano

Con el Aval de:

EL GOBIERNO
ECUADOR
Ministerio de Salud Pública

UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
NÚCLEO QUITO

SIAC
SOCIEDAD INTERAMERICANA
DE CARDIOLOGÍA

WOLFE

CON EL AUSPICIO DE



Organizado por:



Con el Aval de:





SAVAL
Siempre junto a ti



GRUPO
PROCAPS

SANDOZ



CGMED

SERVIER
moved by you



SIEGFRIED



PRIMUS
MEDICAL



novo nordisk



PROPHAR



BAYER



Abbott



Meril
More to Life

Organizado por:



**Hospital
Metropolitano**

Con el Aval de:



ECUADOR
Ministerio de Salud Pública



NÚCLEO PICHINCHA



SIAC
SOCIEDAD INTERAMERICANA
DE CARDIOLOGÍA



wala



Curso
Internacional
**ESTÁNDARES Y
VANGUARDIA**
EN CARDIOLOGÍA Y ENFERMEDAD
CARDIOVASCULAR

Organizado por:
**h Hospital
Metropolitano**



Con el Aval de:



SIAC
SOCIEDAD INTERAMERICANA
DE CARDIOLOGÍA



COORDINADO POR:

Events Group
Una Gestión Profesional

☎ 098 547 5357

✉ ventas@eventsgroup.ec