

# ESC Congress Hotlines 2025

Estudio	Objetivo	Métodos	Resultados	Conclusión
<b>POTCAST – Increasing the Potassium Level in Patients at High Risk for Ventricular Arrhythmias</b>	Evaluar si el aumento del potasio plasmático disminuye el riesgo de arritmias ventriculares.	Estudio aleatorizado que incluyó pacientes con CDI y potasio plasmático < 4.3 mmol/l, llevando a 4.5 a 5.0 mmol/l al grupo intervención.	En el seguimiento a 39.6 meses, el punto final primario (arritmias ventriculares, hospitalización por insuficiencia cardíaca o muerte) ocurrió en el 22.7% del grupo de intervención vs. 29.2% del grupo control (HR 0.76, IC 95% 0.61-0.95).	Aumentar el potasio plasmático redujo significativamente el riesgo de arritmias ventriculares, insuficiencia cardíaca o muerte.
<b>AMALFI Trial – Remote Screening for Asymptomatic Atrial Fibrillation</b>	Investigar la eficacia del screening de FA en individuos asintomáticos con riesgo moderado-alto de ACV.	Ensayo aleatorizado, no ciego, remoto, en 27 centros de atención primaria del Reino Unido. Los participantes utilizaron un monitor de ECG en parche durante 14 días.	Se registró FA en 6.8% del grupo de cribado, en comparación con el 5.4% del grupo de manejo convencional (razón de proporciones 1.26, IC 95%, 1.02-1.57).	El cribado remoto con un parche de ECG aumentó modestamente el diagnóstico de FA, en el seguimiento a 2.5 años de esta población.
<b>DIGIT-HF – Digitoxin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction</b>	Evaluar el efecto de la digitoxina en pacientes con insuficiencia cardíaca y FEy <40%.	Ensayo aleatorizado, internacional, doble ciego y controlado con placebo. Se evaluó la ocurrencia de muerte o internación por IC.	En el seguimiento a 36 meses, el evento primario ocurrió en 39.5% del grupo digitoxina y 44.1% del placebo (HR 0.82; IC 95%, 0.69-0.98). Eventos adversos serios ocurrieron en 4.7% del grupo intervención y 2.8% del control.	El tratamiento con digitoxina redujo la mortalidad o internaciones por insuficiencia cardíaca.
<b>DOUBLE-CHOICE – Peri-interventional Anesthesia Strategies for TAVI</b>	Evaluar seguridad y eficacia de una estrategia minimalista (anestesia local vs sedación consciente) en TAVI.	Ensayo aleatorizado, de no inferioridad, factorial 2x2. Se evaluó mortalidad, complicaciones vasculares, sangrado, infecciones y eventos neurológicos.	Se randomizaron 753 pacientes, edad media 83 años. 22.9% de los pacientes en el grupo minimalista y 25.8% del grupo estándar presentaron el punto final combinado (p no inferioridad 0.003).	El enfoque anestésico minimalista fue no inferior a la sedación estándar.
<b>DAPA ACT HF-TIMI 68 – Dapagliflozin in Patients Hospitalized for Acute Heart Failure</b>	Investigar el efecto del inicio de dapagliflozina durante la internación por insuficiencia cardíaca.	Ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo. Se evaluó el tiempo a la muerte o empeoramiento de la insuficiencia cardíaca a 2 meses.	10.9% del grupo intervención y 12.7% del grupo control presentaron el punto final primario (HR 0.86; IC 95%, 0.68-1.08). Sin diferencias significativas en componentes individuales del punto final.	El inicio intrahospitalario de dapagliflozina no redujo los eventos en forma significativa.
<b>VICTOR – Vericiguat in patients with chronic heart failure and reduced ejection fraction</b>	Evaluar el efecto de vericiguat en pacientes con ICFe sin empeoramiento reciente.	Ensayo aleatorizado, controlado con placebo. Incluyó pacientes con insuficiencia cardíaca y FEy <40% sin eventos en los últimos meses. Se evaluó el tiempo a la muerte o empeoramiento de la IC.	6105 pacientes fueron seguidos por 18.5 meses. Se produjo el punto final en 18.0% de los tratados con vericiguat y 19.1% con placebo (HR 0.93; IC 95%, 0.83-1.04).	El vericiguat no redujo el riesgo del evento combinado.
<b>VICTORIA and VICTOR – Vericiguat for patients with heart failure and reduced ejection fraction across the risk spectrum</b>	Evaluar el efecto de vericiguat en los estudios VICTORIA y VICTOR combinados.	Análisis pre especificado a nivel de pacientes individuales, combinando los dos trials.	Se incluyeron los datos de 11.155 pacientes. 25.9% de los pacientes tratados con vericiguat y 27.9% de placebo presentaron muerte CV o internación por IC (HR 0.91, IC 95%, 0.85–0.98).	Vericiguat redujo el riesgo del evento final en un espectro amplio de severidad clínica en pacientes con ICFe.
<b>ODYSSEY-HCM – Mavacamten in Symptomatic Nonobstructive Hypertrophic Cardiomyopathy</b>	Determinar la eficacia del mavacamten para mejorar la capacidad funcional en pacientes con MCPH no obstructiva sintomática.	Ensayo aleatorizado, internacional, doble ciego, controlado con placebo, comparó la mejoría en la capacidad funcional y estado de salud reportado por el paciente.	En el seguimiento a 48 semanas, no se observó mejoría del consumo de oxígeno pico ni disminución de síntomas. Mavacamten produjo más frecuentemente disminución de la FEy y suspensión del tratamiento.	En pacientes con MCPH no obstructiva sintomática, el mavacamten no resultó ser eficaz.
<b>MAPLE-HCM – Aficamten or Metoprolol Monotherapy for Obstructive HCM</b>	Evaluar si la monoterapia con aficamten produce mayor beneficio clínico que los beta-bloqueantes en pacientes con MCPH obstructiva.	Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y doble simulación a monoterapia con aficamten o metoprolol. El evento final primario fue consumo pico de oxígeno a la semana 24.	El aficamten aumentó mejoró significativamente el consumo de oxígeno pico, presentó mejoría de la sintomatología y disminución del gradiente obstructivo con respecto a metoprolol.	La monoterapia con aficamten fue superior a metoprolol en pacientes con MCPH obstructiva sintomática.
<b>REBOOT-CNIC – Beta-Blockers after Myocardial Infarction without Reduced Ejection Fraction</b>	Evaluar el efecto de los beta bloqueantes post infarto sin deterioro de la FEy en la actualidad.	Ensayo aleatorizado, abierto, realizado en España e Italia. Evaluó el efecto de beta bloqueantes en pacientes post infarto y FEy >40%. Evaluó mortalidad, reinfarto o internación por IC.	Durante un seguimiento de 3.7 años, ocurrieron 22.5 eventos cada 1000 pacientes/año en el grupo beta bloqueante, vs 21.7 en el grupo control (HR 1.04; IC 95%, 0.89-1.22).	El beta bloqueante en pacientes post IAM con FEy >40% no redujo el punto final primario.
<b>BETAMI-DANBLOCK – Beta-Blockers after Myocardial Infarction in Patients without Heart Failure</b>	Evaluar el efecto de los beta bloqueantes post infarto sin deterioro de la FEy en la actualidad.	Ensayo aleatorizado, abierto, realizado en Dinamarca. Evaluó el uso de beta bloqueantes en pacientes dentro de los 14 días post infarto y FEy >40%. Evaluó mortalidad y eventos adversos cardiovasculares.	Luego de un seguimiento de 3.5 años, presentaron el evento primario 14.2% del grupo beta bloqueante y 16.3% del grupo control (HR 0.85; IC 95%, 0.75–0.98), sin diferencias en seguridad.	El beta bloqueante en pacientes post IAM con FEy >40% redujo la mortalidad cardiovascular o eventos adversos cardiovasculares.
<b>Beta-Blockers after MI with Mildly Reduced EF: an IPD meta-analysis of RCT</b>	Evaluar los efectos de beta bloqueantes en pacientes post infarto y deterioro leve del FEy.	Meta análisis de pacientes individuales de 4 trials recientes (BETAMI-REBOOT-DANBLOCK-CAPITAL). Los pacientes debían tener FEy 40–49%, sin IC clínica.	Presentaron eventos 32.6 pacientes/año de los pacientes que recibieron beta bloqueantes y 43.0 del grupo control (HR 0.75; IC 95%, 0.57–0.97).	Los beta bloqueantes redujeron el punto final de muerte, nuevo infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca.
<b>REFINE-ICD – Efficacy of ICD therapy in higher risk post-MI patients with better-preserved LV function</b>	Investigar la utilidad del CDI en pacientes post IAM y sin deterioro severo de la FEy, pero con marcadores de riesgo presentes.	Incluyó pacientes con infarto previo. FEy entre 36% y 50%, menores de 80 años, sin FA, MCP o CDI, y presencia en Holter de turbulencia de la frecuencia cardíaca y alternancia de la onda T. Se randomizó a colocación de CDI.	Luego de un seguimiento de 6 años, 24.5% del grupo CDI y 21.3% del grupo no CDI fallecieron (HR 1.07; IC 95%, 0.77-1.50). No hubo diferencias en mortalidad cardiovascular ni muerte súbita.	La colocación profiláctica de CDI no redujo la mortalidad en esta población.
<b>BaxHTN – Efficacy and safety of baxdrostat in uncontrolled or resistant hypertension</b>	Evaluar el efecto de un inhibidor de la aldosterona sintasa en pacientes con hipertensión no controlada o resistente.	Ensayo aleatorizado, internacional, doble ciego y controlado con placebo. Reclutó pacientes con presión sistólica entre 140 y 170 mmHg a pesar de al menos dos antihipertensivos, incluyendo un diurético. Se evaluó el cambio en la presión sistólica a la semana 12.	El cambio de la presión sistólica fue -14.5 mmHg con 1 mg de baxdrostat, -15.7 mmHg con 2 mg de baxdrostat y -5.8 mmHg con placebo (P<0.001). Los pacientes con baxdrostat presentaron mayor incidencia de hiperkalemia (2.3%, 3.0% y 0.4%, respectivamente).	Baxdrostat fue eficaz para reducir la presión arterial en pacientes con hipertensión no controlada o resistente.
<b>KARDIA-3 – Zilebesiran as Add-on Therapy in Adults with Hypertension and Established Cardiovascular Disease or at High Cardiovascular Risk</b>	Evaluar el impacto de zilebesiran en pacientes con riesgo cardiovascular elevado e hipertensión no controlada.	Ensayo aleatorizado, controlado con placebo comparó una aplicación subcutánea de zilebesiran en pacientes con enfermedad cardiovascular o alto riesgo de enfermedad cardiovascular e hipertensión no controlada.	Luego de 3 meses de tratamiento, zilebesiran estudiado en dosis de 300 mg y 600 mg, produjo un descenso de -3.6 y -2.6 mmHg respecto a placebo (no significativo).	La aplicación de una única dosis de zilebesiran produjo un descenso a los 3 meses no significativo de la presión arterial.
<b>ESSENCE-TIMI 73b – Targeting APOC3 with Olezarsen in Moderate Hypertriglyceridemia</b>	Evaluar el efecto del oligonucleótido antisentido N-acetilgalactosamina-conjugado, cuyo objetivo es el ARN mensajero de la apolipoproteína C-III, inhibidor del clearance de triglicéridos.	Estudio aleatorizado, internacional, doble ciego, controlado con placebo. Enroló pacientes con hipotrigliceridemia (150–499 mg/dl), que recibieron 50 mg u 80 mg de olezarsen o placebo.	A los 6 meses y comparado con placebo, olezarsen redujo los triglicéridos significativamente en ambos grupos con respecto al placebo (58.4% con 50 mg y 60.6% con 80 mg, P<0.001).	Olezarsen redujo el nivel de triglicéridos en forma significativa a los 6 meses de tratamiento en pacientes con hipertrigliceridemia moderada.
<b>VICTORIAN-Difference Trial – Inclisiran-based strategy in hypercholesterolaemia</b>	Evaluar si el inclisiran es superior a la terapia convencional en la reducción de colesterol LDL en pacientes con alto riesgo cardiovascular.	Ensayo aleatorizado, controlado con placebo, incluyó pacientes con niveles de colesterol LDL elevados a pesar de dosis máximas de estatinas. El evento final primario fue la proporción de pacientes con niveles de LDL acorde a las guías.	A los 90 días, una proporción significativamente mayor de pacientes que recibieron inclisiran alcanzaron su objetivo de LDL (84.9% vs. 31.0%, OR 12.09; IC 95%, 9.59-15.24).	La terapia con inclisiran un descenso temprano y sostenido del colesterol LDL respecto al tratamiento convencional.
<b>DANCAVAS 2 – Screening and intervention to prevent cardiovascular disease and death</b>	Conocer el beneficio de una estrategia de screening cardiovascular en la población de 60 a 64 años.	Ensayo aleatorizado, basado en registros de Dinamarca. Comparó la invitación a realizar un screening de enfermedad cardiovascular subclínica vs no invitación. La intervención incluyó estatinas, aspirina y vigilancia.	El 62.6% de la rama intervención realizó el screening. Luego de un seguimiento de 7.0 años, murieron 9.3% del grupo intervención y 9.9% del grupo control (HR 0.94; IC 95%, 0.86-1.03). La incidencia de sangrado fue mayor en el grupo intervención.	La invitación a un screening de enfermedad cardiovascular no redujo la mortalidad y produjo aumento del sangrado.
<b>PERI-CRIT – Ivabradine in Patients Undergoing Noncardiac Surgery</b>	Conocer si la ivabradina previene la injuria miocárdica luego de cirugía no cardíaca.	Incluyó pacientes >45 años, en plan de cirugía no cardíaca, con enfermedad cardiovascular establecida o riesgo elevado, a recibir ivabradina o placebo. Se evaluó injuria miocárdica dentro de los 30 días de randomización.	2101 pacientes fueron incluidos. 17.0% en el grupo ivabradina y 15.1% del placebo presentaron injuria cardíaca.	Ivabradina no redujo la injuria miocárdica en cirugía no cardíaca.
<b>ABC-AF – Biomarker-based ABC-AF Risk scores for Personalised Treatment to Reduce Stroke or Death in Atrial Fibrillation</b>	Evaluar la utilidad de un score de riesgo basado en biomarcadores para guiar el tratamiento de pacientes con FA.	Ensayo pragmático, basado en registros, aleatorizado abieto en Suecia. La rama activa utilizó el score de riesgo ABC-AF, mientras que la rama tradicional se maneja a discreción del investigador. Se evaluó mortalidad y ACV.	El enrolamiento se detuvo precozmente. En un seguimiento de 2.6 años, 3.18/100 pacientes/año del grupo intervención y 2.67 del grupo control presentaron el evento.	El manejo guiado por el score de riesgo ABC-AF no mejoró los eventos clínicos en pacientes con FA.
<b>HI-PRO – Apixaban for Extended Treatment of Provoked Venous Thromboembolism</b>	Conocer la duración adecuada de la anticoagulación luego de una TEV con un factor de riesgo transitorio pero con factores persistentes concomitantes.	Ensayo aleatorizado, doble ciego, incluyó pacientes con TEV luego de un factor provocador transitorio, pero un factor persistente (obesidad, enfermedad pulmonar o inflamatoria crónica) a recibir apixabán 2.5 mg cada 12 hs o placebo luego de 3 meses de anticoagulación.	Luego de un año de tratamiento, 1.3% de los pacientes con apixaban y 10.0% del grupo placebo presentaron un nuevo TEV (HR 0.13; IC 95%, 0.04–0.36). Sin diferencias en sangrado mayor.	La terapia con apixaban en baja intensidad redujo significativamente el riesgo de nueva TEV sintomática sin aumentar el sangrado.
<b>SWEDEPAD 1 and 2 – Impact of drug-coated devices in patients with peripheral arterial disease</b>	Evaluar el efecto de los dispositivos con recubiertos con paclitaxel en la tasa de amputación y en los resultados clínicos en pacientes con enfermedad arterial periférica infrainguinal.	Dos ensayos multicéntricos, aleatorizados y basados en registros, realizados en Suecia. SWEDEPAD 1 incluyó a pacientes con isquemia crítica en las extremidades inferiores. SWEDEPAD 2 se centró en pacientes con claudicación intermitente.	En ninguno de los dos ensayos se observaron diferencias significativas en los puntos finales evaluados entre las ramas con o sin dispositivos recubiertos con paclitaxel.	El uso de dispositivos con paclitaxel no mostró una reducción en el riesgo de amputación ni una mejora en los resultados clínicos en pacientes con enfermedad infrainguinal.
<b>THE PULSE TRIAL – Role of CTA to evaluate patients who have undergone LM PCI</b>	Evaluar el uso de la TC coronaria para la evaluación de rutina luego de angioplastia de tronco de la coronaria izquierda.	Ensayo multicéntrico, abierto con adjudicación ciega de eventos. Se aleatorizó a TC coronaria o manejo estándar a los 6 meses de realizada la angioplastia.	La incidencia de efectos adversos mayores cardiovasculares no tuvo diferencias (HR 0.97; IC 95%, 0.76–1.23), pero la intervención se asoció a una reducción significativa de infartos espontáneos (0.9% vs. 4.9%) a expensas de aumento de las revascularizaciones guiadas por imágenes.	El uso rutinario de angioTC coronaria a los 6 meses de la angioplastia de tronco no redujo el desenlace combinado de MACE a 18 meses.
<b>The AQUATIC trial – Aspirin in Patients with Chronic Coronary Syndrome Receiving Oral Anticoagulation</b>	Investigar la eficacia y seguridad de añadir aspirina a la terapia anticoagulante oral en pacientes con síndrome coronario crónico y alto riesgo.	Ensayo multicéntrico, doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo, realizado en Francia. El evento final primario fue el compuesto por muerte cardiovascular, infarto, ACV, embolia sistémica, revascularización coronaria o isquemia arterial aguda.	El ensayo se detuvo de manera temprana por aumento de mortalidad por todas las causas en el grupo aspirina. El evento primario fue mayor en el grupo de aspirina (16.9% vs. 12.1%; HR 1.53, p=0.02). El sangrado mayor fue significativamente más alto.	Añadir aspirina a la terapia anticoagulante oral incrementó el riesgo de eventos adversos cardiovasculares, muerte y hemorragia mayor.
<b>The DUAL-ACS Trial: – Duration of DAPT in ACS</b>	Evaluar la duración óptima de la terapia antiplaquetaria dual, comparando estrategias de 3 y 12 meses, luego de un infarto de miocardio.	Ensayo aleatorizado, internacional, abierto, con control activo, pragmático.	El estudio se detuvo precozmente por dificultades en el reclutamiento. La doble antiagregación por 3 meses tuvo una incidencia similar de muerte por todas las causas respecto al tratamiento por 12 meses (2.7% vs. 3.4%, HR 0.78; IC 95%, 0.57-1.07). La incidencia de sangrado fue 3.2% y 4.0%, respectivamente.	El tratamiento abreviado con doble antiagregación tiene el potencial de lograr mejor supervivencia y tasas de sangrado más bajas.
<b>NEO-MINDSET – Early Withdrawal of Aspirin after PCI for Acute Coronary Syndromes</b>	Determinar si la monoterapia con un inhibidor de P2Y12 sin aspirina es efectiva y segura para pacientes con síndromes coronarios agudos después de una PCI.	Ensayo multicéntrico, abierto y aleatorizado en Brasil. Evaluó no inferioridad. Los pacientes recibieron monoterapia o terapia dual por 12 meses.	La monoterapia no fue no inferior a la terapia dual para el resultado compuesto de muerte o eventos isquémicos (7.0% vs. 5.5%, diferencia absoluta 1.47%; IC 95%, -0.16–3.10). El sangrado mayor fue menor con monoterapia a expensas de aumento de la trombosis del stent.	La monoterapia no fue no inferior a la terapia dual en cuanto a un compuesto de muerte o eventos isquémicos.
<b>TAILORED-CHIP – Tailored Antiplatelet Therapy for Complex High-Risk PCI</b>	Investigar la eficacia y seguridad de un tratamiento antiplaquetario personalizado en pacientes de alto riesgo sometidos a PCI compleja.	Ensayo clínico multicéntrico y aleatorizado. Se asignó a 2018 pacientes a una terapia personalizada de escalamiento precoz y desescalamiento tardío, o a una terapia dual estándar.	El punto final primario (muerte, infarto, ACV, trombosis del stent, revascularización no programada y sangrado mayor) ocurrió en el 10.5% del grupo de terapia personalizada y en el 8.8% del grupo de terapia dual (HR 1.19; IC 95% 0.9-1.58).	La estrategia antiplaquetaria personalizada no disminuyó la incidencia de eventos adversos primarios a los 12 meses.
<b>TARGET-FIRST – Early aspirin discontinuation after PCI in acute MI patients</b>	Determinar la duración apropiada de la doble terapia antiagregante en pacientes con bajo riesgo de infarto de miocardio que se sometieron a una angioplastia coronaria.	Ensayo aleatorizado, abierto, multicéntrico, en 40 centros europeos, evaluó no inferioridad. Los pacientes fueron asignados a continuar con monoterapia con un inhibidor de P2Y12 o con doble terapia antiagregante luego de un mes de tratamiento.	El 2.1% grupo intervención presentó el evento primario (muerte, sangrado y eventos adversos cardiovasculares) y el 2.2% del grupo control (diferencia -0.09%; IC 95%, -1.39-1.2). El sangrado clínicamente significativo fue menor en el grupo monoterapia.	La monoterapia con un inhibidor P2Y12 luego de un mes de doble antiagregación fue no inferior a la terapia estándar.
<b>DAPT-SHOCK-AMI trial – Cangrelor in cardiogenic shock</b>	Investigar la eficacia y seguridad del cangrelor intravenoso en comparación con ticagrelor oral en pacientes con infarto y shock cardiogénico.	Ensayo aleatorizado, multicéntrico, doble ciego, controlado con placebo.	Un total de 37.6% y 41.0% de los pacientes con cangrelor y ticagrelor, presentaron muerte, infarto o ACV, respectivamente (diferencia -3.5%; IC 95%, -13.5%–2.4%, P no inferioridad 0.13).	La terapia con cangrelor no demostró la no inferioridad en comparación con ticagrelor.
<b>ALONE-AF – Discontinuing long-Term oral anticoagulation after successful atrial fibrillation ablation</b>	Evaluar si suspender los anticoagulantes orales después de la ablación de la FA y ausencia de recurrencia de arritmia es superior a continuar el tratamiento.	Ensayo clínico aleatorizado, abierto, multicéntrico, realizado en 18 hospitales de Corea del Sur.	El resultado primario (ictus, embolia o hemorragia) ocurrió en el 0.3% del grupo de suspensión vs. 2.2% del grupo de continuación (diferencia -1.9%; IC 95%, -3.5% – -0.3%). Ningún paciente del grupo suspensión presentó sangrado mayor, vs. 1.4% del grupo continuación.	Suspender la terapia anticoagulante se asoció con un menor riesgo de ictus, embolia y hemorragia mayor.
<b>BEAT PAROX AF – PFA versus RFA for the treatment of paroxysmal AF</b>	Demstrar la eficacia y seguridad de la técnica de ablación "pulse field" en comparación con la ablación por radiofrecuencia en individuos con FA paroxística.	Ensayo clínico aleatorizado, diseñado para superioridad, internacional, multicéntrico, realizado en 9 centros de Europa. Se evaluó ausencia de recurrencia de la arritmia, necesidad de antiarrítmicos o nuevos procedimientos.	El porcentaje de pacientes con terapia exitosa a los años fue similar (77.2% en el grupo PFA y 77.6% en RFA, P=0.84). La terapia con PFA mostró disminución de los efectos adversos y una duración menor del procedimiento.	Las terapias con PFA y RFA tuvieron excelente resultado a 12 meses, sin diferencias en la tasa de éxito.
<b>CUVIA – Digital Twin-Guided Patient Specific Rotor Ablation for Persistent Atrial Fibrillation</b>	Evaluar si la nueva técnica de ablación es superior al aislamiento empírico de las venas pulmonares en FA persistente.	Ensayo clínico aleatorizado, realizado en Corea del Sur. Evaluó si la nueva técnica de ablación conjuntamente con la ablación de venas pulmonares previene la recurrencia de arritmias auriculares a 12 meses.	La ablación de rotores paciente específicos mantuvo un porcentaje de pacientes libres de arritmia significativamente mayor (80.6% vs. 68.0%).	La ablación de rotores con la tecnología Digital Twin-Guided redujo la recurrencia de arritmias auriculares en 48%.
<b>PARACHUTE-HF – Sacubitril/valsartan vs. enalapril for HF due to Chagas disease</b>	Comparar la eficacia y seguridad de sacubitril/valsartan vs. enalapril en pacientes con insuficiencia cardíaca chagásica con FEy reducida.	Ensayo aleatorizado, multicéntrico, realizado en Argentina, Brasil, Méjico y Colombia. Se realizó un análisis de win ratio que incluyó mortalidad cardiovascular, el cambio en el proBNP y las internaciones por insuficiencia cardíaca al año.	El sacubitril/valsartan fue significativamente superior al enalapril (win ratio 1.52; IC 95%, 1.28-1.82). No presentó diferencias significativas en mortalidad o primera hospitalización por insuficiencia cardíaca, pero redujo significativamente el NT-proBNP.	El sacubitril/valsartan fue superior al enalapril, a expensas primariamente de una reducción del 32% del NT-proBNP.
<b>HELP-MI SWEDEHEART – Randomised H. pylori screening after MI</b>	Determinar si el cribado rutinario de Helicobacter pylori después de un infarto de miocardio reduce los eventos de sangrado y mejora los resultados.	Ensayo clínico aleatorizado, abierto, cruzado y por conglomerados, realizado en 35 hospitales suecos, bsado en registros de salud.	El 16.8% del grupo de cribado vs. 19.2% del grupo de atención habitual presentaron hemorragia digestiva alta luego de una mediana de 1.9 años de seguimiento (RR 0.90, P=.18).	El cribado rutinario de H. pylori no redujo significativamente el riesgo de hemorragia digestiva alta en pacientes con infarto agudo de miocardio.
<b>Project MHYH – One-Year Results</b>	Investigar si la utilización de marcapasos reacondicionados es no inferior a marcapasos nuevos en términos de infecciones.	Ensayo aleatorizado, de no inferioridad.	La utilización de marcapasos reacondicionados fue no inferior en comparación con los nuevos (tasa de infecciones 2.8% vs. 1.4%), sin cambios significativos en los puntos finales de seguridad.	La utilización de marcapasos reacondicionados fue no inferior a la colocación de marcapasos nuevos.
<b>NEWTON-CABG CardioLink-5 – Evolocumab and Saphenous Vein Graft Patency</b>	Evaluar si el inicio temprano de la reducción intensiva de LDL-C con evolocumab reduce la falla del injerto de vena safena después de la cirugía de bypass.	Ensayo multicéntrico, internacional, doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo en 23 centros.	Evolocumab redujo el LDL-C en 48.8%. La tasa de falla del injerto safeno a los 24 meses de seguimiento fue 21.7% en el grupo de evolocumab y 19.7% en el grupo de placebo (diferencia 2.0%, P=0.44).	El evolocumab no redujo la falla del injerto de vena safena, a pesar de la reducción del LDL-C.
<b>TACSI Trial– Ticagrelor and Aspirin or Aspirin Alone after Coronary Surgery for Acute Coronary Syndrome</b>	Investigar si añadir ticagrelor a la aspirina reduce los eventos cardiovasculares adversos en pacientes con síndrome coronario agudo después de una cirugía de revascularización.	Ensayo clínico abierto, aleatorizado, basado en registros, en 22 centros nórdicos. Los pacientes recibieron ticagrelor y aspirina o monoterapia con aspirina por 12 meses luego de la cirugía.	El punto final primario ocurrió en el 4.8% del grupo de ticagrelor más aspirina y en el 4.6% del grupo de solo aspirina (HR 1.06, P=0.77). El sangrado mayor fue más frecuente en el grupo ticagrelor y aspirina (4.9% vs. 2.0%).	El tratamiento con ticagrelor más aspirina no resultó en una menor incidencia de eventos adversos cardiovasculares que la monoterapia con aspirina.
<b>OPINION Trial – Surgical left atrial appendage occlusion in valvular heart disease without atrial fibrillation</b>	Evaluar si la oclusión profiláctica en la cirugía valvular de la orejuela auricular izquierda reduce los eventos tromboembólicos en pacientes sin FA.	Ensayo multicéntrico, abierto, aleatorizado en tres centros de China. Los pacientes debían tener CHA2DS2-VASc ≥2.	El punto final primario (ACV isquémico, AIT o mortalidad cardiovascular) ocurrió en el 6.9% del grupo de oclusión vs. 8.2% en el grupo control al año de seguimiento (HR 0.83; IC 95% 0.61 - 1.14).	La oclusión profiláctica de la orejuela izquierda no redujo significativamente el punto final compuesto primario.