

Late-Breaking Clinical Trials Congreso ACC 2026

Estudio	Objetivo	Métodos	Resultados Principales	Conclusión
Ultrasound-Facilitated Catheter-Directed Thrombolysis Vs Anticoagulation Alone For Acute Intermediate-High-Risk Pulmonary Embolism: Primary Results of the HI-PEITHO Randomized Clinical Trial	Evaluar si la fibrinólisis facilitada por ultrasonido y dirigida por catéter, combinada con anticoagulación, mejoró los resultados de los pacientes en comparación con el tratamiento habitual de anticoagulación sola en casos de embolia pulmonar aguda de riesgo intermedio	Ensayo clínico aleatorizado, de diseño adaptativo y abierto. Población: 544 pacientes (de 18 a 80 años) con embolia pulmonar aguda de riesgo intermedio. Debían presentar una relación VD/VI ≥1.0, elevación de troponina y al menos dos signos de dificultad cardiorrespiratoria (como TAS ≤110 mm Hg, taicardia o taquiperia). Intervención: Asignados aleatoriamente 1:1 a un grupo de intervención (fibrinólisis facilitada por ultrasonido y dirigida por catéter con alteplasa más anticoagulación) o a un grupo de control (anticoagulación sola). El PFP fue un compuesto de muerte relacionada con el TEP, shock o descompensación cardiorrespiratoria, o recurrencia sintomática no fatal de la embolia pulmonar dentro de los 7 días posteriores a la aleatorización.	Eficacia: En la población por intención de tratar, PFP 4.0% de los pacientes (11 de 273) en el grupo de intervención / 10.3% (28 de 271) en el grupo de control (riesgo relativo, 0.39; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0.20 a 0.77; P = 0.005). Beneficio impulsado principalmente por menor riesgo de descompensación o shock en el grupo de intervención (3.7% frente al 10.3% en el grupo de control). Seguridad: No hubo diferencias significativas entre los grupos en la incidencia de sangrado mayor a los 7 días (4.1% en el grupo de intervención frente a 2.2% en el grupo de control; P = 0.32) ni a los 30 días. No se reportaron casos de hemorragia intracraneal en ninguno de los dos grupos. No hubieron diferencias significativas en la mortalidad por cualquier causa o en eventos adversos graves a los 30 días.	En pacientes con TEP agudo de riesgo intermedio, el tratamiento con fibrinólisis facilitada por ultrasonido y dirigida por catéter más anticoagulación redujo significativamente el riesgo de sufrir el PFP de muerte relacionada con la embolia, descompensación o shock, o recurrencia sintomática de la embolia, en un plazo de 7 días, en comparación con la anticoagulación sola.
Left Atrial Appendage Closure or Anticoagulation for Atrial Fibrillation: Primary Results of the CHAMPION-AF Clinical Trial	Comparar la seguridad y eficacia del cierre de orejuela izquierda (LAOC) con el dispositivo WATCHMAN FLX frente a los anticoagulantes orales directos (DOAC), en pacientes elegibles para recibir anticoagulación.	Estudio prospectivo, aleatorizado y multicéntrico, en pacientes con fibrilación auricular (FA) no valvular con indicación de anticoagulación crónica. El punto final primario de eficacia, compuesto de muerte cardiovascular, stroke y embolias sistémicas, fue testado por no inferioridad (margen de 4.8 puntos porcentuales). El punto final de seguridad, sangrado no relacionado al procedimiento, fue testado para superioridad.	Se incluyeron 3000 pacientes, edad media 71.7 años, 31.9% media de CHA2DS2VASc 3.5. A los tres años de seguimiento, el punto final primario ocurrió en 5.7% del grupo WATCHMAN FLX y en 4.8% del grupo WATCHMAN FLX (diferencia 0.9%; IC 95% -0.8 a 2.6). Si bien la incidencia de ACV fue numéricamente mayor en el grupo LAAO (3.6% vs 2.5%), no alcanzó la significación estadística (aunque la tasa de eventos fue menor a la prevista). El sangrado no relacionado al procedimiento fue mayor en el grupo anticoagulación (19.0% vs 10.9%; HR 0.55; IC 95% 0.45 - 0.67), aunque no hubo diferencias en la tasa de sangrado mayor.	Si bien el cierre de orejuela con WATCHMAN FLX resultó no inferior de acuerdo al margen establecido y tuvo menos sangrados no relacionados al procedimiento, se observó una mayor tasa de stroke y un sangrado mayor similar en comparación con el grupo anticoagulación.
Primary Left Ventricular Unloading in Anterior ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) Without Cardiogenic Shock: Results From the STEMI-Door to Unload Randomized Clinical Trial	Evaluar si una estrategia de descarga ventricular izquierda con Impella antes de la reperfusión (y retrasando la angioplastia alrededor de 30 min) mejoró los resultados en pacientes con: SCACEST anterior sin shock cardiogénico.	Ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado en pacientes con SCACEST anterior sin shock cardiogénico. Outcome de eficacia: reducción del tamaño del infarto y eventos clínicos (muerte CV, ICC, shock), outcome de seguridad: complicaciones del dispositivo (sangrado, vasculares).	La utilización de impella en SCACEST anterior sin shock cardiogénico no demostró beneficio en comparación a angioplastia inmediata.	La estrategia de descarga del VI antes de reperfundir no fue superior a la angioplastia inmediata en términos de beneficios clínicos. Tiempo puerta balón sigue siendo lo estándar.
Kardinal: A Phase 2 Study of Tonlamarsen For the Treatment of Uncontrolled Hypertension	Evaluar la eficacia del tonlamarsen, un oligonucleótido antisentido que inhibe la síntesis hepática de angiotensinógeno, en el control de la presión arterial en pacientes con HTA refractaria.	Estudio prospectivo, aleatorizado, multicéntrico, doble ciego y controlado con placebo. Los pacientes debían tener presión sistólica > 135 mmHg a pesar de recibir al menos 2 antihipertensivos. Todos los pacientes recibieron una dosis de tonlamarsen de 90 mg en una fase de run-in, luego fueron randomizados a 4 dosis adicionales mensuales de tonlamarsen o placebo. Se evaluó descenso de la presión arterial y angiotensinógeno plasmático.	Se incluyeron 198 pacientes luego de la fase de run-in, con una edad media de 61 años. La administración de tonlamarsen redujo el angiotensinógeno un 44.1% con respecto al placebo (97.5% CI: -51.9 to -36.4, p<0.0001). No hubo diferencias en el descenso de la presión arterial entre grupos (-0.1mmHg; 95% CI: -4.5 to -4.4, p=0.97). La incidencia de efectos adversos fue baja y similar entre grupos.	La administración de tonlamarsen en pacientes con HTA no controlada, a pesar de reducir el angiotensinógeno plasmático, no produjo un descenso adicional de la presión arterial.
Evolocumab to Reduce First Major Cardiovascular Events in Patients Without Known Significant Atherosclerosis and With Diabetes: Results From VESALIUS-CV Trial	Evaluar el efecto de Evolocumab en la reducción de eventos cardiovasculares mayores en pacientes de alto riesgo con diabetes, sin aterosclerosis significativa	Análisis de subgrupo pre establecido del VESALIUS-CV, un ensayo multinacional, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, que estudió el uso de evolocumab en pacientes sin infartos o stroke previos. Se examinaron los resultados en pacientes sin aterosclerosis significativa conocida, y con diabetes de alto riesgo (mayor a 10 años de duración, con uso de insulina diario o enfermedad microvascular. Los endpoints primarios fueron 3-P MACE: muerte por IAM, ACV isquémico y 4-P MACE (adicionalmente revascularización dirigida por isquemia). Endpoint secundario: mortalidad total.	El grupo predefinido incluyó 3655 pacientes, edad media 65 años, 57% mujeres. El evolocumab redujo significativamente el nivel de colesterol a las 48 semanas del estudio (media 52 mg/dl vs 113 mg/dl). También redujo el riesgo del punto final primario de 3- P MACE a 5 años (5.0% vs 7.1%, HR 0.69; IC 95% 0.52-0.91) y 4-P MACE (7.6% vs 10.5%; HR 0.69; IC 95% 0.55 - 0.86). Adicionalmente, el evolocumab redujo la mortalidad total a 5 años (7.8% vs 10.1%; HR 0.76; IC 95% 0.61-0.95).	En pacientes de alto riesgo sin eventos previos ni aterosclerosis conocida, pero con diabetes de alto riesgo, el tratamiento intensivo con evolocumab redujo el riesgo de un primer evento cardiovascular.
Intensive Low-Density Lipoprotein Cholesterol Targeting in Patients With Atherosclerotic Cardiovascular Disease: Ez-PAVE Clinical Trial	Evaluar si una estrategia de reducción intensiva del colesterol LDL (objetivo 55 mg/dl) es superior a una estrategia convencional (objetivo 70 mg/dl) en la prevención de eventos CV mayores en pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica.	Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico, abierto, de superioridad. Población 3048 pacientes entre 19-80 años con enfermedad aterosclerótica. Intervención: asignación 1:1 a objetivo LDL de 55 mg/dl vs 70 mg/dl. Tratamiento: estatina con posibilidad de agregar ezetimibe o inhibidores de PCK9. Seguimiento 3 años. End point: compuesto de muerte cardiovascular, IAM no fatal, ACV no fatal, revascularización o internación por angina inestable.	LDL alcanzado: 56 mg/dl vs 66 mg/dl. End point primario 6.6% en el grupo intervención vs 9.7% en el grupo control (reducción del riesgo 33%). Menor IAM no fatal y necesidad de revascularización con tratamiento intensivo (HR 0.46 y HR 0.63).	En pacientes con enfermedad cardiovascular el objetivo de LDL <55 mg/dl redujo significativamente los eventos a 3 años en comparación con LDL de 70 mg/dl, sin incremento de efectos adversos.
DASH-Patterned Groceries to Reduce Blood Pressure Among Adults With Treated Hypertension: Results From the GoFreshRx Randomized Clinical Trial	Determinar el efecto de la adición de dieta DASH en el control de la presión arterial, en adultos de raza negra que se encontraban recibiendo activamente medicación antihipertensiva.	Estudio prospectivo, aleatorizado. Se incluyeron pacientes de raza negra que vivían en comunidades de bajos ingresos. La intervención aleatorizada, fue la asistencia de un nutricionista para la obtención de alimentos alineada con la dieta DASH. El punto final primario fue el descenso en la presión arterial sistólica luego de 3 meses de tratamiento.	Se incluyeron 176 participantes, edad media 60.1 años y 80.7% sexo femenino. El grupo intervención presentó un descenso en la presión sistólica de 7.0 mmHg vs 2.0 mmHg el grupo control (diferencia -5.0%; IC 95%: -8.0 a -1.9; P=0.002). Los efectos de la intervención se mantuvieron parcialmente luego de 3 meses de finalizada.	La compra de alimentos guiada para alinearse con la dieta DASH fue una estrategia útil para mejorar el control de la presión arterial en el corto plazo.
Controlled Trial of High-Risk Coronary Intervention With Percutaneous Left Ventricular Unloading (CHIP-BCIS3)	Evaluar si el uso de IMPELLA durante angioplastias de alto riesgo es mejor a la angioplastia sin soporte planificado.	Ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, abierto. Inclusión: Pacientes con enfermedad coronaria compleja, de alto riesgo quirúrgico (no candidatos a CABG), disfunción ventricular significativa (Fey <35% o Fey <45% + IM severa) y anatomía compleja (BCIS jeopardy score elevado). Endpoint primario: jerárquico compuesto por: muerte, ACV, IAM, hospitalización CV.	El uso rutinario de Impella no resultó beneficioso (win ratio: 0.85 [IC 95% 0.63-1.15; p = 0.30]. Se observó mayor mortalidad con Impella que con tt estándar 32.6% (Impella) vs 23.4% (control) HR1.54 (IC 95% 0.99-2.41).	En pacientes con disfunción ventricular no candidatos a cirugía y anatomía coronaria compleja, la utilización de impella no resultó ser beneficiosa versus la angioplastia estándar y aumentó la mortalidad cardiovascular.
Angiography-Derived Fractional Flow Reserve to Guide PCI - ALL-RISE	A pesar de mejorar los resultados clínicos en pacientes con lesiones coronarias intermedias, la estimación del FFR mediante un catéter de presión intracoronario es poco utilizada. El estudio evaluó los resultados clínicos de la estimación del FFR derivadas únicamente de imágenes de angiografía coronaria a través de un software dedicado.	Estudio prospectivo, internacional, aleatorizado y de no inferioridad. Comparó pacientes con al menos una lesión coronaria intermedia al manejo con FFR convencional vs FFR estimado mediante imágenes de la angiografía (FFR angio). El punto final primario fue el compuesto por muerte, infarto de miocardio o revascularización no planeada.	Se incluyeron 1930 pacientes, con una edad media de 68.4 años. Luego de un año de seguimiento, el evento final fue similar entre ambos grupos (6.9% FFR angio vs 7.1% en FFR convencional; HR 0.98; IC 95% 0.7 - 1.39; P<0.001 no inferioridad).	La evaluación fisiológica de lesiones coronarias intermedias mediante FFR angio resultó no inferior a la medición de FFR mediante catéter de presión intracoronario.
A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Chronic Total Occlusion Percutaneous Coronary Intervention in Stable Angina- ORBITA-CTO	Evaluar por primera vez en un ensayo aleatorizado, la eficacia de la angioplastia coronaria en oclusiones crónicas.	Ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico, abierto. Inclusión: Pacientes con enfermedad coronaria compleja, de alto riesgo quirúrgico (no candidatos a CABG), disfunción ventricular significativa (Fey <35% o Fey <45% + IM severa) y anatomía compleja (BCIS jeopardy score elevado). Endpoint primario: jerárquico compuesto por: muerte, ACV, IAM, hospitalización CV.	Se incluyeron 50 pacientes que fueron seguidos por 6 meses. En comparación con el placebo, la angioplastia de lesiones crónicas ocluidas, resultó en una mejoría inmediata y sostenida del score de angiografía sin (OR 4.38, CrI 95% 1.57 - 12.69, Pr[Beneficio] = 0.996).	En pacientes con oclusiones coronarias sintomáticas, con compromiso de un único vaso, la revascularización por angioplastia percutánea mejoró el manejo de la angina en comparación con el placebo.
Fractional Flow Reserve or 3d-quantitative Coronary Angiography-Based Vessel-FRR Guided Revascularization - The Fast III Trial	Evaluar si la estrategia de revascularización coronaria guiada por vFFR (vessel FFR derivado de angiografía 3D) es no inferior a la guiada por FFR invasivo en pacientes con enfermedad coronaria estable.	Ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico. Incluir a pacientes con lesiones coronarias intermedias (40-90%). Endpoint primario: MACE al año.	Revascularización guiada por vFFR fue no inferior (IC 95%: -2.25 a 2.21, p= 0.004 para no inferioridad). El tiempo de revascularización fue menor en los procedimientos guiados por vFFR.	La revascularización guiada por vFFR fue no inferior a FFR, segura y requirió menor tiempo de revascularización.
SPIRIT-HF: Spironolactone in the Treatment of Heart Failure	Evaluar si la espirolactona ofrece beneficios en términos de hospitalizaciones por IC y muerte cardiovascular en comparación con un placebo, en pacientes con IC Fp o IC r.	Ensayo doble ciego realizado entre 2018 y 2024 en 56 centros de cuatro países europeos. Se asignó aleatoriamente a 730 pacientes sintomáticos a recibir espirolactona o placebo. La mediana de edad de los participantes fue de casi 78 años, la mitad eran mujeres y la gran mayoría (80%) tenía IC Fp.	PFP (muerte CV/internación por IC): A los 24 meses, no hubo diferencias significativas entre los grupos. PFS: Hubo una tasa significativamente mayor de hospitalizaciones totales, hipotensión, eventos renales y niveles elevados de potasio en los pacientes que tomaron espirolactona en comparación con el placebo.	La espirolactona no demostró ninguna mejora significativa en el PFP a los 24 meses. Por el contrario, incrementó los eventos adversos y las hospitalizaciones totales. Aunque los resultados de eficacia podrían considerarse ligeramente inconclusos debido al tamaño final del ensayo, los hallazgos de seguridad dejan en claro que se debe tener precaución y monitorear estrictamente la función renal y los niveles de potasio al tratar a pacientes con este medicamento.
Efficacy and Safety of Sotatercept in Combined Post-and Pre-Capillary Pulmonary Hypertension Associated With Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: Results From the Phase 2 Cadence Trial	Evaluar el sotatercept como tratamiento para la hipertensión pulmonar combinada poscapilar y precapilar asociada a insuficiencia cardíaca (CcpPH-HFPEF)	Ensayo clínico de fase 2, aleatorizado y controlado con placebo, en el que 164 pacientes recibieron inyecciones de sotatercept (0.3 o 0.7 mg/kg) o placebo durante 24 semanas	El sotatercept redujo significativamente la resistencia vascular pulmonar frente al placebo. También redujo significativamente las presiones arteriales pulmonar media y presión wedge. Fue bien tolerado, siendo diarrea y el aumento de hemoglobina los efectos secundarios más comunes.	El estudio demuestra de forma preliminar que el sotatercept mejora la función vascular pulmonar y cardíaca en esta enfermedad, lo que respalda su avance hacia ensayos clínicos de fase 3.
IMPEDANCE-HFPEF. Lung Impedance-Guided Therapy in Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: Results of a Randomized Clinical Trial.	Evaluar la utilidad de un dispositivo no invasivo diseñado para monitorizar la congestión pulmonar en pacientes con IC Fp. Evaluar la utilidad de la impedancia pulmonar (IP) para ajustar los medicamentos de forma temprana para reducir las hospitalizaciones y la mortalidad.	Ensayo simple ciego, unicéntrico. 150 pacientes con IC Fp (edad promedio 75 años, 62% mujeres y FEV1 de alrededor del 60%). 50% de los pacientes asignados aleatoriamente a recibir atención médica guiada por IP, mientras que la otra mitad recibió atención estándar. Se utilizó el monitor CardioSet Edema Guard durante las visitas ambulatorias; sólo los médicos del grupo de atención guiada conocían los resultados de las mediciones de IP y realizaban los ajustes de tratamiento basándose en ellos.	Seguimiento de 38.4 meses, el grupo guiado por IP mostró una reducción del 81% en hospitalizaciones por IC. El tiempo promedio hasta la primera hospitalización fue significativamente mayor en el grupo guiado (602 días) frente al grupo de atención estándar (83 días). Los pacientes del grupo de impedancia presentaron una tasa de mortalidad por cualquier causa un 65% menor y una tasa de mortalidad por insuficiencia cardíaca un 81% menor, sin que se registraran eventos adversos relacionados con el dispositivo. En este grupo, los médicos ajustaron los medicamentos más del doble de frecuencia y mucho antes de que se desarrollara la congestión pulmonar.	La monitorización no invasiva de la impedancia pulmonar permite a los médicos intervenir en una etapa preclínica, antes de que el paciente comience a experimentar síntomas de congestión. Este ajuste más temprano y frecuente tiene un efecto muy positivo, logrando reducir de forma sustancial tanto las hospitalizaciones como la mortalidad en pacientes con IC Fp.
Mavacamten in Symptomatic Adolescent Patients With Obstructive Cardiomyopathy: Results From the Phase 3 Scout-HCM Trial	Evaluar la eficacia y seguridad de mavacamten en miocardiopatas hipertrófica obstructiva sintomática comparado con placebo.	Ensayo en fase 3 doble ciego comparado con placebo. 44 pacientes adolescentes con MCH obstructiva y FEY ≥60%. Mavacamten vs placebo 28 semanas. End point primario: cambio de gradiente LVOT en reposo y post ejercicio, espesores, FFR, diástoles, síntomas; regurgitación mitral. Seguridad: efectos adversos FEY <50%, QT, eventos graves.	23 pacientes recibieron mavacamten y 21 placebo. Edad 14.6-14.7. Reducción del gradiente con Valvsalva -48 mmHg con mavacamten vs -4mm con placebo. P < 0.05. Mejoras adicionales: reducción de gradiente en reposo -39 vs 81 mmHg. Gradiente en ejercicio, grosor ventricular -2.5 vs -0.7 mm, mejora de la función diastólica, reducción de PROBNP y troponina, síntomas. Eventos adversos similares (78 vs 81%).	Mavacamten redujo significativamente la obstrucción del TSVI en adolescentes con MCH obstructiva con perfil de seguridad similar al placebo.
Redo-Surgery Versus Transcatheter Valve-In-Valve For Mitral Bioprosthetic Dysfunction: The SURVIV Trial	Evaluar en los pacientes con disfunción de válvula mitral bioprotésica, si el tratamiento transcataléter de valve-in-valve (VIV) se asocia con menor tasa de reintervención a ACV al año en comparación con la re operación de remplazo valvular mitral (tratamiento estándar).	Ensayo clínico aleatorizado y controlado, realizado en siete hospitales de Brasil, 150 pacientes con disfunción severa de la bioprótesis mitral, se los asignó 1:1 a recibir remplazo valvular mitral quirúrgico o VIV. Todos los pacientes fueron candidatos para recibir ambos procedimientos.	Al año el criterio de valoración principal (Muerte o ACV incapacitante) se produjo en el 20.8% de los pacientes tratados en forma quirúrgica y 5.3% en pacientes tratados con VIV (HR 0,23 P: 0.005). Esta diferencia se debió a eventos ocurridos en post operatorio temprano. Criterios secundarios a los 30 días: la mortalidad por causas CV fue mayor en grupo quirúrgico que en VIV (12.5 % vs 0%). Se observó mejoría sustancial en los síntomas y calidad de vida con ambos procedimientos.	El procedimiento de VIV transcataléter en pacientes con disfunción de la protesis biológica de válvula mitral severa ofreció un beneficio clínico a corto plazo en pacientes seleccionados de alto riesgo.
Deferral of percutaneous coronary intervention in patients undergoing transcatheter aortic valve implantation: PRO-TAVI Trial	Evaluar si no realizar revascularización coronaria de rutina previo al TAVI es segura y comparable a la estrategia de estándar de revascularización sistémica previa al TAVI en pacientes con EAO severa y enfermedad coronaria.	Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico. Inclusión: pacientes con EAO severa candidatos a TAVI y enfermedad coronaria concomitante. Diseño de NO INFERIORIDAD. Endpoint primario: compuesto de MACE al año.	Se incluyeron 466 pacientes, edad media 81 años, 36% mujeres. El evento final primario ocurrió en el 24% del grupo sin angioplastia de rutina y en el 26% del grupo angioplastia rutinaria previa a la colocación de TAVI (diferencia -1.7% [IC 95% -9.5 a 6.2] HR 0.89 [95% CI 0.62-1.28]; p=0.0008 para no inferioridad; p=0.68 para superioridad).	En pacientes sometidos a TAVI con enfermedad coronaria no realizar angioplastias de forma rutinaria fue no inferior a hacerlas de manera sistemática.
Protect The Head To Head Trial: Randomized Comparison of Embolizer Protection Catheter Vs. Sentinel Cerebral Protection System During Transcatheter Aortic Valve Replacement	Comparar la seguridad y efectividad de los dos dispositivos de prevención de embolia durante el TAVI: catéter de protección embólica Embolizer vs el sistema de protección cerebral Protection System During Transcatheter Aortic Valve Replacement	Estudio prospectivo, aleatorizado y controlado. Intervención: enfoque integral y co-diseñado por la comunidad que incluyó: asesoramiento con dietistas, retroalimentación y mensajes motivacionales optimizados por Inteligencia Artificial, elección flexible de vegetales y frutas frescas mediante un puesto agrícola móvil. El grupo control recibió una entrega semanal de una bolsa estándar de productos frescos (mismo valor económico) y mensajes básicos sobre nutrición.	Se incluyeron 80 adultos (66% negros, 33% hispanos), edad media 55 años, residentes en Maryland. A las 24 semanas, el grupo de intervención redujo la PAS en 6.8 mm Hg, frente a solo 0.3 mm Hg en el grupo control.	La intervención fue factible y efectiva. Mostró que integrar apoyos culturales, IA y acceso flexible a alimentos en el sistema de salud mejoró el control de la presión arterial, complementando la terapia farmacológica.
Two-Year Outcomes After Transcatheter Tricuspid Repair Without Cross-over in the Randomized Tri-FR Trial	Evaluar si la reparación transcataléter de la válvula tricúspide (T-TEER), asociado al tratamiento médico estándar reduce el riesgo de muerte, IAM, ACV y hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca en comparación con tratamiento médico aislado, en pacientes con insuficiencia tricúspide severa sintomática.	Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico. Se aleatorizaron 300 pacientes, 1/1 para recibir T-TEER más tratamiento médico estándar o solo tratamiento convencional. Ningún paciente del grupo control cambió a recibir T-TEER en el seguimiento. Como end point primario se evaluó el cambio en la gravedad de la insuficiencia cardíaca, estado del salud auto informado por los pacientes y evento cardiovascular mayor (IAM, ACV, hospitalización por insuficiencia cardíaca o necesidad de procedimiento de emergencia).	A los 2 años, el 20% de los pacientes del grupo T-TEER y el 35% de los pacientes de tratamiento estándar experimentaron un evento primario. 14% de los pacientes del grupo T-TEER frente al 23% de atención estándar fueron hospitalizados por empeoramiento de insuficiencia cardíaca. Reducción del riesgo del 40%.	T-TEER asociado con terapia médica estándar redujo significativamente la hospitalización por insuficiencia cardíaca en comparación con tratamiento médico aislado.
Effects of a Food-is-medicine Intervention on Blood Pressure Among Black and Hispanic Adults With Hypertension in Healthy Food Priority Areas: The Thrive Pilot Trial	Evaluar si una intervención integral de "comida como medicina" reduce la presión arterial sistólica (PAS) en adultos negros e hispanos con hipertensión en comunidades con difícil acceso a alimentos frescos.	Estudio prospectivo, aleatorizado y controlado. Intervención: enfoque integral y co-diseñado por la comunidad que incluyó: asesoramiento con dietistas, retroalimentación y mensajes motivacionales optimizados por Inteligencia Artificial, elección flexible de vegetales y frutas frescas mediante un puesto agrícola móvil. El grupo control recibió una entrega semanal de una bolsa estándar de productos frescos (mismo valor económico) y mensajes básicos sobre nutrición.	Se incluyeron 80 adultos (66% negros, 33% hispanos), edad media 55 años, residentes en Maryland. A las 24 semanas, el grupo de intervención redujo la PAS en 6.8 mm Hg, frente a solo 0.3 mm Hg en el grupo control.	La intervención fue factible y efectiva. Mostró que integrar apoyos culturales, IA y acceso flexible a alimentos en el sistema de salud mejoró el control de la presión arterial, complementando la terapia farmacológica.
Digoxin in Rheumatic Heart Disease: A Multi-Center, Randomized, Double Blind, Placebo-controlled Trial (DIG-RHD Trial)	Evaluar por primera vez en un estudio aleatorizado si la digoxina reduce el riesgo de muerte o insuficiencia cardíaca en pacientes con enfermedad cardíaca reumática sintomática.	Estudio prospectivo, multicéntrico, randomizado, doble ciego, controlado con placebo. Pacientes con enfermedad cardíaca reumática fueron aleatorizados a recibir digoxina 0.25/0.125 mg diarios o placebo. El punto final primario fue muerte o nuevo comienzo o empeoramiento de insuficiencia cardíaca.	Se incluyeron 1769 pacientes en 12 centros de India (edad media 46 años, 71% mujeres, 70% con FA, 85% con estenosis mitral moderada o severa). El grupo digoxina mostró una reducción del 18% en el punto final primario, impulsado principalmente por la reducción en eventos de insuficiencia cardíaca (26.2% vs 29.4%; HR 0.82; IC 95% 0.69 - 0.98), sin cambios en la mortalidad. La toxicidad fue muy infrecuente, en menos del 1%, sin producir eventos graves.	La digoxina fue segura y eficaz para reducir la morbilidad por insuficiencia cardíaca en pacientes con enfermedad cardíaca reumática. Es el primer fármaco con evidencia de ensayo aleatorizado que respalda su uso en esta población.
Discontinuation of β-blocker Therapy in Stabilized Patients After Acute Myocardial Infarction	Evaluar si la discontinuación del tratamiento con betabloqueantes después de al menos 1 año post infarto de miocardio es no inferior a su continuación en pacientes clínicamente estables, sin insuficiencia cardíaca, sin disfunción sistólica ventricular izquierda.	Ensayo clínico abierto, aleatorizado y de no inferioridad en 25 centros de Corea del Sur. Pacientes estables que presentaban FFR de al menos 40% sin insuficiencia cardíaca y que habían recibido tratamiento con betabloqueantes durante al menos un año, fueron asignados aleatoriamente en una proporción 1:1 a suspender o continuar el tratamiento con betabloqueantes. El criterio de valoración principal fue un compuesto de muerte por cualquier causa, infarto de miocardio y hospitalización por insuficiencia cardíaca. Seguimiento 3,1 años. Criterio de no inferioridad <1.4.	Presentaron eventos 7.2 % del grupo discontinuado vs 9.0 % continuación (HR 0,8; P 0,001 para no inferioridad). Componentes sin diferencias significativas para mortalidad total, IAM recurrente o internación por insuficiencia cardíaca. No diferencias entre fracción de eyección, PROBNP, ni calidad de vida. Eventos adversos similares.	En pacientes estables post infarto de miocardio sin insuficiencia cardíaca ni disfunción ventricular, la discontinuación de Beta bloqueantes después del primer año fue no inferior a su continuación en términos de eventos clínicos mayores.
Effect of Intensive Triglyceride Lowering With Olezarsen on Progression of Coronary Atherosclerosis: A Coronary Cta Substudy of The Essence-TIMI 73b Randomized Trial	Evaluar si el olezarsen, un oligonucleótido antisentido de la apolipoproteína CIII que disminuye los triglicéridos, colesterol remanente, ApoB, pero no C-LDL, modifica la aterosclerosis coronaria.	Se condujo un estudio con angioTC coronaria dentro del Essence-TIMI 73b. El evento final primario fue el cambio porcentual del volumen de placa no calcificada entre el estudio de base y el realizado a los 12 meses.	De los 468 pacientes incluidos (349 olezarsen, 119 placebo), la edad media fue 63 años y 31% mujeres. El volumen de placa no calcificada entre el estudio basal y el de los 12 meses no cambió entre el olezarsen y el placebo, a pesar de la mejoría en el perfil lipídico. Tampoco hubo diferencias en el volumen de placa total.	A pesar de una reducción sustancial de los triglicéridos y el colesterol remanente, el tratamiento con olezarsen agregado al hipolipemiante de base, en pacientes con hipertrigliceridemia significativa, no afectó el volumen de placa no calcificada.
Sirolimus-Coated Balloon Angioplasty For Infragaingnal Artery Disease: SirIPAD Trial	Evaluar si la angioplastia con balón recubierto con Sirolimus en pacientes con enfermedad arterial infragangnial disminuye la incidencia de eventos adversos mayores en la extremidad.	Estudio prospectivo, abierto, de no inferioridad con un testeo secuencial pre especificado para superioridad, adjudicación ciega y aleratozizado. Se comparó 1:1 angioplastia con balón recubierto por sirolimus o con un balón no recubierto. El evento primario fue el compuesto por revascularización mayor no planeada o revascularización de la lesión objetivo por isquemia crítica al año de la aleatorización.	Se incluyeron 1252 pacientes, con una mediana de edad de 75 años, 35.1% mujeres. El evento primario ocurrió en 8.8% del grupo que utilizó balón con sirolimus y en 15.0% del grupo balón no recubierto (-4.9%; IC 95% para no inferioridad: -8.5 a -1.3; P<0.001 para no inferioridad; P=0.009 para superioridad). La incidencia de eventos adversos fue similar entre los grupos.	La angioplastia con balón recubierto con sirolimus en lesiones infragangniales redujo las complicaciones mayores de la extremidad.
Intravascular Ultrasound Guided For Complex High-Risk Indicated Procedures - The IVUS Chip Trial	Las guías de práctica clínica recomiendan el uso de IVUS en lesiones no complejas de alto riesgo. Sin embargo, no es muy utilizado en Europa. El estudio investigó el efecto de la estrategia en una población de pacientes europeos.	Estudio iniciado por investigadores, internacional, abierto, aleatorizado y controlado con placebo. Se comparó el uso de angioplastia guiada por IVUS con la guiada por angiografía en pacientes con lesiones complejas. El PFP fue la falla del vaso objetivo, definido como el compuesto de muerte cardiovascular, infarto del vaso objetivo o revascularización clínicamente indicada del vaso objetivo.	Se aleatorizaron 2020 pacientes. La media de edad fue 69 años, 79.4% hombres y 27.4% con SCA. Luego de una mediana de 19 meses de seguimiento, la falla del vaso objetivo ocurrió en el 13.9% del grupo angioplastia guiada por IVUS y en el 11.1% de los grupos por angiografía (HR 1.25; IC 95% 0.97 - 1.60; P=0.08). Los eventos adversos fueron similares entre grupos.	El uso rutinario de angioplastia guiada por IVUS en lesiones de alto riesgo, no se asoció con un menor riesgo de falla del vaso objetivo en comparación con la angioplastia guiada por angiografía.
IVUS-Guided versus Angiography-Guided Pci in Unprotected Left Main Coronary Artery - The OPTIMAL Trial	Evaluar si la angioplastia de tronco de coronaria izquierda guiada por IVUS es superior a la guiada por angiografía convencional.	Estudio prospectivo, internacional, multicéntrico, abierto y aleatorizado. Se evaluó el uso sistemático de angioplastia de tronco guiada por IVUS con la guiada por angiografía. El punto final primario fue el compuesto por stroke, infarto de miocardio, revascularización o muerte por cualquier causa.	Se incluyeron 806 pacientes, con una edad media de 71.4 años, 78.4% hombres y 34.7% con diabetes. Luego de una media de 2.9 años de seguimiento, el evento final primario ocurrió en 33.7% de las angioplastias guiadas con IVUS vs 30.9% de las guiadas con angiografía (HR 1.11; IC 95% 0.87 -1.42; P=0.40). Los eventos adversos fueron similares entre los grupos.	La angioplastia de tronco de coronaria izquierda guiada por IVUS no mostró beneficios con respecto a la guiada por angiografía.
IVUS Or Angiography Guidance For Pci in Complex Coronary Bifurcation Lesions - The DKCRUSH VIII Randomized Clinical Trial	Evaluar si el uso de IVUS para guiar la angioplastia en bifurcaciones coronarias complejas mejora los resultados de los pacientes.	Ensayo clínico abierto, aleatorizado y de no inferioridad en 25 centros de Corea del Sur. Pacientes estables que presentaban FFR de al menos 40% sin insuficiencia cardíaca y que habían recibido tratamiento con betabloqueantes durante al menos un año, fueron asignados aleatoriamente en una proporción 1:1 a suspender o continuar el tratamiento con betabloqueantes. El criterio de valoración principal fue un compuesto de muerte por cualquier causa, infarto de miocardio y hospitalización por insuficiencia cardíaca. Seguimiento 3,1 años. Criterio de no inferioridad <1.4.	Se incluyeron 555 pacientes. El 44% de los pacientes presentaban lesión de tronco de coronaria izquierda. Se utilizó la técnica DK crush en 96.8% de los pacientes. Al año de seguimiento, 6.1% de los pacientes del grupo angioplastia guiada por IVUS y 14.7% del grupo guiado por angiografía presentaron el punto final primario (HR: 0.40; IC 95% 0.23 - 0.71; P=0.002). El beneficio fue particularmente a expensas de infartos y revascularizaciones de alto riesgo.	La guía del IVUS para guiar las bifurcaciones de lesiones bifurcadas complejas con técnica de DK crush fue superior a la guía por angiografía.